



Ética y Legislación en Enfermería Obstétrico-Ginecológica

ENFERMERÍA OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICA

Juana Macías Seda
Francisco Javier Medina Aragón



7

Colección Líneas de Especialización en Enfermería

Ética y Legislación en Enfermería Obstétrico-Ginecológica

ENFERMERÍA
OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICA VII

Ética y Legislación en Enfermería Obstétrico-Ginecológica

ENFERMERÍA
OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICA VII

Juana Macías Seda
Francisco Javier Medina Aragón

Colección Líneas de Especialización para Enfermería

F U D E N
FUNDACION PARA EL DESARROLLO DE LA ENFERMERIA


Enfo
Ediciones

NOTA

Las ciencias de la salud se encuentran en constante desarrollo. Conforme surjan nuevos conocimientos, se requerirá incorporar estos al proceso enfermero. Los editores y el (los) autor(es) se han esforzado para que los cuidados e indicaciones terapéuticas sean precisos y acordes con lo establecido en la fecha de publicación. Sin embargo, ante los posibles errores humanos, cambios y desarrollo de los cuidados de salud, ni los editores ni cualquier otra persona que haya participado en la preparación de la obra garantizan que la información obtenida en ella sea precisa o completa; tampoco son responsables de errores u omisiones, ni de los resultados que con dicha información se obtengan. Los editores no pueden garantizar la exactitud de toda la información contenida en este libro referida a la aplicación de técnicas, procedimientos o medicamentos. En cada caso individual el lector deberá verificar esta información mediante la consulta de la literatura pertinente.

Título de la obra: *Ética y Legislación en Enfermería Obstétrico-Ginecológica*

Editado por Enfo Ediciones para FUDEN (Fundación para el Desarrollo de la Enfermería), entidad distinguida con el Sello de Excelencia Europea, acreditado por el Club Gestión de Calidad.

DERECHOS RESERVADOS, respecto a la presente edición, por
FUDEN © 2011
Cuesta de Santo Domingo, 6 – 28013 Madrid
www.fuden.es

Primera edición: Abril 2011

Coordinadores editoriales: Juana Macías Seda, Francisco Javier Medina Aragón
Responsable de Maquetación: David Borreguero Fuster
Responsable de Revisión Técnica: Maribel Morente Parra
Revisión Clínica: Rocío Maderna Dallasta, María Montserrat Sanz Laina
Diseño de cubierta: Carmen Castillo Delgado
Ilustraciones: Karen Guzmán Reyes

ISBN13 de la línea: 978-84-96690-26-4
ISBN13 del libro: 978-84-92834-84-6

Todos los derechos reservados. Este libro o cualquiera de sus partes no podrán ser reproducidos ni archivados en sistemas recuperables, ni transmitidos en ninguna forma o por ningún medio, ya sean mecánicos o electrónicos, fotocopiadoras, grabaciones o cualquier otro sin el permiso previo de los titulares del Copyright. Las fotografías han sido cedidas por los autores y se prohíbe la reproducción total o parcial de las mismas.

Agradecimientos

***A los legisladores que velan por la seguridad,
los derechos y los deberes de profesionales y pacientes.***

***A todos ellos,
Gracias.***

ÍNDICE DE AUTORES

Coordinadores

Juana Macías Seda

Diplomada en Enfermería. Especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). Máster Oficial en Intervención Familiar. Doctorando en Ciencias de la Salud. Profesora Titular de Enfermería Materno-Infantil. Departamento de Enfermería. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Universidad de Sevilla.

Francisco Javier Medina Aragón

Diplomado en Enfermería. Máster Universitario en Enfermería de Urgencias, Emergencias, Catástrofes y Ayuda Humanitaria. Diploma Universitario de Especialización en Medicina en el Medio Natural. Instructor en Soporte Vital Avanzado por el Plan Nacional de RCP, Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias, European Resuscitation Council. Director del Departamento de Innovación, Excelencia y Práctica Avanzada, FUDEN. 112 Emergencias Sanitarias de Extremadura, Servicio Extremeño de Salud. Azuaga, Badajoz.

ÍNDICE DE AUTORES

Colaboradores

Manuel Jesús García Martínez

Doctor en Antropología Social y Cultural por la Universidad de Sevilla. Diplomado en Enfermería. Especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). Profesor Asociado Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Sevilla. Profesor Unidad Docente Matrona Virgen del Rocío. Servicio Andaluz de Salud (SAS).

