

bioètica & debat

vol. 14, núm. **51**
 enero_abril 2008
 TRIBUNA ABIERTA DEL
 INSTITUT BORJA DE BIOÈTICA
 4 euros

Aspectos médicos y quirúrgicos del aborto

El concepto clásico de aborto es la finalización de la gestación, antes de la viabilidad del feto, es decir con anterioridad a que dicho feto pueda o tenga probabilidad de vivir fuera del claustro materno. Esta definición es muy imprecisa, precisamente cuando los avances de la neonatología permiten la supervivencia en recién nacidos muy inmaduros.

La Organización Mundial de la Salud, en 1977 con el objetivo de unificar criterios, definió el aborto como la expulsión espontánea o la extracción de un embrión o feto de peso inferior a 500 gr. Esta nueva definición tenía dos inconvenientes: en primer lugar que el obstetra no podía pesar el feto y, por consiguiente, sólo era posible hacer el diagnóstico cuando el aborto ya se había producido. La segunda consideración que se hacía no tenía en cuenta los trastornos del crecimiento intrauterino y, por consiguiente, un feto podía pesar menos de 500 gr., pero tener un grado de madurez superior y ser viable.

En la actualidad la definición consensuada y aceptada de aborto es la de la finalización de la gestación antes de la semana 22 cumplida, que en condiciones normales corresponde a un feto de aproximadamente 500 gr. y en el que la viabilidad del mismo es nula. A partir de esta semana de gestación hablamos ya de parto y feto inmaduro, hasta el límite de la 26–28 semanas. A partir de este periodo de gestación ya hablamos de parto pretérmino y de feto prematuro,

teniendo en cuenta las cifras de supervivencia de los recién nacidos.

El considerar las semanas de gestación en el concepto nos permite subclasificar los abortos en: precoces o de primer trimestre, cuando acontecen antes de la semana 12 de gestación y tardíos o de segundo trimestre, si se producen entre la semana 13 y 22 del embarazo. Esta clasificación tiene importancia en cuanto a poder diferenciar diferentes etiologías y también procedimientos distintos para su resolución.

Etiología

Una norma frecuente en nuestra especialidad, es considerar, al describir una etiología en una patología obstétrica, unas causas maternas y otras ovulares y/o fetales. Así al hablar del aborto espontáneo, diríamos que como causas maternas tenemos: las causas uterinas, (malposiciones, tumores, malformaciones), causas inmunológicas (lupus eritematoso sistémico, síndrome antifosfolipídico), trombofilias, enfermedades endocrinológicas descompensadas e infecciones, sin olvidar los traumatismos accidentales. Estos abortos de causa materna suelen ser más frecuentes en los tardíos o de segundo trimestre. En cuanto a las causas ovulares y/o fetales que ocasionan de un 75–80% de todos los abortos espontáneos, suelen manifestarse de forma precoz y obedecen a anomalías cromosómicas, gené-

sumario

	1 a 5
Aspectos médicos y quirúrgicos del aborto	2
Editorial	6 a 8
El aborto desde la perspectiva de la ética médica	9 a 14
Visión jurídica del aborto	15 a 18
Las éticas de la Tierra	19 a 21
La adquisición del compromiso ético en la formación de la enfermera	22 a 23
Biblioteca	24
Agenda	

Institut Borja de 
Bioètica
 Universitat Ramon Llull

Institut Borja de Bioètica
 Santa Rosa, 39-57, 3ª
 08950 Esplugues (Barcelona)
www.ibbioetica.org

El por qué de un cambio

bioètica & debat

DIRECCIÓN

Ester Busquets Alibés

CONSEJO DE REDACCIÓN

Francesc Abel Fabre

Jordi Craven-Bartle

Pau Ferrer Salvans

Ramon M. Nogués Carulla

Jaume Terribas Alamego

Núria Terribas Sala

COLABORADORES

Josep M. Lailla

Alberto Lecaros

Imma Ubiergo

MAQUETACIÓN Y EDICIÓN

María José Abella Sánchez

DISEÑO GRÁFICO

Marc Laguia Bertran

IMPRESIÓN

Ediciones Gráficas Rey

ISSN: 1579-4865

EDITA

Institut Borja de Bioètica,

Fundación Privada

c/ Santa Rosa, 39-57, 3ª planta

08950 Esplugues de Llobregat

(Barcelona)

Telf. 93.600.61.06

Fax. 93.600.61.10

bioetica@ibb.hsjdbcn.org

Bioètica & debat no se identifica necesariamente con las opiniones expresadas en los artículos publicados

Tras la edición especial del número 50 de *Bioètica & debat* nos pareció que era el momento oportuno para hacer balance del pasado, analizar el presente y trazar el futuro de *Bioètica & debat*, una publicación del Institut Borja de Bioètica, nacida en el año 1995 como una plataforma para impulsar el diálogo bioético.

Con la mirada atrás constatamos que la tirada de números de *Bioètica & debat*, editados durante doce años, representan la consolidación de un proyecto, que tiene como eje la promoción del diálogo en torno a todas las cuestiones éticas generadas por el desarrollo y la aplicación de las ciencias de la vida y las ciencias de la salud. Con la mirada en el presente vemos que el objetivo que dio origen a la publicación mantiene su vigencia y continúa dándole sentido para encarar el futuro. Pero al mismo tiempo, creíamos que aunque manteniéndose los cimientos era necesario replantear cómo dar un nuevo impulso a la revista. Las novedades que presentamos en este número 51 son fruto de esta reflexión.

El objetivo que dio origen a la publicación mantiene su vigencia y continúa dándole sentido para encarar el futuro, pero era necesario replantear cómo dar un nuevo impulso a la revista

En primer lugar se han producido cambios tanto en la dirección como en el consejo de redacción. Núria Terribas, que ha dirigido la revista desde sus inicios, deja la dirección y pasa a formar parte del consejo de redac-

ción. El relevo en la dirección de la publicación lo ocupa Ester Busquets, que es colaboradora del Institut Borja de Bioètica desde hace años, tanto en el campo de la investigación como de la docencia. El consejo de redacción se amplía también con las nuevas incorporaciones de Ramon Maria Nogués y Pau Ferrer. Desde este espacio queremos agradecer a Núria Terribas sus doce años de dedicación al frente de *Bioètica & debat* y reconocerle su constancia y su acierto en la dirección. Sin su trabajo no habríamos llegado hasta aquí. Otro cambio importante es el diseño de la revista. La nueva imagen, que conserva muchos elementos del diseño original de *Bioètica & debat*, es un intento de facilitar la lectura de los contenidos y hacer la revista visualmente más atractiva. También ha sido objeto de cambio la periodicidad. En lo sucesivo, *Bioètica & debat* saldrá cuatrimestralmente, en lugar de trimestralmente, pero por otra parte esta reducción de ejemplares irá acompañada de un aumento de páginas en cada número. Por último, también desaparece el boletín *Síntesi. Bioètica i infermeria* en el formato habitual y se integrará en los contenidos habituales de *Bioètica & debat*.

Este número y los que seguirán representan una nueva etapa en la continuidad de un mismo proyecto. Esperamos que los cambios tengan una buena acogida y que cuando sea necesario seamos capaces de reflexionar nuevamente cómo debe ser *Bioètica & debat*, teniendo siempre presente que el objetivo es impulsar la reflexión bioética –naturalmente desde la pluralidad de pensamiento– entre un público interesado aunque no necesariamente experto.

ticas o alteraciones en el desarrollo del embrión y futura placenta.

En la actualidad debemos considerar una tercera etiología del aborto espontáneo y es cuando éste se produce después de una maniobra invasiva de diagnóstico prenatal, como la biopsia corial o la amniocentesis precoz. El riesgo de un aborto espontáneo después de la realización de una de estas técnicas se considera entre el 0,5 al 1% de todas las pruebas realizadas, siendo algo mayor para la biopsia corial.

Tipos de aborto

A efectos clínicos consideramos varias formas clínicas de aborto, basadas esencialmente en el mecanismo de producción y presentación del mismo. Consideramos en un principio que la mujer gestante inicia una clínica de pérdida sanguínea por genitales, procedente de la cavidad uterina, de poca cuantía acompañada de molestias o dolor abdominal, frecuentemente no continuo. En esta fase no suele haber modificaciones a nivel de cuello uterino, y a esta entidad clínica la denominamos *amenaza de aborto*, teniendo en cuenta que en muchas ocasiones es reversible y con un simple reposo se resuelve el cuadro clínico.

Si no es así y el cuadro clínico progresa y la hemorragia aumenta en cantidad y los dolores en intensidad, observaremos que el cuello uterino se modifica (*aborto en curso*) y espontáneamente se expulsa todo el saco ovular que contiene el embrión, y los anexos ovulares, entonces hablamos de *aborto completo*, o la expulsión es parcial y se denomina *aborto incompleto*, debiéndose proceder a un tratamiento médico o quirúrgico para completarlo. Existe la posibilidad de que de forma espontánea no se expulse el contenido uterino aunque la gestación ya no progrese: nos encontramos entonces ante una gestación no evolutiva o *aborto diferido*.

Podemos considerar otras formas clínicas como el *aborto séptico*, cuando en

el curso del mismo o en los días posteriores la paciente desencadena un cuadro infeccioso, que casi siempre tiene su origen en la manipulación del mismo y puede llegar a ser un cuadro grave con alta morbilidad materna. El *aborto de repetición*, también conocido como aborto habitual o recurrente lo referimos a aquella mujer que ha sufrido tres o más abortos seguidos, y en la que estamos obligados a realizar un estudio de infertilidad, que habitualmente ya solemos iniciar después de un segundo aborto, en especial si la mujer no ha tenido ningún hijo vivo.

Por último debemos considerar la *interrupción legal del embarazo* (ILE), posibilidad reconocida por ley en España (Ley Orgánica 9/1985) que considera tres posibilidades de *aborto voluntario*: a) El embarazo constituye un grave riesgo para la salud física o psíquica de la madre, b) El embarazo es fruto de una violación, y c) Cuando el embrión o feto se prevea que nacerá con una malformación física o mental.

En Cataluña, según datos hechos públicos por el Departament de Salut en el año 2006, se realizaron un total de 19.967 interrupciones voluntarias del embarazo, que representa una tasa de 4,8 por mil, para las mujeres en edad fértil (15–49 años). El total de embarazos fue de 102.701 y por consiguiente las ILEs fueron un 19,4% del total. Se trata de cifras, a nuestro entender, muy elevadas y que sin duda representan un fallo en la educación sanitaria, principalmente en el tema de contracepción, aunque el 61% de estos abortos se practicaron en mujeres procedentes de la inmigración o extranjeras, es decir con otra cultura y valores distintos.

En los últimos 10 años (1996–2006), la tasa de ILEs en Cataluña ha pasado de una tasa del 3,3 al 4,8 por mil mujeres en edad fértil, a pesar de que en este período se hayan introducido métodos como la "píldora del día siguiente", con la finalidad de disminuir los embarazos no deseados. Es claro que no se ha alcanzado el objetivo previsto, hecho que en su

momento ya se avisó desde el colectivo médico y en concreto desde la Societat Catalana d'Obstetricia i Ginecologia, proponiendo que si conjuntamente no se ponían en funcionamiento planes para una mejor formación en contracepción desde los colegios y las familias, no se conseguiría este objetivo común, como es la disminución de los embarazos no deseados en la adolescente y, al mismo tiempo, una disminución de las ILEs.

Procedimientos médico-quirúrgicos para la interrupción del embarazo

- Finalización médica del embarazo inicial.

En los embarazos recientes de menos de 50 días de retraso menstrual contabilizado desde el primer día de la última regla, (7 semanas de gestación), la administración de Mifepristone (RU-496), es el fármaco más efectivo, ya que actúa bloqueando la acción de la progesterona, principal hormona en el proceso de anidación e implantación del blastocisto en el endometrio y de los primeros procesos de crecimiento del mismo. Se calcula a partir de los trabajos de Spitz y cols.¹ que con sólo este fármaco se consigue la interrupción del embarazo en un porcentaje entre el 64-85% de las mujeres. La eficacia aumenta si administramos, conjuntamente con el anterior, otro fármaco como el Misoprostol, utilizado ampliamente como protector gástrico, pero que tiene un efecto también occitócico. Este efecto sinérgico produce entre el 92–98% de abortos.^{2,3}

La *Food and Drug Administration* aprobó la indicación del Mifepristone, para la interrupción precoz del embarazo, en el año 2000 pero con unas condiciones, como son la comprobación exacta del tiempo de gestación, el descartar que se trate de un embarazo ectópico y precisando que la indicación y prescripción sólo puede realizarla un médico, a quien le corresponde la responsabilidad de poder realizar un legrado urgente, en

caso de hemorragia genital grave. Debe tenerse en cuenta que el Mifepristone es un fármaco que tiene un alto efecto teratogénico, es decir capaz de inducir malformaciones embrionarias si no se consigue el aborto previsto, por ello cuando se decide su administración se debe tener muy claro que el embarazo no es deseado.

A partir de las 7 semanas de embarazo, el efecto del Mifepristone disminuye de forma considerable y, por consiguiente, el efecto del Misoprostol es primordial, por ello las dosis de este segundo fármaco deben ser más elevadas conforme mayor sea el tiempo de gestación. A partir de las 8-9 semanas de gestación el Mifepristone se conside-

ra ya contraindicado. La administración de Misoprostol debe completarse en el 50% de los casos con la realización de un legrado uterino.⁴

La mortalidad materna después de la administración de estos fármacos se estima en un 1 por 100.000 mujeres en EE.UU, mientras que en Europa ha sido inferior, de aproximadamente 0,6 por 100.000 mujeres. Todas las muertes documentadas en EE.UU, han sido debidas a shocks sépticos por clostridium, mientras que las muertes en Europa lo han sido por hemorragia severa. Resulta difícil establecer una relación científicamente defendible, a excepción de la administración del Misoprostol, que en Norteamérica se hace siempre por vía vaginal,

pudiéndose así facilitar la infección. En Europa preferentemente se utiliza la vía oral o rectal.

- Finalización del embarazo en el primer trimestre.

Existe un acuerdo prácticamente unánime en que la interrupción del embarazo entre la semana 7 y 13 de la gestación se realice mediante una aspiración endouterina o un legrado convencional, en ambos casos previa dilatación del cuello uterino. Conforme menor es el tiempo de gestación, la aspiración resulta más inocua.

Las complicaciones de estos métodos son realmente escasas, y entre ellas debemos considerar la perforación uterina, la persistencia de restos por legrado

La posición del COMB en relación con las denuncias sobre abortos presuntamente ilegales

Las actuaciones judiciales sobre prácticas de abortos presuntamente ilegales han sido aprovechadas por organizaciones antiabortistas y por los medios de comunicación afines para difundir la sospecha sobre la presunta tolerancia de la Junta del Gobierno del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (COMB) con estos hechos.

Hay que tener presente que no es competencia del COMB la inspección de los centros sanitarios y, en consecuencia, no dispone de los recursos para hacerlo. Cuando ha habido una denuncia sobre conducta médica inapropiada, se ha procedido a abrir el correspondiente expediente informativo, como en el caso del reportaje de la TV danesa. Del examen de los hechos se concluyó que se había denegado la práctica del aborto a la periodista danesa, y que, por lo tanto, no se infringió el Código de Deontología. Esta ha sido la única denuncia recibida en el COMB sobre estos hechos.

Además, el COMB se ha pronunciado a favor de la unificación de la legislación sobre el aborto en la Unión Europea, que, entre otras consecuencias, evitaría

la venida a nuestro país de personas que no pueden abortar en el suyo.

Se da la circunstancia que España es uno de los pocos estados europeos que todavía no dispone de una ley de plazos que reconozca el derecho de la mujer al aborto libre y voluntario en las primeras semanas de la gestación, ley vigente en 32 de los 47 países que integran el Consejo de Europa.

España es uno de los pocos estados europeos que todavía no dispone de una ley de plazos que reconozca el derecho de la mujer al aborto libre y voluntario en las primeras semanas de la gestación

En este sentido, el Comité de Igualdad del Consejo de Europa ha redactado un informe aprobado ya en el pleno del Parlamento Europeo, donde se afirma que el aborto dentro de unos plazos preestablecidos es un derecho de la mujer y que los gobiernos deben garantizar

que el ejercicio de este derecho sea una práctica accesible y segura.

Los hechos actuales son la consecuencia de la situación de despenalización, no de legalización, del aborto en nuestro país. Si de las actuaciones judiciales en curso se comprueba la comisión de actos delictivos, el COMB condenará estos actos sin reservas.

Dicho esto y a la vista de las actuales circunstancias, la vulnerabilidad de las mujeres encausadas es bastante manifiesta, con el perjuicio inevitable a su intimidad si la instrucción del sumario y el juicio posterior no garantizan el más estricto anonimato. Todo esto debería ser una razón más que suficiente para reclamar un nuevo debate social sobre la necesidad de modificar la actual legislación de interrupción del embarazo, con tal de proporcionar la correspondiente seguridad jurídica a las mujeres y a los médicos y médicas que les atienden.

Màrius Morlans

Presidente de la Comisión Deontológica del COMB

insuficiente y la infección (endometritis post aborto), todas ellas evitables y en general sin consecuencias graves para la mujer.

- **Finalización del embarazo en el segundo trimestre.**

Se consideran tres posibles métodos alternativos: a) dilatación del cuello uterino y extracción del contenido uterino, b) administración sistémica de fármacos con acción abortiva, y c) instilación endouterina de sustancias abortivas.

Sin duda el primero de los métodos es el más utilizado. La dilatación cervical requiere unas maniobras sobre el cuello para conseguir, de forma mecánica o farmacológica, la dilatación del mismo. Entre los primeros consideraríamos la colocación de una *laminaria* endouterina, o la sonda de Cook, o la dilatación forzada con dilatadores de Alsace o de Hegar. Pueden utilizarse también las prostaglandinas a semejanza del proceso de maduración en el parto, e incluso el Misoprostol a dosis bajas.

Para la extracción, el sistema aspirativo puede utilizarse máximo hasta la semana 15 de gestación, a partir de este tiempo el feto presenta ya estructuras óseas que presentan cierto grado de resistencia a la extracción y cuya fragmentación puede producir perforaciones uterinas, por ello la extracción fetal debe realizarse cuidadosamente con pinzas de fórceps tipo Foster, Winther, Barret o Peterson, guiadas por ecografía. Una vez extraído el feto puede procederse a una aspiración que resulta menos traumática para el vaciado uterino.

Las complicaciones son más frecuentes conforme más avanzada es la gestación, así se calcula que las complicaciones graves las encontramos en un 0,6% de los abortos de 13 semanas y en 1,4% en la semana 20.⁵

La administración sistémica de sustancias con efecto abortivo, se refieren a la utilización de prostaglandinas, en especial de derivados de la PG E2, en utilización oral, intravaginal o rectal (Misoprostol), o por vía intramuscular (Carboprost). Se recomienda en estos

casos y cuando la interrupción se hace con feto vivo, la administración previa de una sustancia feticida como la instilación intrauterina de suero salino, o la inyección intracavitaria de cloruro potásico o la inyección fetal de digoxina.

Las complicaciones maternas utilizando estos sistemas entran en la línea de las infecciones y hemorragias post aborto que pueden llegar a ser de hasta el 9%.⁶ El uso sistemático de sustancias con acción abortiva se ha asociado también a retenciones placentarias y rupturas uterinas.

La instilación intracavitaria de sustancias con efecto abortivo como el suero salino hipertónico o las prostaglandinas, de forma independiente o conjuntamente, se han ido abandonando progresivamente por los efectos secundarios y complicaciones que presentan y por los mejores resultados de los otros métodos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Spitz IM, Bardin CW. Clinical Pharmacology of RU-486 an antiprogestin and antigluccorticoid. *Contracepcion* 1993, 48, 403.
2. Peyron R, Aubény E, Targosz V, Silvestre L, Renault M, Elkik F et al. Early termination of pregnancy with mifepristone (RU 486) and the orally active prostaglandin misoprostol. *N Engl J Med*. 1993;328(21):1560-1.
3. Ashok PW, Penney GG, Flett G, Templeton A. An effective regimen for early medical abortion: a report of 2000 consecutive cases. *Hum Reprod*. 1998;13(10):2962-5.
4. Stubblefield PG, Carr-Ellis S, Borgatta C. Methods for induced abortion. *Obstet Gynecol*. 2004;104(1):174-85.
5. Peterson WF, Berry FN, Grace MR, Gulbranson CL. Second-trimester abortion by dilatation and evacuation; an analysis of 11.747 cases. *Obstet Gynecol*. 1983;62(2):185-90.
6. Castadot RG. Pregnancy termination: technique, risk and complications and their management. *Fertil Steril*. 1986;45(1):5-17.

Josep M. Laila

Catedrático de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Barcelona.
Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Sant Joan de Déu.
jmlailla@hsjdbcn.org

resumen

Médicamente el aborto es la finalización de la gestación antes de la semana 22 cumplida. Los abortos pueden ser precoces o de primer trimestre o bien tardíos o de segundo trimestre. Las causas del aborto se clasifican en maternas u ovulares y/o fetales. También hay la posibilidad de practicar una Interrupción Legal del Embarazo (ILE), que en la ley española incluye tres supuestos. Los procedimientos médico-quirúrgicos que se utilizaran para la interrupción del embarazo dependen del periodo de gestación en el cual se encuentre la mujer.

PALABRAS CLAVE

aborto, Interrupción Legal del Embarazo (ILE)

abstract

The medical definition of abortion is the interruption of pregnancy prior to completing the 22 gestational week. Early-term abortions occur during the first trimester and late-term abortions occur during the second trimester. From the etiological point of view the abortions are classified as maternal, ovular and/or fetal. Another possibility is the Legal Interruption of Pregnancy (ILE), which in Spain can be done under three conditions. The surgical procedure for the abortion will depend on the number of gestational weeks.

KEYWORDS

abortion, Legal Interruption of Pregnancy (ILE)

El aborto desde la perspectiva de la ética médica

Francesc Abel, s.j.

Presidente Institut Borja de Bioètica (URL).
Académico de número de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya.
fabel@ibb.hsjdbcn.org

resumen

La problemática del aborto requiere una reflexión cada vez más urgente desde la perspectiva de la ética médica, dado el incremento vertiginoso que revelan los datos estadísticos. El aborto a demanda, que se fundamenta en el derecho de la mujer a disponer del propio cuerpo, olvidando el feto o el embrión humano, no es éticamente aceptable. Pero esto no quita que habría que ser flexibles en las decisiones sobre el aborto terapéutico, ponderando cada caso.

PALABRAS CLAVE

aborto, ética médica, conflicto de valores, criterio de gravedad

abstract

The number of abortions is increasing at a very rapid pace and there is an urgent need to reflect on it from the medical ethics' perspective. Provoked abortions, while invoking the right of a woman to make use of her body disregarding the rights of the fetus or human embryo, is unacceptable from the ethical perspective. On the other hand more flexibility might be exercised when discussing and making decisions around therapeutic abortions.

KEYWORDS

abortion, medical ethics, value conflicts, gravity criteria

Han pasado casi treinta años desde que transcribí estas palabras de Richard McCormick, "El aborto es un asunto moralmente problemático, pastoralmente delicado, jurídicamente espinoso, que divide a nivel ecuménico, sin normas claras desde la perspectiva médica, humanamente angustioso, periodísticamente sujeto al abuso, tratado con prejuicio a nivel de los individuos y realizado ampliamente".¹ Conservan absoluta vigencia en nuestro país, a punto de comenzar una nueva etapa del gobierno socialista.

En este breve artículo me limitaré a presentar, a grandes rasgos, la problemática del aborto en nuestro país, subrayando algunos puntos que necesitan de una reflexión y una renovación urgentes y que hacen referencia a los estamentos que configuran la posibilidad de convivencia pacífica y respetuosa entre las diferentes sensibilidades de nuestra población. Esto requiere, en primer lugar, que la población recupere la confianza en aquel valor, actualmente más cuestionado, de la independencia del poder judicial en relación al poder político; y, en segundo lugar el reconocimiento teórico y práctico de la libertad religiosa; la formación de la conciencia de los ciudadanos en general y de los creyentes en concreto.

Aquí sólo nos referiremos al problema del aborto provocado desde la perspectiva obstétrica y moral y a su entorno en nuestro país. Entendemos hoy por aborto, inducido o provocado, lo que está consensuado desde la perspectiva obstétrica: finalización inducida de una gestación hasta las 22 semanas completas, es decir, desde el momento que podemos hablar de viabilidad fetal. (Véase el artículo del Dr. Lailla en este mismo número de B&D).

Creo imprescindible en la discusión evitar agresividad y dogmatismos y

promover la preocupación solidaria y compasiva con el prójimo: sentir como propios los sufrimientos de los hombres y las mujeres de nuestro tiempo. En el marco de las profesiones de la salud, es necesario no conformarse con la formación recibida hace treinta o cuarenta años, y actualizar los conocimientos, tanto los científicos como los éticos, en relación a la excelencia en el ejercicio profesional y al respeto a la dignidad de las personas y de sus derechos.

Por otro lado, creo que es exigible para los creyentes que el lenguaje de la teología moral sea más adecuado a nuestros días, y se adapte a los nuevos conocimientos científicos. Formulaciones que han ayudado mucho a los médicos de otras épocas, hoy se muestran insuficientes. Pongamos, por ejemplo, el hablar de medios ordinarios y extraordinarios; de conductas directas e indirectas, o bien más recientemente, englobar un conjunto de técnicas y tratamientos bajo grandes títulos que sólo tienen un carácter general y orientativo, pero que dicen muy poco en relación a conductas médicas del día a día (p.e. la propuesta del Papa Juan Pablo II de hablar de cultura de la muerte y cultura de la vida). Todo el mundo entiende, parece ser, que la cultura de la muerte por excelencia es la guerra, pero son pocos los médicos que entienden que es cultura de la muerte y no de la vida mantener una vida alargando la agonía sin ningún beneficio para el enfermo. En el momento que nos centramos en el tema del aborto, no hay duda de que en general la profusión en continuo crecimiento de abortos provocados se puede incluir dentro de la cultura de la muerte, pero no dice demasiado en relación a un acto concreto en el que la interrupción de una gestación tiene como finalidad salvar la vida de la madre en un mismo acto. Hoy en día el lenguaje

de la teología moral debe ser más concreto. No es lo mismo ni debería tener la misma valoración moral, el hecho de inducir un aborto dentro de las primeras semanas de gestación a una mujer con cáncer hormono-dependiente que a una mujer que simplemente no acepta tener un hijo a quien se le ha diagnosticado un Síndrome de Down, o una adolescente embarazada que no quiere asumir una maternidad todavía no deseada. Ni estos casos son lo mismo que interrumpir el tratamiento continuado y persistente a un bebé, ya nacido con una trisomía 18.

En resumen, debemos tener cuidado si las acciones a poner en marcha en estos casos exigen la responsabilidad y prudencia profesional ceñida al caso concreto, y en el contexto de una relación asistencial médico-paciente, o se trata de aquellas acciones aplicadas con carácter general y con vistas al bien común, como sería una política de tipo eugenésico.