María Rosa García Vilardell

Doctora en Derecho. Profesora de la Universidad CEU-Cardenal Herrera. Elche.

Josefina Goberna Tricas

Diplomada en Enfermería. Especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). Máster en Enfermería de Salud Pública y Comunitaria. Licenciada en Ciencias Políticas y Sociología. Doctora en Filosofía (Bioética) por la Universidad de Barcelona. Profesora Titular de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Barcelona. Docente en la Unidad Docente de Matronas de Cataluña y en el Máster Oficial Interuniversitario de Ciudadanía y Derechos Humanos: Ética y Política. Colaboradora en docencia de postgrado en la Fundación Universitaria del Bages. Codirectora de la revista “Matronas Profesión”.

ÍNDICE DE AUTORES

Colaboradores

Manuel Linares Abad

Diplomado en Enfermería. Especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica. Licenciado en Antropología Social y Cultural. Doctor por la Universidad de Jaén. Profesor Titular de Universidad. Universidad de Jaén.

Francisco de Llanos Peña

Doctor en Filosofía por la Universidad de Sevilla. Diplomado en Enfermería. Profesor Titular de Ética en Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Sevilla.

Rocío Maderna Dallasta

Diplomada en Enfermería. Especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica. Especialista en Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Servicio Andaluz de Salud.

Modesta Salazar Agulló

Enfermera Especialista en Obstetricia y Ginecología. Doctora en Enfermería. Profesora Asociada de la Universidad Alicante y de la Unidad Docente de Matronas.

PRÓLOGO DE LA LÍNEA

ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICA

La salud de las personas, y en especial la de las mujeres, es la expresión del tipo de sociedad en que viven y trabajan y del lugar que ocupan en la estructura social. En España la atención a la mujer y a la familia durante la maternidad y a lo largo de la vida, en lo referente a la salud sexual y reproductiva, se caracteriza por ser de buena calidad.

No obstante, en los últimos años, diferentes factores de tipo demográfico, social, profesional y organizativo hacen que sea necesario reorientar tanto la formación como los servicios para que se pueda dar una respuesta adecuada a esta sociedad cambiante.

El perfil de las embarazadas ha variado. Por un lado, la edad media de la maternidad se ha incrementado y ha aumentado la cantidad de embarazos gemelares a consecuencia del incremento en la utilización de las técnicas de reproducción asistida. Por otro lado, la participación activa de la mujer y su pareja ha repercutido en una mayor influencia de la toma de decisiones informadas durante el proceso de maternidad.

Observamos también un incremento en la tasa de nacimientos, que contrasta con las previsiones a la baja realizadas en años anteriores.

El crecimiento de la población inmigrante, cuyos valores y comportamientos sanitarios son diferentes a los de la población autóctona, y los cambios en la composición de las familias actuales con respecto a la fórmula tradicional, provocan que nuestra sociedad evolucione tanto en su composición como en los roles que desempeñan los miembros de la unidad familiar.

Tampoco hay que olvidar la evolución en el conocimiento científico y en las competencias profesionales; tanto en el ámbito de atención primaria como en la atención hospitalaria, en el que la enfermera obstétrico-ginecológica

y/o la matrona se ha constituido en el profesional principal en lo referente a la atención y diagnóstico de los procesos normales y fisiológicos, así como en la prevención y la promoción de la salud sexual y reproductiva.

En consecuencia, es una gran satisfacción ver el resultado de una obra que ha implicado el esfuerzo intelectual de muchos y muchas profesionales, con el objetivo de hacer una revisión en temas de salud de la mujer, y que este material se recopile y se publique.

La satisfacción es mayor cuando observamos que esta publicación va más allá de un libro de texto y de formación habitual. Abarca tanto el contenido sanitario referente a los conocimientos y atención en los procesos de normalidad y de patología de la maternidad, al de la salud sexual y reproductiva; así como aspectos sociales relacionados con la familia, integración del hombre en los cuidados familiares, estrategias para mejorar la autoestima, perspectiva de género, derechos de la mujer, inmigración y cooperación, entre otros. Además incluye temas relacionados con la profesión, formación, gestión e investigación.

Sin lugar a dudas estas características le dan al texto un matiz muy innovador y vanguardista, poniéndolo a una altura excelente para dar respuesta a la situación cambiante de nuestro país.

Me gustaría destacar el rigor, la metodología y las características pedagógicas que se han aplicado en cada capítulo, que hacen que éste sea un instrumento de ayuda para el estudio y de consulta para el desarrollo de la actividad profesional. Esta publicación contribuirá sin duda a ampliar la bibliografía actual en materia de salud de la mujer.