Diferenciaré ahora algunos criterios generales que pueden enfocar la problemática del aborto y otros a la confluencia entre el estamento médico y el estamento jurídico.

Criterios generales orientados al bien común

Nos puede ayudar a enfocar este problema de una manera constructiva el hecho de referirnos a criterios básicos que impliquen a todas las instancias sociales que pueden ayudar a configurar nuestra sociedad hacia una democracia, que se fundamente en el respecto a la ley y a la ética.

Creo que por orden de importancia es fundamental en nuestra sociedad recuperar la confianza en el poder judicial, deteriorada en los últimos tiempos, por la excesiva dependencia del poder político; la provisión de plazas de jueces, realmente insuficiente, aunque hay un número más que elevado de opositores, que por intereses particulares o de grupo no se permite que superen las di-

facultades de las oposiciones; la baja de los jueces que no están en condiciones de continuar ejerciendo sus responsabilidades, en condiciones económicas que no les permite aceptar su renuncia; frenar la producción de leyes, normativas y regulaciones que se muestran repetitivas, innecesarias y excesivas con el fin de garantizar la seguridad jurídica.

No confundir el Magisterio de la Iglesia con las opiniones de grupos de poder o de presión eclesiásticos o laicos. Por eso es importante que ni se rebaje ni se endurezca el magisterio y que, en materia de teología moral se procure el diálogo culto con las ciencias, y la explicación clara, de los argumentos a favor o en contra.

Todas las instancias educativas deberían colaborar para conseguir que la formación afectiva y sexual en el contexto de la familia y de las escuelas sea una realidad formativa que vaya más allá de dar información higiénico-sanitaria de técnicas contraceptivas.

Todas las instancias educativas deberían colaborar para conseguir que la formación afectiva y sexual en el contexto de la familia y de las escuelas sea una realidad formativa que vaya más allá de dar información higiénico-sanitaria de técnicas contraceptivas

Honestidad de los medios de comunicación social, que configuran la opinión pública y que tienen el poder de sesgar la realidad y los enfoques de los hechos que son noticia.

Repaso las noticias publicadas en las últimas semanas en los periódicos sobre los lamentables sucesos en unas clínicas de Barcelona, teniendo en cuenta que una jueza ha decretado el secreto de sumario sobre el expediente, que contiene unos 2.760 historiales médicos, según la prensa, y por lo tanto todavía *sub iudice*.

Esto no quita para que haga referencia a lo que parece que ha acontecido y que tiene todas las probabilidades de comprobarse en los aspectos más esenciales (inducción de abortos ilegales en nuestro país). El Colegio de Médicos de Barcelona (COMB) se ha hecho oír manifestando en un comunicado del día 19 de diciembre de 2008, que se aplique el peso de la ley si se comprueban los hechos imputados. Quisiera manifestar mi acuerdo con este enunciado y al mismo tiempo, pedir a los medios de comunicación que siendo fieles a la verdad, procuren moderar los juicios si no están comprobados los hechos.

Considero estremecedor el relato de una editorial del Diario ABC de hace unos días que, refiriéndose a las clínicas abortistas de Barcelona, parece que describa algo propio de los crematorios nazis, hablando de exterminio de residuos fetales humanos. Esto me recuerda un libro que tuvo éxito en su momento titulado *Niños para quemar. La industria mundial del aborto*.² Los editores implicaron al British Pregnancy Advisory Service (BPAS), pero posteriormente la sentencia judicial los exculpó y obligó a hacer pública la retractación de las acusaciones.

El aborto en España en cifras (Ministerio de Sanidad, 2007)³

Tenemos bien presente, como penosa curiosidad que, según el Ministerio de Sanidad los abortos legales en España superan el último año los cien mil, más del doble de los registrados hace diez años. Si a este hecho de raíz médico-legal le sumamos el aumento de gestaciones en niñas de 13 a 17 años y los pocos escrúpulos de algunos médicos tenemos que confesar que, si no hay una recuperación de valores humanos, nuestra sociedad da pena. (Ver tabla: pág. 8).

Recordemos aquí uno de los consejos que recogía el informe "La Protección Materno-infantil a Catalunya" del año 1985⁴ y que mantiene toda la actuali-

TOTAL	<15 años	15-19 años	20-24 años	25-29 años	30-34 años	35-39 años	40-44 años	>44 años
101.592	496	13.398	25.392	25.320	18.736	13.037	4.831	382

dad, a pesar del incremento de cifras: "Por la complejidad de las circunstancias que confluyen en la embarazada adolescente y por el progresivo incremento de solicitudes de aborto en este grupo de población, llamamos la atención sobre la necesidad de ampliar medidas pedagógicas y de educación ética, afectivo-sexual y de atención social y asistencial para que el problema sea tratado de la manera más adecuada posible".

Problemas de ética médica: aborto terapéutico

Es el aborto provocado cuando la continuación del embarazo pone en peligro la vida de la mujer gestante y el médico ve difícil, sino imposible, preservar la vida de los dos en una misma intervención. A pesar de los avances científicos este problema existe, aunque la frecuencia de casos es muy reducida, ya que se trata de circunstancias muy excepcionales, por ejemplo, gestación en una nefrectomizada a quien se le diagnostica un cáncer de mama hormono-dependiente; gestación avanzada en la que se produce la ruptura de un aneurisma de aorta abdominal que había pasado desapercibido; gestación ectópica, etc. No es cuestión de decidir a quién hay que salvar, sino cuál es la conducta médica correcta para intentar salvar madre e hijo.

En cambio, quisiera subrayar que el aborto terapéutico no es lo mismo que el aborto "eugenésico" que, previo acuerdo con la gestante, quiere evitar nacimientos de criaturas con anomalías fetales. A menudo, en estos casos se abusa del término "terapéutico", que se mantiene indebidamente sólo para indicar que la intervención la realiza un médico. Los problemas más graves surgen en las decisiones éticas que hay que tomar en el diagnóstico prenatal tardío de graves

malformaciones, o de enfermedades incompatibles con la vida intrauterina muy a menudo y extrauterina siempre (más allá de las 22 semanas) en el cual nos podemos encontrar casos límite. Por esto es necesaria una máxima precisión diagnóstica a la vez que una profundización conceptual, y si es preciso instar una modificación de la ley. En estos casos debemos distinguir el principio de inviolabilidad de la vida, el respeto a la decisión de conciencia, el derecho de nuestra condición libre, el grado de responsabilidad moral de la decisión y la conducta pastoral.⁵

El aborto a demanda

Estoy totalmente en contra del aborto a demanda, fundamentado en el derecho de la mujer a disponer del propio cuerpo, olvidando el feto o el embrión humano. De hecho, el Estado no es fuente originaria de ningún derecho fundamental de la persona humana. Estos derechos son universales, absolutos y trascendentes. El papel del Estado, de cualquier estado de derecho, es precisamente velarlos y protegerlos y el derecho a la vida es el derecho fundamental y radical de la persona humana. Al mismo tiempo una ley despenalizadora sólo está justificada si se demuestra que el mal que se intenta erradicar aumentaría en caso de mantenerse la penalización. Nuestra ley despenalizadora del aborto es suficientemente amplia, aunque presenta ambigüedades que se deben poder resolver mejor, y que exigen su revisión.

Por ahora, como bien indica el artículo de Núria Terribas, los dirigentes políticos que en este momento lideran el gobierno no ven necesidad de modificar la ley, ya que creen que ampara abortos conflictivos desde la perspectiva médica, pero silencia las razones so-

ciales que causan la mayoría de abortos en nuestro país, generalmente camuflados como "causas psiquiátricas". Lo mismo pasó en Inglaterra, hasta el año 1976 cuando se justificó el aborto por causas económicas y sociales: entonces radicalmente mejoró la salud mental de las embarazadas inglesas... Creo que no se puede continuar con esta hipocresía política; se debe mejorar el redactado de las causas despenalizadoras con creatividad jurídica, o bien admitir el supuesto, muy poco socialista, de enviar a los pobres a abortar por falta de trabajo o de salarios dignos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. McCormick R. Notes on Moral Theology: The Abortion Dossier. *Theol Stud.* 1974; 35 (2): 312-359.
2. Litchfield M, Kentish S. Niños para quemar: la industria mundial del aborto. Madrid: Paulinas; 1976.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Interrupción voluntaria del embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2006 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007 [acceso 20 de marzo de 2008]. Disponible en: http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/IVE_2006.pdf
4. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. La protecció materno-infantil a Catalunya. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Direcció General de Promoció de la Salut; 1985.
5. Abel F. *Diagnóstico prenatal y aborto selectivo: La decisión ética.* En Gafo J, editor. Consejo genético: aspectos biomédicos e implicaciones éticas. Madrid: UPC; 1994. p. 147-165.

Visión jurídica del aborto: estado de la cuestión

Núria Terribas

Jurista.
Directora Institut Borja de Bioètica (URL).
nterribas@ibb.hsjdbcn.org

resumen

La actual situación en materia de aborto comporta necesariamente una revisión de los aspectos jurídicos, pues de su regulación legal surgen algunos problemas. España dispone desde 1985 de una ley despenalizadora del aborto para tres supuestos concretos, el primero de los cuales está siendo utilizado claramente en fraude de ley para cubrir más del 90% de los abortos a petición que se practican, con aquiescencia de todos desde hace décadas. ¿Debe modificarse la ley o debe exigirse su estricto cumplimiento?

PALABRAS CLAVE

aborto, despenalización, salud psíquica, fraude de ley

abstract

Many of today's abortion problems emanate from its current laws and regulations, therefore there is a need to revise its current legal framework. In 1985, Spain approved a law that depenalized abortion under three circumstances, and about 90% of today's provoked abortions are performed misusing the first of these conditions. For years we have implicitly accepted this legal fraud. Should we modify the law or should be demand accountability?

KEYWORDS

abortions, depenalization, mental health, legal fraud

En relación a la espinosa cuestión del aborto, la vertiente jurídica cobra especial protagonismo y relieve por el hecho de que se trata de un tema vinculado al derecho a la vida, que obliga a analizarlo desde la reflexión del "derecho fundamental a la vida". En este sentido, debemos revisar cuál ha sido el criterio del Tribunal Constitucional español (TC) en el análisis de este punto, cuando previamente a la aprobación de la Ley despenalizadora del aborto en España, en el año 1985, se cuestionó su constitucionalidad en relación con el art. 15 de la CE que proclama que "Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física..." En la Sentencia 53/1985¹ el Tribunal afirma que "...la vida humana es un devenir, un proceso que *comienza con la gestación*, en el curso de la cual una realidad biológica va tomando corpórea y sensitivamente configuración humana..." A tenor de este criterio, antes de la gestación no podemos hablar de "nasciturus" ni de vida humana. Si revisamos el concepto de gestación, desde el punto de vista obstétrico, podemos concluir claramente que ésta se inicia con la implantación del blastocisto en el útero de la mujer, proceso que finaliza aproximadamente sobre el día 14 desde la fecundación del óvulo, y no antes, *razón por la cual en una fase anterior no podemos hablar de aborto*. Por lo menos desde el punto de vista jurídico queda claramente delimitado por la protección que la ley da al "nasciturus", con la figura del delito de aborto.

Según criterio del TC, el "derecho a la vida" como derecho constitucional y fundamental, sólo es predicable en individuo ya nacido y no de la vida todavía en formación. Ahora bien, aunque el "nasciturus" no es titular del derecho a la vida, la ley debe establecer una protección y tutela ya que es un "bien jurídico constitucional" por su condición "humana"

y con capacidad de convertirse en un nuevo ser individual y único. Por eso, el Código Penal (CP) regula la figura del aborto y las figuras de lesiones al feto.

La vertiente jurídica del aborto cobra especial protagonismo y relieve por el hecho de que se trata de un tema vinculado al derecho a la vida, que obliga a analizarlo desde la reflexión del "derecho fundamental a la vida"

En cuanto al concepto de "aborto" en el CP nos encontramos ya la primera dificultad de tipo terminológico pues se define como la: "Expulsión prematura y provocada del feto o su destrucción dentro de la madre, sea por medios internos o externos, físicos o químicos". En cambio, no se parte del mismo concepto de "feto" que recoge la Ley de Tecnologías de Reproducción Humana Asistida (desde la semana 8 hasta el parto), ya que si así fuese dejaría fuera del ámbito de protección el embrión implantado de menos de 8 semanas; el término es mucho más amplio, abarcando también la fase embrionaria. Por lo que es necesario, hacer una interpretación extensiva del término "feto" en el ámbito penal, y considerar que desde la gestación –*implantación del blastocisto en el útero*– hasta el nacimiento el "nasciturus" queda protegido por la figura del aborto, en las condiciones y con los requisitos que después analizaremos.

Este punto es de especial importancia por el hecho de que la interrupción de la gestación –aborto–, desde la perspectiva jurídica, puede producirse desde la implantación hasta prácticamente el momento del parto, cuando hablamos ya de criatura viable fuera del seno

materno. Sorprende que no haya uniformidad terminológica, partiendo del concepto médico de "aborto", tal como expone el Dr. Lailla en su artículo, ya que en embarazos muy avanzados debería hablarse de nacimiento o muerte pretérmino o bien de feto prematuro.

Es necesario hacer una interpretación extensiva del término "feto" en el ámbito penal, y considerar que desde la gestación –implantación del blastocisto en el útero– hasta el nacimiento el "nasciturus" queda protegido por la figura del aborto, en las condiciones y con los requisitos que la Ley establece

También es importante esta precisión para dejar fuera de la figura del aborto aquellas actuaciones, especialmente en el campo de la contracepción, cuyo objetivo no es en ningún caso la destrucción o expulsión del embrión o el feto, sino evitar el embarazo impidiendo la fecundación del óvulo (contracepción hormonal de barrera, métodos naturales, etc.) o la implantación del óvulo ya fecundado (píldora post-coital, dispositivos intrauterinos, etc.).

Por lo tanto, no podemos hablar de aborto refiriéndonos a otra cosa que no sea el embrión ya implantado en el útero, sea cual sea su fase de desarrollo.

Distinción entre despenalización y legalización

El legislador de un país, en determinados momentos se puede plantear modificar una norma penal, bien porque ciertas conductas hasta ese momento castigadas dejan de considerarse punibles, bien porque manteniendo su castigo genérico entiende que admiten ciertas excepciones por circunstancias dadas en el caso, que las hace "justifi-

cables" a criterio de la ley, por la ponderación de otros valores en juego. En el primer caso opta por la "legalización" de estas conductas y en el segundo opta por la "despenalización" en ciertos supuestos. Veamos las diferencias:

Legalización: aquella conducta o comportamiento, hasta el momento considerada delito, deja de serlo desapareciendo de la norma penal. En algunos casos, como en el del aborto, podría llegar a constituirse como un derecho que la ley protege y que además es exigible por el ciudadano:

- comportamiento "socializado" y por lo tanto aceptado mayoritariamente.
- costes asumidos por el sistema público.

Despenalización: aquella conducta o comportamiento que, en términos generales, continúa estando castigada por la ley, pero ante la concurrencia de ciertas circunstancias o situaciones y con el cumplimiento de ciertos requisitos se admiten excepciones o "supuestos de despenalización" que no serán perseguidos por la ley, siempre que se lleven a término con los requisitos establecidos. La despenalización comporta:

- que la iniciativa se deja a decisión de la persona, sin constituir un derecho exigible y sin que se entienda como una práctica aceptada socialmente sino siempre como excepcionalidad.
- los costes los debe asumir la persona que hace la demanda.

La regulación de la despenalización se puede hacer con diferentes criterios o pautas. Concretamente, en el ámbito del aborto, la distinción básica es entre:

Sistema de indicaciones: se recogen una serie de situaciones circunstancias y con el cumplimiento de ciertos requisitos, que una vez verificados, hacen que el aborto no sea punible. En este sistema se produce un "conflicto de intereses y valores" ponderables por lo menos los unos con los otros, y decantando la decisión según la voluntad de la gestante. Así, el conflicto estaría entre la protección del "nasciturus" y otros valores que afectan a la madre, como veremos.

El sistema de las indicaciones no impide que pueda también establecerse un plazo, como uno de los requisitos para llevar a cabo estas conductas "despenalizadas", según la causa y circunstancias.

Sistema de plazos: en este sistema, el legislador marca únicamente unos plazos legales dentro de los cuales será necesario practicar el aborto para que éste sea "legal", normalmente dentro de las 12 primeras semanas, y no se establece la necesidad de que se den circunstancias concretas (aborto a demanda), sino que únicamente prevalece la decisión de la madre de seguir adelante o no con la gestación. Este es el sistema mayoritario en los países que tienen una legislación permisiva en materia de aborto.

El caso de España es peculiar, porque adoptó claramente el sistema de las indicaciones, pero en cambio el aborto por causa legal es una prestación del sistema sanitario público, y la embarazada en quien concorra alguna de estas causas puede exigir que se le practique el aborto en un centro público... características más propias de la "legalización" que de la "despenalización"

El caso de España es peculiar, porque adoptó claramente el sistema de las indicaciones, pero en cambio el aborto por causa legal es una prestación del sistema sanitario público, y la embarazada en quien concorra alguna de estas causas puede exigir que se le practique el aborto en un centro público... características más propias de la "legalización" que de la "despenalización". En España la despenalización del aborto se introdujo en el año 1985 por la Ley 9/1985 de modificación del art. 417 bis) del Código Penal,² artículo aún vigente. Las tres causas de despenalización que contempla, mantienen el criterio común

de la ponderación de valores en juego y por tanto la solución del conflicto de intereses, decantando su resolución a favor de la mujer embarazada, cuando ella así lo decide voluntariamente. Estas causas son:

1ª. Que el aborto sea necesario para evitar un *grave peligro a la vida o la salud física o psíquica de la embarazada* y así se haga constar en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención de un especialista, diferente de aquél que vaya a practicar el aborto o asumir la dirección del mismo.

En caso de urgencia por riesgo vital de la embarazada, se podrá prescindir del dictamen y del consentimiento de la embarazada.

2ª. Que el embarazo sea consecuencia de un hecho constitutivo de delito de violación, siempre que el aborto se practique dentro de las 12 primeras semanas de la gestación y que el hecho de la violación haya sido denunciado.

3ª. Que se presume que el feto nacerá con graves taras físicas o psíquicas, siempre que el aborto sea practicado dentro de las 22 primeras semanas de gestación y que el dictamen expresado con anterioridad sea emitido por dos especialistas del centro o establecimiento sanitario acreditado, público o privado, y diferentes del profesional que tenga que practicar el aborto o asumir la dirección del mismo.

Grave peligro para la salud de la embarazada

Teniendo en cuenta el debate actual sobre este punto, y a su vez para no extenderme en exceso en este artículo, me limitaré a comentar el primer supuesto, dejando para otra ocasión los dos restantes.

Las circunstancias bajo las que se formula este primer supuesto de despenalización del aborto, ha motivado que se conociese como "*aborto terapéutico*", donde el conflicto de intereses se sitúa entre el "*nasciturus*" y la salud de la madre, que se puede ver gravemen-

te amenazada por la circunstancia del embarazo.

La primera parte de la formulación de este supuesto incluiría un número no despreciable de casos de aborto que se amparan correctamente bajo el mismo y que hacen referencia al grave riesgo para la *salud física* de la embarazada, en embarazos de alto riesgo, por patología orgánica de base o sobrevenida, que amenazan su vida haciendo aconsejable su interrupción. Sin embargo, cuantitativamente son escasos en comparación con el otro grupo mayoritario.

La segunda parte del enunciado es la que plantea más dudas por el sistemático incumplimiento de los requisitos exigidos, especialmente en los que se argumenta el peligro grave para la *salud psíquica* de la mujer embarazada. Aceptando que exista un cierto número de casos reales (p. e. en embarazadas que sufren ya trastornos mentales o a las que el embarazo puede agravar su situación de patología psíquica previa), podemos afirmar que, bajo la apariencia de un grave riesgo para la salud psíquica de la embarazada, se practican en España más del 90% de los abortos presuntamente legales desde hace décadas, con un simple certificado de un psicólogo o psiquiatra, a veces incluso firmados en blanco, que afirma que la embarazada no puede hacer frente psíquicamente al embarazo, pero sin que realmente exista un riesgo grave para su salud mental sino simplemente la imposibilidad o desinterés, por causas económicos y sociales, de seguir adelante con ese embarazo. Aunque se conoce perfectamente esta realidad y que la aplicación de este supuesto se hace con fraude manifiesto de ley, no se hace nada para detener esta práctica y mientras los miles de casos, que aumentan de forma espectacular cada año, tengan cubierto "el expediente administrativo", las autoridades no actúan... Uno de los datos más significativos que apuntan a la irregularidad de todas estas prácticas es el hecho de que sólo el 3% de los abortos se practican en centros públicos

(casi en su totalidad por patología fetal) y todo el resto, basados en causa psicológica de la madre, en centros privados. ¿Se debe a un ejercicio masivo de la objeción de conciencia entre profesionales de la sanidad pública o es más bien por la dudosa causa legal que los ampara?

¿Es necesaria una modificación de la ley?

Según mi opinión personal, la situación actual pone de manifiesto por un lado, la pérdida de valores sociales y el fracaso rotundo en el ámbito de la pedagogía en salud sexual y reproductiva, que ha convertido el aborto en un método más de anticoncepción, especialmente entre jóvenes de 13 a 19 años (según nos dicen las estadísticas). Por otro lado, una clara hipocresía política de todos los grupos que han pasado por el Gobierno en los últimos 20 años, ya que si realmente lo que se quiere es "normalizar" el aborto a petición, como demuestra claramente la pasividad ante el incumplimiento sistemático de la ley, sería exigible que tuviesen la osadía política de plantear una reforma legal y lo expusieran abiertamente.

La situación actual pone de manifiesto por un lado, la pérdida de valores sociales y el fracaso rotundo en el ámbito de la pedagogía en salud sexual y reproductiva, que ha convertido el aborto en un método más de anticoncepción, especialmente entre jóvenes

En cambio, les resulta más fácil aceptar esta práctica solapada, satisfaciendo así a una parte, yo creo que mayoritaria, de la sociedad que está de acuerdo, y evitándose el desgaste político de un debate sobre este tema que ya se ha intentado sin éxito. Recordemos el

	Tiempo límite de gestación	Condiciones establecidas
Alemania	Hasta 12 semanas	- A petición
Austria	Hasta 12 semanas	- A petición
	Después de 12 semanas	- Grave riesgo para la salud física o psíquica de la mujer - Riesgo del feto de nacer con un grave defecto físico o psíquico - Menor de 14 años
Bélgica	Hasta 12 semanas	- A petición
	Sin límite determinado	- Grave riesgo para la salud de la mujer o que el feto sufra una enfermedad grave e incurable. (Confirmación de dos médicos)
Bulgaria	Hasta 12 semanas	- A petición
	Entre 12 y 20 semanas	- Si la mujer padece una enfermedad que pone en riesgo su vida o la del feto
	Después de 20 semanas	- Peligro para la vida de la mujer o daño fetal severo
Chipre	Hasta 28 semanas	- Para salvar la vida de la mujer - Preservar la salud mental o física de la mujer - Embarazo consecuencia de violación o incesto - Probabilidad de que el feto nazca con graves discapacidades
Dinamarca	Hasta 12 semanas	- A petición
	Después de 12 semanas	- Si el embarazo no supone un riesgo para la vida de la mujer o un grave riesgo para su salud mental o física, el aborto debe ser aprobado por un comité
Eslovaquia	Hasta 12 semanas	- A petición, por escrito. Deben haber transcurrido 6 meses desde un aborto anterior. (Excepto mujeres con 2 nacimientos, mayores de 35 años o embarazo consecuencia de una violación)
	Después de 12 semanas	- Por motivos médicos o genéticos - Mujer víctima de violación u otros crímenes sexuales
Eslovenia	Hasta 10 semanas	- A petición
	Después de 10 semanas	- Autorización por una comisión especial
España	Hasta 12 semanas	- Embarazo consecuencia de una violación - Grave riesgo para la salud física o psíquica de la mujer
	Hasta 22 semanas	- Probabilidad de que el feto nazca con graves taras físicas o psíquicas
Estonia	Hasta 12 semanas	- A petición
	Después de 12 semanas	- Debe acudir a una consulta médica (petición por escrito)
	Hasta 22 semanas	- Por motivos de salud u otros como la edad (menor de 16 o mayor de 45)
Finlandia	Hasta 12 semanas	- Para salvar la vida de la mujer, preservar su salud mental - Por motivos económicos o sociales - Embarazo consecuencia de violación o incesto
	Hasta 20 semanas	- Si hay riesgo para la salud física de la mujer o es menor de 17 años
	Hasta 24 semanas	- Riesgo para la vida de la mujer o riesgo de malformación fetal
Francia	Hasta 12 semanas	- A petición. La mujer debe declarar que se encuentra en un "estado de angustia" debido a su embarazo
	Después de 12 semanas	- Grave riesgo para la salud de la mujer o riesgo de que el feto sufra una enfermedad grave e incurable. (Confirmación de dos médicos)
Grecia	Hasta 12 semanas	- A petición
	Hasta 19 semanas	- Embarazo consecuencia de incesto o violación
	Hasta 24 semanas	- Anomalía fetal

Holanda	Hasta 13 semanas	- A petición
	De las 13 semanas a las 24 semanas	- Si se alega "estado de angustia"
Hungría	Hasta 12 semanas	- A petición
	Sin límite determinado	- Peligro para la vida de la mujer o si el feto sufre una malformación incompatible con la vida
Irlanda	Sin límite determinado	- Riesgo para la vida de la mujer (incluido riesgo de suicidio)
Italia	Hasta 12 semanas	- A petición
	Después 12 semanas	- Si el feto presenta una deficiencia genética - Para preservar la salud mental y física de la mujer
Letonia	Hasta 12 semanas	- A petición
	Después de 12 semanas	- Se requiere autorización especial. Las razones no médicas pueden incluir: muerte del marido durante el embarazo; el ingreso en prisión de la embarazada o de su marido; el divorcio; violación; antecedentes familiares de niños discapacitados
Lituania	Hasta 12 semanas	- A petición
	Después de 12 semanas	- Autorización especial
Luxemburgo	Hasta 12 semanas	- Para salvar la vida de la mujer, preservar su salud física o mental - Motivos económicos o sociales - Embarazo consecuencia de violación o incesto, o riesgo para el feto
	Después de 12 semanas	- Grave riesgo para la salud de la mujer o el feto. (Confirmación por escrito de dos médicos)
Malta		- Prohibido en todas las circunstancias
Polonia	Hasta 12 semanas	- Para salvar la vida de la mujer, preservar su salud mental o física, embarazo consecuencia de violación o incesto, alteración fetal
	Después de 12 semanas	- Grave riesgo para la salud o la vida de la mujer
Portugal	Hasta 12 semanas	- Para salvar la vida de la mujer, preservar su salud mental o física
	Hasta 16 semanas	- Embarazo consecuencia de violación u otros crímenes sexuales
	Hasta 24 semanas	- Riesgo de que el feto nazca con una enfermedad o malformación incurable
Reino Unido	Hasta 24 semanas	- Para salvar la vida de la mujer, por motivos de salud, económicos o sociales (Inglaterra, Gales y Escocia). En el Norte de Irlanda cuando la salud de la gestante está en peligro
República Checa	Hasta 12 semanas	- A petición. Deben haber transcurrido 6 meses desde un aborto anterior. (Excepto mujeres con 2 nacimientos, mayores de 35 años o embarazo consecuencia de violación)
	Después de 12 semanas	- Riesgo para la vida y la salud de la mujer o en caso de alteración fetal
	Hasta 26 semanas	- Aborto terapéutico (grave deficiencia física o psíquica del feto)
Rumanía	Hasta 14 semanas	- A petición
	Sin límite determinado	- Por razones terapéuticas (según provisiones legales)
Suecia	Hasta 18 semanas	-A petición (entre la semana 12 y 18 la gestante debe hablar con un trabajador social)
	Después de 18 semanas	- Se debe obtener permiso del Sistema Nacional de Salud y Bienestar

BBC News. Europe's abortion rules [Internet]. London: BBC [acceso 12 de Marzo de 2008]. Disponible en: <http://news.bbc.uk/2/hi/europe/6235557.stm>

proyecto de ley para la aprobación del llamado "cuarto supuesto" en caso de conflicto personal, familiar o social grave para la embarazada, tramitado por última vez en 1995 sin que consiguiese la mayoría parlamentaria necesaria. Ante la imposibilidad de medir la gravedad de ese supuesto conflicto, más que por la propia embarazada, la aceptación de este cuarto supuesto sería tanto como admitir ya definitivamente el aborto a petición.