Es para mí un honor escribir el prólogo de este libro en el que han participado autores muy implicados en la formación de enfermeras y matronas y con una dedicación incansable para mejorar la salud de la mujer y de su familia.

Quisiera felicitar a los autores, y en especial a los coordinadores de esta colección sobre Enfermería Obstétrico-Ginecológica, por el trabajo realizado que, indiscutiblemente, será una obra de calidad que traerá aparejada una mejora de la calidad en la formación y los cuidados prestados por las matronas actuales y futuras, y que redundará positivamente en la población y en el prestigio de la profesión.

Dolors Costa Sampere

Presidenta de la Federación de Asociaciones
de Matronas de España (FAME)

PRÓLOGO DEL MÓDULO

ÉTICA Y LEGISLACIÓN EN ENFERMERÍA OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICA

Hablar de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres implica hablar, necesariamente, del movimiento feminista en general, pues, si bien existen diferentes teorías feministas, todas ellas comparten un denominador común: la reivindicación de la libertad sexual y reproductiva de la mujer. Las teorías feministas de comienzos del siglo XX subrayaron especialmente la necesaria separación entre “sexo” y “procreación” por un lado, y la difusión de una mayor y mejor información acerca de los métodos anticonceptivos, por otro. Éste fue el caso, entre otras, de Margaret Sanger en Estados Unidos y de Marie Stopes en Gran Bretaña en el primer cuarto del siglo XX.

Durante la segunda mitad de la centuria pasada, buena parte del movimiento feminista no sólo potenció sino que amplió estas vindicaciones, exigiendo el respeto social y jurídico a la libertad de autodeterminación de la que debe gozar toda mujer sobre su propio cuerpo. Obviamente, esta libertad de autodeterminación femenina incluía la interrupción voluntaria del embarazo. A priori, esta libertad parece derivar directamente del principio de autonomía –o de respeto a las personas–, consagrado en el Informe Belmont, y desarrollado teóricamente por Thomas Beauchamp y James Childress. El principio de autonomía, junto con el de beneficencia y de justicia, han resultado ser unas útiles herramientas éticas dentro del binomio médico/paciente, es decir, dentro de la estricta relación clínica. No obstante, ha de tenerse en cuenta que el fenómeno de la maternidad cuenta con dos peculiaridades propias. La primera de ellas es que a la ecuación dada en la relación clínica se le debe añadir un elemento más: el *feto*. La segunda peculiaridad se halla en la posibilidad de un conflicto entre el principio de autonomía de la mujer y el principio de beneficencia que debe guiar la práctica sanitaria.

En relación con la primera peculiaridad, el factor “feto”, ha de tenerse en cuenta que la práctica de las técnicas de reproducción humana asistida, concretamente de la fecundación in vitro, ha procedido a su estratificación en atención a su proceso evolutivo, provocando el uso de otros conceptos como el de “preembrión” y “embrión”. De ahí que cuando se alude al feto, también en sus estadios de embrión y preembrión, se presenta necesario diferenciar entre su “estatuto moral” y su “estatuto jurídico”. El estatuto moral del feto –y también del embrión–, va a depender de la concepción moral que lo juzgue. Las teorías éticas que se posicionan en contra del aborto se basan fundamentalmente en dos argumentos: la sacralidad de la vida, y la concepción del embrión y del feto como sujeto de derechos. En ambos argumentos se hace coincidir el concepto de “persona biológica” –ser perteneciente a la especie humana– con el de “persona jurídica” –sujeto titular de derechos–. Dentro de las posiciones a favor del aborto, en cualquier fase de la gestación –de entre las que podemos destacar las tesis de Hugo Tristram Engelhardt y de Peter Singer–, donde se entiende que el feto es un “ser” perteneciente genéticamente a la especie humana, pero no es una persona en sentido ético –sujeto racional y autoconsciente– y, mucho menos, en sentido jurídico.

Por último caben posiciones intermedias, como la de Ronald Dworkin, donde el estatuto moral y jurídico del feto va cambiando en función de las fases propias de la gestación. Tanto el embrión como el feto se entienden como “objetos” éticamente relevantes y, por consiguiente, susceptibles de protección jurídica. No obstante, es a partir del momento en el que el feto es viable cuando éste goza de la máxima protección, sin que para ello tenga que dotársele de “personalidad jurídica”. Desde el momento de la concepción hasta el momento de la organogénesis –semana catorce aproximadamente– estaría justificada la interrupción voluntaria del embarazo, mientras que desde el momento de la organogénesis hasta la viabilidad –semana veintidós aproximadamente–, lo estaría por causas médicamente justificadas.

La Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo sobre salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, viene a consagrar esta concepción gradual del feto, entendiendo que dentro de las primeras 14 semanas –excepto por cuestiones eugenésicas o terapéuticas donde el plazo se amplía–, prima la libertad reproductiva de la mujer.

En relación con la segunda peculiaridad propia de la maternidad ha de advertirse que el principio de autonomía es, al igual que el de beneficencia y el de justicia, un principio *prima facie*, es decir, tiene una validez ética teórica

no absoluta, por lo que necesariamente habrá de materializarse en el caso concreto. En el caso de la gestación, el marco temporal en el que la mujer puede ejercer libremente su autodeterminación queda delimitado por las primeras catorce semanas de gestación, primando el principio de autonomía por encima de cualquier otro principio bioético.

Aún reconociendo la virtualidad que parece tener una teoría basada en principios en el ámbito propio de la relación clínica –sobre todo gracias a la consolidación del consentimiento informado–, quizá ésta se presenta algo “rígida” en el marco propio de la maternidad, que escapa al ámbito de lo estrictamente patológico. Es por ello que en el tratamiento médico de la maternidad cobra todo su sentido la ética del cuidado, personalizada en la relevante figura de la matrona. No obstante, no debe entender este “cuidado” como una actitud paternalista por parte de la matrona hacia la mujer gestante, sino como un trato humano y profesional en el que se potencian valores tales como la empatía, la comprensión, el cariño y la solidaridad, teniendo siempre presente la libertad individual de la mujer.

El tratamiento sanitario basado en la ética del cuidado no sólo debería regir el proceso obstétrico –incluso la interrupción de la gestación– sino que debería extenderse a la práctica de las técnicas de reproducción humana asistida, concretamente a la práctica de una fecundación in vitro. Si bien es cierto que las técnicas de reproducción humana asistida han venido a mitigar, en parte, los problemas de infertilidad y esterilidad que presentan algunas parejas –e incluso posibilitan que mujeres solteras o parejas de lesbianas puedan tener descendencia–, también han provocado nuevos debates éticos. Ciertos sectores feministas interpretan la práctica de la fecundación in vitro con transferencia de embriones como un proceso de instrumentalización de la mujer, en el que ésta se convierte en el medio necesario para conseguir un fin, el feto. Afirman estas feministas que es tal el valor que llega a alcanzar el feto que termina por eclipsar los propios intereses de la mujer. Buena muestra de ello es la práctica de la “estimulación ovárica” conseguida gracias a la administración de gonadotropina, hormona de la que se sospecha puede provocar alteraciones cromosómicas y genéticas.

El fenómeno de la gestación y sus comienzos –ya sean éstos naturales o artificiales–, parece prestarse, mejor incluso que ningún otro ámbito de la sanidad, a ser tratado con las herramientas propias de la ética del cuidado. Para su efectivo desarrollo, habría de potenciarse una deontología profesional

y una ética de la práctica sanitaria cuyo medio o instrumento sea el cuidado humano, y cuyo fin inmediato sea extraer la maternidad del ámbito patológico en el que parece encontrarse en la actualidad.

Hemos de concluir reconociendo los pasos positivos que se están dando en el marco normativo internacional para acabar con la identificación de la salud como la ausencia de enfermedad. La Organización Mundial de la Salud ha delimitado un concepto amplio de salud en el que quedan recogidos aspectos tales como las desigualdades sociales. Desigualdades que afectan aún más si cabe a la mujer, que es discriminada, en la mayoría de los casos, no por su condición de mujer, sino por su condición de madre.

Vanesa Morente Parra

Licenciada en Derecho.
Máster en Derechos Fundamentales y Especialista en Educación para la Ciudadanía y Derechos Humanos. Profesora Ayudante de Filosofía del Derecho de la Universidad Carlos III de Madrid e Investigadora del Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas.

PRESENTACIÓN DE LA OBRA

En nuestros días, no se puede concebir una profesión que no esté sustentada en una sólida base ética. La complejidad de nuestra sociedad y los continuos retos que surgen desde múltiples campos como el desarrollo científico y tecnológico, los avances sociales, la multiculturalidad o la globalización, por poner unos ejemplos, hacen que las enfermeras necesitemos actualizar ininterrumpidamente nuestros conocimientos para poder estar a la altura de las circunstancias y caminar hacia la excelencia profesional a través de los cuidados.