Según hemos podido leer y escuchar en las últimas semanas, los actuales dirigentes políticos en el gobierno no ven la necesidad de modificar la ley ya que, según dicen "ampara todos los supuestos posibles para el caso que una mujer quiera abortar"

Según hemos podido leer y escuchar en las últimas semanas, los actuales dirigentes políticos en el gobierno no ven la necesidad de modificar la ley ya que, según dicen "ampara todos los supuestos posibles para el caso que una mujer quiera abortar". Esta lectura interesada de la ley despenalizadora no está en concordancia con el espíritu legislativo que en su momento motivó su aprobación, pues bajo este primer supuesto no estaba previsto acoger el aborto a petición, como realmente está pasando, sino casos graves de conflicto y situación crítica para la embarazada. Es cierto que su redactado es ambiguo y que la propia ley no define qué se entiende por "grave peligro para la salud psíquica..."; y de eso se valen los que utilizan este supuesto para cubrir bajo apariencia de legalidad la casi totalidad de abortos practicados en España. Entiendo que esto no es legítimo y que debemos pedir más honestidad política, sin ambigüedades: si realmente defiende por encima de todo el derecho de la

mujer a decidir sobre su propio cuerpo, que amplíen la ley aceptando el aborto a petición o simplemente que lo legalicen, tal como han hecho muchos países de nuestro entorno europeo (Ver Tabla: pág. 12-13). Si, por el contrario, creen que la práctica del aborto tiene que ser restringida a situaciones realmente de conflicto de valores, tal como recoge la actual legislación, que la hagan cumplir estableciendo los mecanismos de control y petición de responsabilidades a aquellos que actúan en fraude de ley.

Otro elemento a destacar, es que en este primer supuesto de despenalización, *no se establece un plazo concreto en el que se deba practicar el aborto.*

En los casos en los que se ponga de manifiesto este riesgo para la embarazada, sea en el momento que sea del embarazo, se puede practicar el aborto, haciendo prevalecer su integridad física y/o psíquica por encima de la protección al embrión o feto. Se trata, como decíamos antes, de ponderar los intereses y valores en juego tomando la determinación a favor de uno de ellos como prioritario.

Si realmente defienden el derecho de la mujer a decidir sobre su propio cuerpo, que amplíen la ley aceptando el aborto a petición tal como han hecho muchos países de nuestro entorno europeo

Este último punto se ha puesto de manifiesto con especial dureza a raíz de las últimas informaciones aparecidas sobre el caso de las clínicas abortistas de Barcelona, de las que se están investigando judicialmente centenares de abortos practicados en fetos de más de 30 semanas, amparándose en el grave peligro para la salud psíquica de la embarazada... Este hecho nos hace cuestionar, ¿qué circunstancias pueden hacer que una mujer se someta a una

práctica tan cruel y traumática como un aborto de un feto viable tan desarrollado?... aún en casos de malformaciones fetales graves, a lo sumo en la semana 24 deben haber sido diagnosticadas... ¿cabe esperar tanto? ¿qué clase de profesionales se pueden prestar a tales prácticas, de forma sistemática y no aislada, a cambio de dinero?... Creo poder afirmar que mayoritariamente la opinión pública se ha conmovido con esta noticia, que no se trata de un tema ideológico sino de sensibilidad humana, y que ponerle coto no pasa sólo por una modificación legal sino por un control adecuado de estas prácticas, que haga cumplir la ley con seguridad jurídica para todos los ciudadanos.

No era intención de este artículo entrar en el debate "aborto libre si" o "aborto libre no", sino clarificar conceptos desde la perspectiva legal

No era intención de este artículo entrar en el debate "aborto libre si" / "aborto libre no", sino que mi propósito era clarificar conceptos legales sobre el tema y poner de manifiesto la situación de evidente fraude de ley e inseguridad jurídica que se produce, por desidia de todos. Quizás los últimos acontecimientos hagan replantear la cuestión de una vez por todas...

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Ver el texto íntegro de la sentencia en: http://www.boe.es/g/es/bases_datos_tc/doc.php?coleccion=tc&id=SENTENCIA-1985-0053
2. Ley Orgánica 9/1985 de 5 de julio, de reforma del art. 417 bis del Código Penal (BOE núm. 166 de 12.07.1985; p. 22041). http://www.boe.es/g/es/bases_datos_tc/doc.php?coleccion=tc&id=SENTENCIA-1985-0053

Las éticas de la Tierra: por qué estamos obligados a responder moralmente a la Tierra

Alberto Lecaros

Abogado.
Alumno del Máster Universitario de
Bioética Institut Borja de Bioètica (URL).
albertolecaros@yahoo.it

resumen

La conciencia ecologista, nacida en los años setenta, nos lleva a preguntarnos cuestiones tan importantes cómo: ¿Qué entendemos por "Tierra"? ¿Por qué debemos respetar la Tierra? En este artículo, además de esbozar el concepto histórico de tierra y el origen de las éticas de la tierra o medioambientales, se presentan distintos modelos de fundamentación sobre las obligaciones morales de la humanidad hacia la naturaleza. No podemos olvidar el vínculo esencial que hay entre la tierra y la vida humana, si la tierra está en peligro, la humanidad también lo está.

PALABRAS CLAVE

tierra, ética medioambiental, ecología, biocentrismo, ecocentrismo, antropocentrismo

abstract

Our ecological conscience, born in the 1970s, leads us to ponder questions such as: What is the earth? Why do we have to respect the earth? In this article we present the historical evolution of the concept earth, the origins of earth ethics or environmental ethics, and different models that can be used to support the moral obligations that humans have in regards to nature. We should not forget the link between earth and human life, if the earth is in danger the entire humankind is also in danger.

KEYWORDS

earth, environmental ethics, ecology, biocentrism, ecocentrism, anthropocentrism

Hace ya unos cuantos años que estamos habituados a escuchar exhortaciones de este tipo: ¡Debemos actuar pronto porque la Tierra está en peligro! Pero, ¿hasta qué punto tenemos una idea clara de lo que se entiende por «Tierra» cuando se apela a su respeto y cuidado?

Es evidente que nuestra relación con la Tierra comienza a cambiar, ya no es vista como una cantera inagotable de recursos, sino como un ente complejo y vulnerable que estamos transformando sustancialmente con nuestra acción

Este es un concepto muy equívoco que ha tomado sentidos muy diversos en la historia, esencialmente subordinados a las relaciones que el hombre ha establecido con la naturaleza. Es evidente que nuestra relación con la Tierra comienza a cambiar, ya no es vista como una cantera inagotable de recursos, sino muy por el contrario como un ente complejo y vulnerable que estamos transformando sustancialmente con nuestra acción, junto con las existencias vivas, finitas e indigentes, que la ocupan, entre ellas el ser humano. Este ser es el único que puede responder al respeto y cuidado de la Tierra, pero el sentido que se da a esta obligación moral con la Tierra tiene matices distintos según sea el fundamento que se toma como referencia. Algunos fundamentos apelan más a conceptos de la ciencia ecológica; otros, a ideas estrictamente filosóficas; otros, a ideas metafísicas; y, otros, a ideas teológicas. En este artículo pasaremos revista a las distintas vías de fundamentación, que no necesariamen-

te son incompatibles entre sí.

Esbozo histórico del concepto «Tierra»

Las ideas más "primitivas" que el hombre articuló en relación a su experiencia con la Tierra, como las de una "tierra nutricia" o una "tierra-suelo" tomaron forma en los orígenes a través de relatos míticos y religiosos. Estas ideas con el tiempo quedaron subordinadas a o mezcladas con otras ideas más complejas intelectualmente. Así, en la cultura griega pre-socrática, después de los mitos, nace la idea de una naturaleza sujeta a un orden (*kosmos*) eterno e indestructible, bajo ciertos principios que lo estructuran tales como el agua, el aire, el fuego y la tierra. La cualidad esencial de este último respecto a los otros era su mayor pesadez, de modo que su tendencia era caer hacia el centro esférico del cosmos, formando en consecuencia el núcleo de la esfera terrestre. Esta idea perduró hasta el *Renacimiento*, conviviendo con ideas más ancestrales como la figura de la diosa griega *Gaia* (Madre Tierra), a la que aún le rendía tributo Platón en el diálogo el *Timeo*. Este diálogo fue en parte el sostén de la visión cosmológica del humanismo renacentista. La teología de la creación *judeo-cristiana*, por su parte, alimentó la cosmología medieval y fue el trasfondo de las ideas científicas de la modernidad, junto a las cuales generó una imagen de la naturaleza que tiene ecos hasta nuestra época. El universo es creado por un Dios único, pero en él hay sólo una criatura creada a su imagen y semejanza: el ser humano; el resto de la naturaleza es mero orden divino creado. Es en este contexto, de una naturaleza pensada más que como un ámbito de participación del hombre como un objeto de dominación, que la

física moderna, gracias a los trabajos de Copérnico y Galileo, da a luz el concepto de «Tierra-astro» o «planeta Tierra» del que aún somos tributarios los hombres contemporáneos.

El paso de la visión clásica de un universo jerarquizado y cerrado a la visión moderna de un universo infinito y homogéneo, en el cual la Tierra es un astro más entre otros, tuvo fuertes repercusiones tanto en la imagen de la naturaleza como del hombre. Se llegó a pensar que hay tantas Tierras como astros volantes (planetas) en el universo, porque la naturaleza se compone en todas partes de la misma materia de que está hecha la Tierra. Esta idea de una naturaleza material y sin vida, sujeta a medición, control y predicción, transformó la relación del hombre con ella. El programa científico moderno consistía en dominar la Tierra para aliviar nuestros sufrimientos y penurias. La tecnología apareció para paliar muchas de nuestras necesidades materiales, pero su uso sin medida produce desde hace unas décadas cambios irreversibles en la Tierra.

Sin embargo esta misma tecnología un día nos puso a orbitar la Tierra y tuvimos por vez primera a nuestro planeta ante nuestros ojos. Los incipientes cambios ecológicos que el hombre estaba generando por ese entonces tomaron un relieve distinto cuando la conciencia azuzada por los sentimientos despertó del sueño de una naturaleza inagotable. La imagen de una esfera azul de una belleza indescriptible sobre el fondo oscuro del cosmos ya no nos remitía a la idea de un planeta más del sistema solar que por distintas contingencias alberga vida, sino a la idea de un único espacio que nos sostiene, un especialísimo suelo en el que habita la humanidad, en fin, a la idea de nuestra "morada planetaria". Esta morada es la portadora de la humanidad y de toda vida posible del mismo modo que el Arca de Noé transportaba todo aquello que podía permanecer vivo. En este Arca que lleva la vida emergió la conciencia humana y, ahora, esta conciencia comienza a des-

pertar y a reconocer el lugar de donde viene y hacia dónde quiere ir. Sin duda, en esta conciencia está la posibilidad de la existencia de la vida y de una futura humanidad digna en la Tierra.

La ética medioambiental: biocentrismo, ecocentrismo y antropocentrismo

La conciencia ecológica comienza a perfilarse, desde el punto de vista filosófico, a mediados de los años 70, en el ámbito angloparlante, a través de una corriente denominada *Environmental Ethics*, que reunió las primeras voces que reflexionaban sobre los fundamentos de la obligación moral del hombre con la naturaleza. Desde sus inicios dos grandes líneas se desarrollaron en esta disciplina. Una centró su consideración moral sólo en los *individuos vivos*, sean éstos animales con capacidad de sufrir o sintientes¹ o *por igual* todo ser viviente;² es la postura conocida con el nombre de *biocentrismo*. La otra centró el interés moral no sólo en los individuos vivos sino también en las comunidades que éstos conforman y en el sistema que integran con su entorno, los *ecosistemas*, los cuales forman finalmente el gran sistema complejo llamado Tierra. Esta postura es conocida con el nombre de *ecocentrismo*.³ En esta última se insertan las éticas que sitúan a la Tierra como un objeto de relevancia moral.

El nudo del debate en la ética medioambiental se trenza entre las dos posiciones anteriores y la visión antropocéntrica de la ética. El *antropocentrismo* considera que no es necesaria una *nueva ética*, en la medida que es suficiente la ética tradicional adaptada a las nuevas realidades morales. Estas obligaciones ético-ecológicas, según este enfoque, se fundamentan entonces del mismo modo que las obligaciones morales entre los seres humanos. Los axiomas que sustentan esta posición, propia de los seguidores de los principios morales kantianos, son: a) el ser humano constituye o crea todo valor,

por lo tanto, los valores no están en la naturaleza misma para ser reconocidos por él y b) el único ser de la naturaleza que tiene *valor intrínseco*, es fin en sí mismo, es el ser humano, un ser racional y consciente de sí mismo, el resto de la naturaleza tiene sólo un valor relativo o extrínseco a él, es un valor instrumental, pero nunca un valor por sí mismo o intrínseco.

Origen de las éticas de la Tierra: Aldo Leopold

Una de las primeras voces en denunciar esta visión antropocéntrica de la ética fue Aldo Leopold, uno de los precursores del movimiento ecológico preservacionista en los EE.UU. Este profesor de ingeniería forestal fue el primero en dar argumentos acerca de la relación entre los conceptos de *ética* y *ecología*. En esta relación conceptual él sostiene una nueva ética que denominó *ética de la Tierra* (*Land Ethic*),⁴ cuyos principios tuvieron una influencia decisiva en el enfoque no-antropocéntrico de la *Environmental Ethics* y dieron un aporte sustancial a los inicios de la Bioética, a través de uno de sus padres fundadores, Van Rensselaer Potter, quien desarrolló la idea de una *Bioética Global*, que pone en el centro de sus preocupaciones los desafíos de la supervivencia del ser humano en el entorno, sin perder de vista los problemas biomédicos.⁵ Este paradigma vuelve a tomar importancia.

La *ecología* antes de Leopold era una ciencia que nada tenía que ver con la conducta del hombre con su entorno. La naturaleza estaba sujeta a las leyes de la evolución y la ecología simplemente estudiaba los factores que alteran el equilibrio natural evolutivo de los seres vivos con su medio. El hombre al comienzo no era visto como un agente transformador de la evolución, pero con el tiempo las intervenciones dañinas de la técnica sobre los ciclos naturales demostraron lo contrario. La ecología comenzó a avizorar que el hombre no sólo produce el logos o las razones de

esta ciencia, sino también que él es un miembro integrante y desequilibrante de lo que los griegos llamaban *oikos* (eco), la “morada”, que compartimos con los restantes seres vivos. Leopold intuía estos desajustes y se preguntó ¿por qué la ética se restringe a la comunidad de los seres humanos y excluye a otros miembros de la misma “morada”? Vio que en la historia la ética progresivamente ha ampliado las fronteras de la comunidad éticamente relevante. La ética, dice Leopold, no tiene razones para no integrar en la comunidad ética a aquellos que se pueden ver dañados por el hombre en la simbiosis evolutiva, esto es, a los suelos, las aguas, las plantas y los animales. A este colectivo Leopold lo llamó “Tierra” (*Land*). La comunidad ética ampliada a la “Tierra”, considera Leopold, es una posibilidad evolutiva y una necesidad ecológica. Ni una ni otra pueden dejarse, nos dice, a merced del actual trato que recibe: mera mercancía de la conquista humana.

Potter, desarrolló la idea de una Bioética Global, que pone en el centro de sus preocupaciones los desafíos de la supervivencia del ser humano en el entorno

El ser humano en una ética de la Tierra deja de ser conquistador de la comunidad terrestre para pasar a ser simple miembro y ciudadano de ella, lo que implica el respeto por sus miembros y por la comunidad entera, la Tierra.

La ética, desde una perspectiva evolutiva, es para Leopold un modo de orientación en momentos de crisis ecológicas o de lucha por la supervivencia, pero éstas son tan complejas de entender o tan diferidas en el tiempo, que el camino ético no es discernible para todos, es quizás, nos dice, un instinto comunitario que se desarrolla sobre la marcha. Claramente, desde el punto de vista filosófico, esta mezcla de ecología evolutiva e

intuiciones de una “ética del respeto” y la brevedad de los argumentos nos dejan con débiles herramientas para dar con un fundamento crítico y racional.

La ética de la Tierra de Callicott y Rolston

Esta indeterminación en los fundamentos éticos que vimos en la ética de Leopold no es de extrañar que conduzca a un discípulo suyo, el filósofo J. Baird Callicott,⁶ a posturas, inicialmente tan contraintuitivas y antihumanistas, que abrieron paso a una gran polémica en el interior de esta disciplina. La ética de la Tierra de Callicott intenta dar un fundamento más sistemático a través de la ética emotivista de Hume y Adam Smith, para quienes los juicios de valor se fundan en los sentimientos, y de los aportes científicos de la sociobiología de E. O. Wilson. A partir de estos fundamentos sostiene un holismo o ecocentrismo bastante extremo, en virtud del cual la “Tierra” (*Land*) y los ecosistemas que la integran, desde el punto de vista ontológico y ético, son superiores a los miembros que los componen, de modo que puede llegar a decir que tiene más valor intrínseco un bosque en peligro por un incendio que un hombre que puede ser víctima en él.

Este principio holista a ultranza es en buena medida morigerado por otras éticas medioambientales que se ocupan de la Tierra. Una de éstas es la del filósofo ambientalista H. Rolston,⁷ también una postura ecocéntrica, pero que, sin embargo, pone el centro de gravedad en los individuos vivos y la jerarquía entre éstos y no en los sistemas ecológicos, porque considera que los seres vivos son la base sobre la que se sustentan estos sistemas, sean especies, ecosistemas o la Tierra. Los seres vivos, nos dice, se jerarquizan de acuerdo a su capacidad de ponerse fines. A mayor capacidad axiológica o de fines, mayor valor intrínseco. Así, de más a menos, están las personas, luego los animales y finalmente, los organismos simples.

De modo que no hay un igualitarismo ontológico ni ético, vale más un ser autoconsciente que uno meramente sintiente. La vida es la que fija el baremo ético, porque son los seres vivos los que gozan de valor intrínseco y sólo a partir de ellos se pueden producir valores intrínsecos más complejos, como el de las especies. A partir de éstas se dan lo que Rolston llama «valores sistémicos derivados», que pueden pertenecer a los ecosistemas o la Tierra entera. En consecuencia, Rolston concluye diciendo que la Tierra (*Earth*), si bien es «la unidad relevante de supervivencia», por sí misma no tiene un valor intrínseco. Ella sólo tiene un «valor sistémico derivado» y un «valor sistémico proyectivo», esto es, el valor de los procesos evolutivos que “proyectan” la vida en la Tierra. No obstante, para Rolston, ya que todo valor intrínseco (la vida) surge de la Tierra, ésta última tiene un «valor fundacional» de la vida y es «suelo (*ground*) de nuestro ser», el máximo valor intrínseco en la naturaleza por cuanto somos capaces de “reconocer” todo valor, lo que no es lo mismo que “constituir” todo valor, como piensan los antropocentristas. Para Rolston, en conclusión, pertenecemos a la Tierra, más que la Tierra nos pertenece a nosotros.

Fundamentos metafísicos del deber a la Tierra

En los mismos años en que la *Environmental Ethics* daba sus primeros pasos, el filósofo Hans Jonas,⁸ fundamenta una ética ecológica, en su libro *El principio de responsabilidad* (1979), mediante argumentos muy distintos a los generados en este primer ámbito, regido por criterios éticos utilitaristas y emotivistas aplicados a los duros datos ecológicos y a algunos de sus conceptos. Jonas considera también la necesidad de una nueva ética para enfrentar los desafíos que impone la acción tecnológica del hombre en la Tierra, pero en cambio, en cuanto a la fundamentación, arriesga el camino de la olvidada metafísica

porque, según él, sólo por esta vía se puede fundamentar el por qué tiene que existir una humanidad futura en la Tierra. El fundamento del *deber-ser* del hombre con la existencia y esencia de una humanidad digna en la Tierra se enraíza, según él, en el ser del mundo, en concreto, en el mundo de la vida, donde radican los fines en sí mismo en la naturaleza.

El Arca Tierra: nuestra morada originaria

Jonas puso de relieve la relación ética esencial entre la humanidad y la Tierra. Pero antes que él y mucho antes que los problemas ecológicos se intuyeran, fue su maestro Edmund Husserl,⁹ el fundador de una de las corrientes filosóficas más importantes del siglo XX, la *fenomenología*, quien meditó con lucidez sobre esta relación desde el punto de vista teórico racional, describiendo el *qué* previo de ésta más que explicando el *por qué*. La Tierra, antes que ser un planeta, es vivida como el suelo (un fundamento real) de toda experiencia perceptiva a través del cuerpo, experiencia que funda el pensar. Y nuestro cuerpo está esencialmente emparentado con la Tierra-suelo porque, como ella, es el punto de referencia de la aparición de todas las cosas. La Tierra y la Humanidad mantienen entonces una relación inherente y recíproca. Por esto, nos dice Husserl, es tan imposible que deje de ser nuestra *morada originaria*, *el Arca de la Humanidad en un única Historia*, como que mi cuerpo deje de ser el centro de mi experiencia. No es por tanto por mero azar que la humanidad pertenece a la Tierra, ella es el fundamento de toda experiencia en el mundo, incluida la experiencia ética. En esos mismos años Ortega y Gasset,¹⁰ con admirable similitud pensaba que, antes de la idea de Tierra-astro, está el enigma imperecedero de la Tierra-suelo, la realidad auténtica de nuestras vivencias, que es enigma propuesto a nuestra existencia más que una cosa o figura del pensamiento. Es-

te esencial vínculo entre toda la vida incluida, por cierto, la vida humana, y la Tierra, la ciencia hoy lo revela con contundentes pruebas empíricas. Para ello basta ver la creciente acogida que la Teoría Gaia de James Lovelock está recibiendo en la comunidad científica.¹¹

Conclusiones

¿Pero es suficiente una ética fundamental y aplicada, avalada solamente por el dato ecológico, diluyendo de paso la necesidad de principios racionales que fundamenten nuestra responsabilidad con la Tierra? La respuesta es no, la ciencia aquí sólo es coadyuvante del pensar ético-racional. Porque antes de toda verdad o evidencia empírica está la verdad existencial acerca de la inherencia recíproca entre la Humanidad y la Tierra. La Humanidad en una única Tierra deja de ser sólo un punto a dilucidar por la ciencia. La Tierra en el pensar toma un estatuto real, porque lo que está en juego cuando la Tierra está en peligro es la Humanidad como posibilidad real, tanto en su existencia como en la dignidad de la vida individual y colectiva. La ciencia, por muy bien intencionada que sea, no puede dar con la verdad última de estos asuntos. El fundamento último del ser humano como miembro de una comunidad de seres vivos en la Tierra, que los ecólogos llaman *comunidad biótica*, la meditación filosófica nos lo indica en la experiencia colectiva humana en la Tierra, pensada como *único suelo y horizonte* de una única Humanidad en una única Historia. Con las breves notas a las reflexiones de Husserl y Ortega en este sentido, queríamos mostrar que aún hay semillas para este terreno tan complejo de fundamentación de una ética ecológica que, como vimos, no es un terreno pacífico. Lo importante es no olvidar, como decía Rolston, que la Tierra es la «unidad relevante de supervivencia» y «suelo de nuestro ser», ser cuya más íntima esencia es el meditar sobre aquello que no le pertenece, la morada (*oikía*) originaria, y ésta es el *ethos* o *moris* del hombre. La

ética, por definición, es ecología y no economía de recursos escasos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Singer P. Liberación animal. Madrid: Trotta; 1999 (Ed. original de 1975). Regan T. The Case for Animal Rights. Berkeley: University California Press; 1983.
2. Goodpaster K. On Being Morally Considerable. *Journal of Philosophy*. 1978; 75(6):308-325. Taylor P. Respect for Nature. *A Theory of Environmental Ethics*. Princeton: Princeton University Press; 1986.
3. Naess A. Ecology, Community and Lifestyle. Cambridge: Cambridge University Press; 1989. Devall B, Sessions G. Deep Ecology. Salt Like City: Gibbs Smith Publisher; 1985.
4. Leopold A. A Sand County Almanac and Sketches Here and There. New York: Oxford University Press; 1949. [Leopold A. Una ética de la tierra. Madrid: Libros de la Catarata; 2000].
5. Potter VR. Bioethics: The Science of Survival. *Perspect. Biol. Med.* 1970; 14: 127-173. Potter VR. Bioethics: Bridge to the Future. New Jersey: Prentice Hall; 1971.
6. Baird Callicott J. In Defense of Land Ethic. New York: SUNY Press; 1989.
7. Rolston III H. Environmental Ethics. Duties to and Values in the Natural World. Philadelphia: Temple University Press; 1988. Rolston III H. Intrinsic values on Earth: Nature and Nations. En: Have H, editor. Environmental ethics and international policy. Paris: UNESCO; 2006.
8. Jonas H. El principio de responsabilidad. Barcelona: Herder; 1995. Jonas H. El principio vida. Madrid: Trotta; 2000. Jonas H. Pensar sobre Dios y otros ensayos. Barcelona: Herder; 1998.
9. Husserl E. La Tierra no se mueve. Madrid UCM; 1995.
10. Ortega y Gasset J. Ideas y creencias. Madrid: Espasa-Calpe; 1940. p. 42-48.
11. Lovelock J. Gaia una visión de la vida sobre la Tierra. BCN: Herman Blume Ediciones; 1983. Lovelock J. Las edades de Gaia. Una biografía de nuestro planeta vivo. BCN: Tusquets; 1993. Lovelock J. La venganza de la Tierra. La teoría de Gaia y el futuro de la humanidad. BCN: Planeta; 2007.

La adquisición del compromiso ético en la formación de la enfermera

Imma Ubierno

Directora Escola Universitària de Ciències de la Salut Fundació Universitària del Bages
iubierno@fub.edu

resumen

La creación del Espacio Europeo de Educación Superior genera un conjunto de cambios y retos en el sistema universitario, entre los cuales destaca el aprendizaje basado en competencias. En este sentido es importante preguntarse por la competencia en compromiso ético de las titulaciones universitarias en general, y de la profesión enfermera en concreto. La reflexión sobre esta cuestión gira en torno a tres ideas: el tipo de formación ética de las enfermeras, cómo planificar esta formación y las dificultades asociadas al aprendizaje/enseñanza del compromiso ético.

PALABRAS CLAVE

competencia, compromiso ético, ética, formación, cuidar en enfermería

abstract

The creation of the European Area of Higher Education challenges and triggers a series of changes in the university system, among them is the competency-based training. It is in this context that we need to consider the inclusion of ethical commitment as a competency in all college degrees, and in particular for the nursing profession. The thinking on this question revolves around three issues: the type of ethical education that should be provided to nurses, the planning for these activities, and the difficulties related to teaching and learning about the ethical commitment.

KEYWORDS

competency, ethical commitment, ethics, teaching, nursing care

La creación del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) que parte de la Declaración de Bolonia del año 1999, plantea un conjunto de cambios en el actual sistema universitario. Los principales retos que la sociedad del siglo XXI propone al sistema universitario son: formar para la ciudadanía y preparar profesionales capaces de afrontar las futuras demandas del ámbito laboral.¹

Uno de los pilares de este nuevo marco de enseñanza superior es el aprendizaje basado en competencias. Los planes de estudios de todas las titulaciones deben partir del perfil de graduado que se quiere formar y, como consecuencia, de las competencias profesionales y personales que debe adquirir. Los autores Yániz y Villardón² definen una competencia como el conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para desarrollar una ocupación dada, y la capacidad de movilizar y aplicar estos recursos en un entorno determinado, para producir un resultado definido.

En el Proyecto Tuning, trabajo de consenso europeo sobre competencias en la universidad, se distinguen dos tipos de competencias: las genéricas y las específicas. Por un lado, se entiende por competencias genéricas o transversales aquellas que constituyen una parte fundamental del perfil profesional y del perfil formativo de todas o la mayoría de las titulaciones. Incluyen un conjunto de habilidades cognitivas y metacognitivas, conocimientos instrumentales y actitudes valiosas en la sociedad del conocimiento. Por otra parte, las competencias específicas son propias de un perfil determinado y, generalmente, se expresan a través de conocimientos relacionados con las disciplinas o habilidades específicas de las prácticas profesionales más comunes en el perfil definido.

La competencia en compromiso ético

La adquisición de la competencia en compromiso ético forma parte del listado de competencias genéricas de todas las titulaciones universitarias. El aprendizaje para toda la vida, propio de la universidad, tendría que ser el aprendizaje de uno mismo, la maduración de la construcción de una personalidad moral gestada, sobre todo, en la familia y también en niveles inferiores del sistema educativo. El paso por la universidad tendría que conducir a un cambio, a una transformación de las personas que participan.

¿Pero en la universidad de hoy, qué tipo de aprendizaje ético tiene sentido? ¿Qué experiencias universitarias debería tener el estudiante universitario para ser transformado en clave ética? Siguiendo a Esteban y Buxarrais³ propongo cuatro aproximaciones en el aprendizaje ético y moral de los universitarios de hoy:

El aprendizaje de la acogida: El aprendizaje universitario debería desarrollarse en el terreno de la acogida, de la fe en el otro. En definitiva, el acto educativo es un acto de fe a todos los niveles.⁴ Quien ha sido acogido en su sentido más profundo, estará en disposición de acoger, de atender la mirada del otro.⁵

El aprendizaje de la responsabilidad: El aprendizaje universitario pasa ineludiblemente por la ética de la responsabilidad hacia la comunidad.⁶ El estudiante universitario debería tomar conciencia de su papel en la construcción de una sociedad más justa y equitativa desde la profesión, la cultura y el conocimiento. En el ejercicio de una profesión no es suficiente con cumplir unos mínimos legales, la sociedad exige a los profesionales que aspiren a la excelencia.

El aprendizaje del sentido de la profesión: La profesión es la acción de profesar,

por lo tanto va más allá de la técnica y del conjunto de habilidades profesionales, es necesario descubrir cuáles son los fines, las metas de esta profesión. La tarea del que ingresa en una profesión no consiste en idear metas totalmente nuevas, sino en incorporarse a una actividad de siglos o décadas y ser creativo e innovador para ver en cada momento histórico cómo conseguir las metas de su profesión.⁷

El aprendizaje del saberse universitario: El universitario deber tomar conciencia de que la sociedad espera de él que sea una persona crítica, con opinión propia, con capacidad de escuchar y comprender los otros puntos de vista, que reconozca la diversidad cultural, que sus decisiones y acciones estén impregnadas de sentido ético y, en definitiva, que contribuya a la mejora de la convivencia de la comunidad.

El compromiso ético en la titulación de enfermería

La esencia de la profesión enfermera, su razón de ser, es cuidar de las personas. En contra de lo que se piensa muchas veces, el arte de cuidar no nace de la enfermedad: cuidar es un acto de vida. En el curso de la historia de la humanidad, en todas las sociedades los cuidados han estado relacionados con la necesidad de asegurar la continuidad de la vida, mientras que el tratamiento responde a la lucha contra la enfermedad. Cuidar es aquello que contribuye a fomentar la vida y la salud. Los cuidados son esenciales para el nacimiento, desarrollo, crecimiento, supervivencia y muerte tranquila de los seres humanos.⁸

La ética va implícita en la práctica enfermera. El amplio concepto de cuidar tiene que ver con un conjunto de comportamientos basados en el interés, la compasión, la preocupación, el afecto, el compromiso con los otros, el hecho de ser cuidadoso y estar atento a los detalles, responder con sensibilidad a la situación en la que se encuentra el otro, escucharlo, y otras características.⁹ El ac-

to de cuidar es humanizador: cuidando y siendo cuidados los seres humanos humanizamos. La ética del cuidar obliga a los profesionales enfermeros a ser reflexivos, exigentes y críticos con ellos mismos y con la sociedad que les rodea.

A veces pensamos que son sólo las situaciones extremas las que plantean problemas éticos: situaciones como la eutanasia, el aborto, la investigación con células madre, la clonación... Si bien es importante que las enfermeras se formen sus juicios morales sobre estas cuestiones, en el cuidar la cotidianidad tiene la máxima importancia. El buen hacer del día a día, el respeto a la persona, respeto a la intimidad, a la multiculturalidad... es lo que determinará que los cuidados enfermeros que se ofrecen sean de calidad y éticos.

¿Qué formación en ética deberían tener las enfermeras?

La finalidad de la formación en ética de los profesionales enfermeros es que la enfermera integre la reflexión ética en su práctica profesional y desarrolle aquellas actitudes y aquellos hábitos que son humanizadores en la atención enfermera. La formación debe permitir a los estudiantes adquirir los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para llevar a cabo unos cuidados de calidad.

El saber, es decir, los conocimientos teóricos pueden aportar diferentes elementos a la enfermera, por ejemplo, pueden permitir la reflexión sobre el propio trabajo o bien ayudar a fundamentar el discurso enfermero y a mejorar los análisis; también pueden favorecer el proceso de toma de decisiones y son una fuente importante para conocer mejor al otro... El aprendizaje de habilidades le aportará elementos para saber hacer (en ética, por ejemplo, habilidades comunicativas: como establecer una comunicación efectiva, como informar, como escuchar, como gestionar los silencios...).

Pero la ética del cuidar no puede regularse exclusivamente a partir de unos conocimientos sobre principios éticos o sobre ética profesional, ni tampoco a partir de la adquisición de determinadas habilidades, sino que requiere el desarrollo de algunas actitudes, el cultivo de determinadas virtudes y hábitos personales y profesionales; en definitiva de un saber ser y estar. A las enfermeras, para tomar decisiones adecuadas en la atención a las personas, no les basta con la ética de los principios, que intenta responder a qué debemos hacer para ser éticos, sino que necesitamos también una ética del cuidar, que intenta responder a cómo debemos actuar con la persona que cuidamos. Cuidar de un ser humano vulnerable requiere la virtud de la paciencia, de la tenacidad, de la fortaleza, de la humildad, del coraje y de la esperanza.¹⁰

La formación en conocimientos es relativamente fácil, la de habilidades ya es más compleja y la que sin duda es más difícil de transmitir es la de actitudes, de hábitos, de virtudes... ya que la virtud es una manera de ser, una manera de estar en el mundo, y en este ámbito no valen sermones.

Cómo planificar esta formación

La formación en ética de los futuros profesionales se tendría que dar de forma gradual e integrada. La gradualidad permite ir progresando de objetivos más básicos o elementales hacia objetivos más complejos, y la transversalidad facilita la integración de objetivos de aprendizaje, estableciendo la relación de una determinada materia con todas las que configuran el plan de estudios.

Es necesario, aunque no suficiente, que los planes de estudio contemplen alguna asignatura específica de formación ética. En el caso de la titulación de Enfermería, la totalidad de planes de estudios de las diferentes universidades de nuestro país tiene una asignatura troncal de Ética profesional, y la mayoría

también tiene una asignatura de Bioética que acostumbra a ser optativa.

Pero es importante completar la formación ética en las diferentes asignaturas del plan de estudios. Así por ejemplo, asignaturas como Fundamentos de Enfermería, Enfermería comunitaria, Relación de ayuda, Enfermería médico-quirúrgica, Enfermería materno-infantil, Salud Mental, Geriátrica, Cuidados paliativos... permiten trabajar de manera transversal diferentes contenidos de ética y bioética.

Por otro lado, para poder adquirir la competencia en compromiso ético, es indispensable una formación práctica que permita integrar los aprendizajes de las diferentes materias en situaciones reales.

Dificultades en el aprendizaje/enseñanza del compromiso ético

Tanto el aprendizaje como la enseñanza del compromiso ético en el ámbito universitario, y concretamente en la titulación de Enfermería, plantean algunas dificultades. Son dificultades que pueden ser retos a la hora de buscar la mejora continua de la actividad docente. A continuación se describen algunas:

- Cuidar no es un valor dominante en nuestra sociedad. Cuidar de alguien es reconocer su radical vulnerabilidad, y eso supone aceptar también la nuestra. En el siglo XXI, cuando nos parece que lo tenemos todo controlado, es difícil aceptar que el ser humano es vulnerable y, precisamente por eso, necesita ayuda y cuidados de otra persona.
- Cuidar en una sociedad culturalmente diversa es una tarea compleja, porque supone hacer un esfuerzo de acercamiento al otro, que permita comprender su universo simbólico y cultural. Es necesaria una actitud abierta y respetuosa hacia la persona que es diferente. Por eso es tan importante potenciar el diálogo desde el periodo formativo de todos los futuros profesionales de la sociedad.

- Los planes de estudios de muchos profesionales de la salud están diseñados a partir de un enfoque científico-técnico imprescindible, pero incompleto para llegar a la formación de profesionales excelentes, especialmente en lo que se refiere a aspectos éticos y humanísticos. El número de créditos troncales que se dedican al estudio de la ética es insuficiente en la mayoría de planes de estudio.

- Una de las cuestiones más espinosas que se plantea a los docentes en este ámbito es la siguiente: ¿Se puede enseñar a cuidar? Si no hay una predisposición personal para saber estar atento a las necesidades del otro, para acompañarlo, para ocuparse de él cuando él no puede, para respetar sus decisiones cuando son contrarias a las de uno mismo... ¿todo eso se puede aprender en la universidad?

- La edad de la mayoría de estudiantes universitarios, y por lo tanto su experiencia, limitan la posibilidad de profundizar en la reflexión y análisis de algunas cuestiones éticas y bioéticas. Para cuidar de otra persona se necesita una madurez personal que no siempre se tiene a los 18 o 20 años.

- Para trabajar la ética de forma transversal como se plantea en este artículo, se necesita la implicación de todo el profesorado, que todos los docentes lo consideren necesario. En la actual estructura fragmentada de los estudios esto es difícil.

- La necesaria evaluación de la adquisición de competencias en el estudiante se hace muy difícil de llevar a cabo en el caso del compromiso ético. Aunque hay propuestas de tablas de indicadores, evaluar aspectos como que el estudiante ha desarrollado aquellas actitudes y hábitos que son humanizadores de la atención enfermera, es realmente complejo.

- Se hace difícil trabajar cuestiones de ética profesional y bioética con los estudiantes, cuando en la mayor parte de casos no hay una formación básica de ética general.

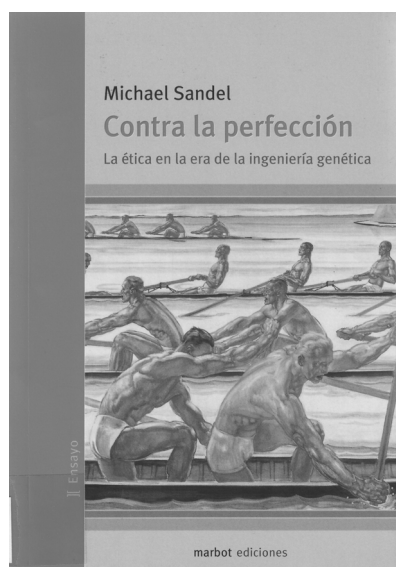
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Bricall JM, Brunner JJ. Universidad Siglo XXI. Europa y América Latina. Regulación y Financiamiento. En: Documentos Columbus sobre Gestión Universitaria. París: CINDA-Columbus; 2000.
2. Yániz C, Villardón L. Planificar desde competencias para promover el aprendizaje. El reto de la sociedad del conocimiento para el profesorado. Bilbao: Universidad de Deusto; 2007.
3. Esteban F, Buxarrais MR. El aprendizaje ético y la formación universitaria: más allá de la casualidad. Teor. Educ. 2004; 16: 91-108.
4. Torralba F. Rostre i sentit de l'acció educativa. Barcelona: Edebé; 2001.
5. Levinas E. Humanismo del otro hombre. Madrid: Caparrós editores; 1993.
6. Jonas H. El principio de la responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica. Barcelona: Herder; 1995.
7. Cortina A. Ciudadanos del mundo. Madrid: Alianza Editorial; 1997.
8. Collière MF. Promover la vida. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1993.
9. Davis AJ. Tenir cura i l'ètica del tenir cura en el segle XXI: què sabem i què hem de qüestionar. [Internet]. Barcelona: Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona; 2006 [Consulta 3 de Marzo de 2008]. Disponible en: http://212.9.72.18/uploadsBO/Noticia/Documents/ANNE%20DAVIS%20CATALÀ_DEF.PDF
10. Torralba F. Ética del cuidar. Fundamentos, contextos y problemas. Madrid: Fundación Mapfre Medicina – Institut Borja de Bioètica; 2002.

La imperfección de la búsqueda de la perfección

Ester Busquets

Licenciada en Filosofía.
Diplomada en Enfermería.
Directora de *Bioètica & debat*.
ebusquets@ibb.hsjdbcn.org



Sandel M. *Contra la perfección. La ética en la era de la ingeniería genética*. Barcelona: Marbot ediciones; 2007.

En el conjunto de la obra se pone de manifiesto la aspiración prometeica de la humanidad de rehacer la propia naturaleza humana, de perfeccionarla, de hacerla mejor, y de cómo la ingeniería genética tiene un papel fundamental en esta transformación

Michael Sandel en su ensayo *Contra la perfección. La ética en la era de la ingeniería genética* expone de una manera divulgativa y amena, pero al mismo tiempo rigurosa y con un gran sentido crítico, la ambivalencia de la bioingeniería. Por un lado, los avances en el campo de la genética suponen una promesa en el sentido que tienen la capacidad de tratar y prevenir algunas enfermedades, pero, por otro lado, son también un problema, dado que el conocimiento genético, además y cada vez más, podrá manipular la naturaleza humana. El autor, perfectamente documentado, pone numerosos ejemplos de esta manipulación: la mejora u optimización de la musculatura, de la memoria o del humor... la posibilidad de escoger el sexo o la altura de los hijos, etc... Lo que inquieta realmente al profesor de Harvard, no es el uso curativo o preventivo de la genética, sino la búsqueda del propio perfeccionamiento de la naturaleza humana.

Después de una introducción muy ágil, donde Michael Sandel plantea la cara y la cruz de la revolución genética, la reflexión se concentra en torno a los atletas biónicos, los hijos de diseño y la eugenesia. En el conjunto de la obra se pone de manifiesto la aspiración prometeica de la humanidad de rehacer la propia naturaleza humana, de perfeccionarla, de hacerla mejor, y de cómo la ingeniería genética tiene un papel fundamental en esta transformación.

Los defensores a ultranza del perfeccionamiento del ser humano consideran que no se debe restringir ni el uso de fármacos ni las alteraciones genéticas para optimizar el rendimiento de los deportistas o los artistas. También sostienen que los padres tienen la obligación de mejorar sus hijos, y que eso se ha hecho siempre, y todavía hoy se hace a través de la educación o la for-

mación. Por lo tanto, se preguntan ¿qué diferencia hay entre mejorarlos a través de la educación o hacerlo a través de la ingeniería genética? Y en esta línea, consideran que si no hay coerción se debería permitir la eugenesia. Michael Sandel, que es contrario a estos posicionamientos perfeccionistas, cree que la ingeniería genética puede llevar tanto a la degradación del deporte como de las manifestaciones artísticas, por la erosión de las técnicas de optimización del rendimiento, ya que sin esfuerzo no hay mérito. También sostiene que, aunque haya una formación encaminada al perfeccionamiento desmesurado, no es una justificación sólida para que nos lancemos a manipular a niños y niñas, sino más bien es una oportunidad para cuestionar las pautas educativas. Así, con su lógica argumental afirmará que la eugenesia es inaceptable.

El filósofo norteamericano cree que la obsesión por el perfeccionamiento es la revuelta contra lo recibido. "El problema de la eugenesia y de la ingeniería genética –dice el autor– es que representan un triunfo unilateral de la voluntad sobre el don, del dominio sobre la reverencia, del modelo sobre la contemplación" Y añade: "Puede resultar tentador pensar que diseñar a nuestros hijos o a nosotros mismos para tener éxito en una sociedad competitiva es un ejercicio de libertad. Pero cambiar nuestra naturaleza para encajar en el mundo –y no al revés– es la mayor pérdida de libertad". Michael Sandel cree que el ser humano no se hace a sí mismo, y que hay que combatir la actitud de control y dominio que no reconoce el carácter de don de las capacidades y los logros humanos, y olvida que la libertad consiste, en cierto sentido, en una negociación permanente con lo recibido. El norteamericano se siente muy próximo al alemán Jürgen Habermas en la idea de que la libertad

se experimenta, en referencia a alguna cosa que, por su propia naturaleza, no está a nuestra disposición, es decir, para pensarnos como seres libres debemos atribuir nuestro origen a un origen que vaya más allá de toda disposición humana, un comienzo que emerja, por ejemplo, de Dios o de la naturaleza.

Michael Sandel se inscribe dentro de una corriente de pensamiento muy prudencialista ante los avances de la bioingeniería, y considera imperfecta la búsqueda de la perfección

Aunque el autor fundamenta sus ideas desde el terreno de la teología cree que son justificables también desde el ámbito secular, porque la opción para el perfeccionamiento supondría la transformación de los tres elementos

centrales de nuestro paisaje moral: la humildad, la responsabilidad y la solidaridad. Según el profesor, en un mundo social que valora el dominio y el control, la paternidad/maternidad es una escuela de humildad, porque nos tenemos que preocupar por un hijo o una hija que no podemos escoger. Es aprender a aceptar lo inesperado, a dominar el ansia de control. Por otro lado, también vincula la bioingeniería con la responsabilidad. Una de las ventajas de vernos criaturas de la naturaleza, de Dios o del azar, es que no somos plenamente responsables de cómo somos. Cuanto más dueños nos hacemos de nuestra dotación genética, mayor es la carga de responsabilidad que asumimos. Por último, el autor cree que el carácter azaroso de nuestro destino potencia la solidaridad para con el más desafortunado, pero si la ingeniería genética revoca los resultados de la lotería genética de la sociedad se volverá más exigente y menos com-

pasiva. Michael Sandel es actualmente uno de los filósofos políticos norteamericanos más significativos, y eso queda nítidamente reflejado en *Contra la perfección*, una lectura recomendable para poder reflexionar sobre una de las cuestiones más actuales y más importantes de la bioética. Sandel se inscribe dentro de una corriente de pensamiento muy prudencialista ante los avances de la bioingeniería, y considera imperfecta la búsqueda de la perfección, hecho que le puede hacer antipático a quien crea que no es necesario poner freno a las posibilidades de la ciencia y la tecnología. Es cierto que el norteamericano no resuelve, o mejor dicho, no profundiza en el problema de la ambición prometeica del ser humano de perfeccionar la naturaleza humana. ¿Podría ser que este deseo de perfeccionamiento fuese, inherente a la propia naturaleza humana? Si fuese así, más que solidez argumental podríamos ver en el texto cierta ingenuidad.

novidades biblioteca

- ✓ Gracia D. Fundamentos de bioética. 2ª ed. Madrid: Triacastela; 2007.
- ✓ Díez Fernández JA. Los comités nacionales de bioética: Legislación internacional y regulación en la nueva ley sobre investigación biomédica. Granada: Comares; 2007.
- ✓ Wright HG. Means, ends and medical care. Dordrecht: Springer; 2007.
- ✓ Cherry MJ, Iltis AS, editores. Artificial Nutrition and Hydration: The New Catholic Debate. Dordrecht: Springer; 2008.
- ✓ Cortina A. Ética de la razón cordial: Educar en la ciudadanía en el siglo XXI. Oviedo: Nobel; 2007.
- ✓ Raven PH, Berg LR, Hassenzahl DM. 6ª ed. Environment. Hoboken, NJ: Wiley; 2008.
- ✓ Rovira A. Autonomía personal y tratamiento médico: Una aproximación constitucional al consentimiento informado. Pamplona: Aranzadi; 2007.
- ✓ Labrusse-Riou C. Écrits de bioéthique. Paris: Presses Universitaires de France; 2007.
- ✓ Jeangène JB. Éthique animale. Paris: Presses Universitaires de France; 2008.
- ✓ Román B, Carrera J, Mora G, Terribas N, Broggi MA, Mayor F, Nogués RM, editor. Sobre la vida i la mort: Possibilitats i límits de la intervenció humana. Barcelona: Fragmenta; 2008.
- ✓ Moreno M. El cuidado del "otro". Un estudio sobre la relación enfermera/paciente inmigrado. Barcelona: Bellaterra; 2008.
- ✓ Unesco. Guía 3: Capacitación de los Comités de Bioética [Internet]. Paris: Unesco; 2007 [acceso 18 de marzo de 2008]. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0015/001509/1509705.pdf>
- ✓ Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en cuidados paliativos del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007 [acceso 7 de marzo de 2008]. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cuidadospaliativos-diabetes/CUIDADOS_PALIATIVOS/estrategiaCuidadosPaliativos.pdf

“Desde la antigüedad, los beneficios que comportaban para la salud ciertos climas, las fuentes termales o los baños eran apreciados e Hipócrates da testimonio en el s. V antes de Cristo. Estos lugares geográficos privilegiados atraían a personas incluso llegadas de muy lejos con la esperanza de proteger o mejorar su salud. Actualmente el turismo bioético está a menudo relacionado con la búsqueda de un servicio de salud específico, en otro país donde será accesible más fácil o más rápidamente, ya sea por razones reglamentarias o por razones relacionadas con la organización del sistema de salud de este país. Entre los servicios de salud solicitados frecuentemente está la interrupción voluntaria del embarazo o la ayuda a la procreación médicamente asistida.”

Christiane Bardoux

agenda

> **10th Congress of the European Society of Contraception “Non-contraceptive impact of contraception and family planning”** los días 30 de Abril a 3 de Mayo en Praga. Más información: <http://www.contraception-esc.com/prague.htm>. ESC Central Office, Opalfeneweg 3, 1740 Ternat, Belgium, Tel. +32 2 582 08 52. Correo-e: congress@contraception-esc.com

> **3rd Intercontinental Congress of Pathology organizado por la European Society of Pathology** los días 17 a 22 de Mayo en Barcelona (Palau de Congressos de Catalunya. Av. Diagonal 661-671). Secretaria Técnica: Fundació Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears. C. Major de Can Caralleu, 1-7, 08017 Barcelona. Tel. 932030756. Fax 93223569. Correo-e: Soniamolero@academia.cat y <http://www.pcongresos.com>

> **46 Congreso de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física** organizado por la SERMEF los días 20 a 23 de Mayo en Zaragoza (Auditorio de Zaragoza. C. Eduardo Ibarra, 3). Secretaria Técnica: c. Diputación 401 bajos, 08013 Barcelona. Tel. 93 2463566. Fax 93 2317972 y <http://www.sermef.es>

> **VI Congreso Internacional de Auxiliares de Enfermería “La comunicación en el mundo sanitario”** organizado por Fundació ALTHAIA y Xarxa Assistencial de Manresa los días 21 a 23 de Mayo en Manresa (Barcelona). Información: mgclave@hotmail.com

> **International conference, “Managing the Uncertainty of Nanotechnologies. Challenges to Law, Ethics and Policy Making”** patrocinada por la Universidad de Padua los días 22 y 23 de Mayo en Rovigo – Italia (Campus Universitario de Rovigo). Más información: The Organising Committee, via 8 Febbraio 1848, 2 - 35122 Padova. Italy. Tel. +39 049 827.3461. Fax +39 049 827.3479. E-mail: ciga@unipd.it y <http://www.ciga.unipd.it>

> **57 Congreso de la Asociación Española de Pediatría** los días 5 a 7 de Junio en Santiago de Compostela (Palacio de Congresos y Exposiciones de Galicia, Miguel Ferro Caaveiro s/n – San Lázaro). Más información: Tel. 902159042. Fax 902159053. E-mail: info@departamentocongresos.org. Inscripción: inscripciones@departamentocongresos.org y <http://www.congresoaeop.org>

> **Congreso Internacional “Los avances del derecho ante los avances de la medicina”** organizado por Universidad Pontificia Comillas y la Facultad de Derecho (CID- ICADE), con la colaboración de la Universidad de Deusto–Facultad de Derecho y ESADE–Facultad de Derecho los días 16 a 18 de Junio en Madrid. Más información: UPCO. Tel. 91 5422800 ext.2262. E-mail: cid@cid.upcomillas.es

> **Congreso-Update de Psicogeriatría, Demencias y Enfermedad de Alzheimer “Envejecimiento, demencias y salud mental: avances en su abordaje multidisciplinar e interdisciplinar”** los días 25 a 28 de Junio en Barcelona. Más información: <http://www.congresoupdatepsicogeriatría.es>

colaboración de

CAIXA DE CATALUNYA 

 **FUNDACIÓN
MAPFRE**