La Línea de Especialización en Enfermería Obstétrico-Ginecológica de la Colección Líneas de Especialización, se cierra con tres volúmenes que completan el currículo de los Enfermeros Especialistas en Obstetricia y Ginecología. Este libro de **Ética y legislación en Enfermería Obstétrico-Ginecológica** tiene como objetivo la revisión de las implicaciones éticas y legales específicas de la atención enfermera a la mujer embarazada y a la mujer y la familia en materia de salud sexual y reproductiva.

Esta área de conocimiento se puede reforzar con los aspectos ético-legales generales que, de manera transversal, son considerables a toda la profesión enfermera, presentados en el libro *Ética y legislación en cuidados*, de la misma Colección.

En el capítulo uno de este libro específico se reflexiona sobre las implicaciones bioética y la reproducción asistida. En el capítulo segundo se profundiza en la responsabilidad deontológica en la atención a la salud reproductiva de la familia. El capítulo tercero aborda la salud sexual y reproductiva desde los derechos de las mujeres. Y finalmente, en el capítulo cuarto se reflexiona sobre los aspectos éticos de la relación asistencial en la atención sanitaria al embarazo y parto.

En este libro se ha realizado un importante ejercicio de síntesis obteniendo como resultado unas revisiones de dichos aspectos de una manera amena, y transmitiendo al lector la necesidad de mantener una visión holística y un ejercicio profesional responsable para el cuidado excelente de las personas con necesidades de cuidados obstétrico-ginecológicos y de salud sexual y reproductiva.

Juana Macías Seda

Francisco Javier Medina Aragón

ÍNDICE

CAPÍTULO 1.

BIOÉTICA Y REPRODUCCIÓN ASISTIDA	25
1. Introducción	25
2. Planteamiento	26
3. El hecho de la infertilidad de la pareja	27
3.1. Factores de infertilidad en la pareja	27
3.2. Sobre las indicaciones clínicas	28
4. Las técnicas de reproducción asistida	29
4.1. Inseminación artificial	30
4.2. La fecundación in vitro y transferencia embrionaria	31
4.3. Otras técnicas menos frecuentes de la reproducción asistida	34
5. Criterios éticos en la aplicación de las técnicas de reproducción asistida	35
5.1. Sobre el estatuto del embrión	36
5.2. ¿Qué es el embrión? La cuestión ética	36
5.3. Posiciones éticas respecto a la protección del embrión	37
6. Sobre la técnica de inseminación artificial y el recurso a la donación de gametos	38
7. Sobre la fecundación in vitro	39
7.1. Posición ética sobre la fecundación in vitro y la transferencia embrionaria intraconyugal	40
7.2. Sobre la fecundación in vitro intraconyugal con donación de gametos	41
7.3. Sobre la fecundación in vitro y la transferencia embrionaria fuera de la pareja	41
8. Consideraciones éticas sobre otros temas de interés	42
8.1. El consejo genético	42
8.2. La píldora del día después	43
9. Marco legal de la reproducción asistida	44
9.1. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo	46
10. Referencias	49

CAPÍTULO 2.

RESPONSABILIDAD DEONTOLÓGICA EN LA ATENCIÓN A LA SALUD REPRODUCTIVA DE LA FAMILIA	51
1. Introducción	51
2. Ética y deontología	53
2.1. Aproximación conceptual	53
2.2. Eficacia jurídica de las normas deontológicas	54
3. Deontología y profesión de la matrona	56
3.1. Código Deontológico	56
3.2. Deberes fundamentales de las matronas en Salud Reproductiva	57
4. Conflictos ético-jurídicos en el ámbito sanitario	60
4.1. Objeción de conciencia biosanitaria	60
4.2. Objeción a tratamientos médicos	65
5. Referencias	72

CAPÍTULO 3.

DERECHOS DE LAS MUJERES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	75
1. Introducción	75
2. Derechos Humanos	75
3. Historia de los derechos sexuales y reproductivos	76
3.1. Los acuerdos internacionales de El Cairo y Beijing	80
4. Derechos sexuales y Derechos reproductivos	82
4.1. Maternidad sin riesgo (derecho a la vida)	83
4.2. Derecho a no ser mutiladas genitalmente las mujeres ni a sufrir otro tipo de atentados (derecho a la libertad y a la seguridad de la persona)	84
4.3. Derecho a decidir y expresar la orientación sexual sin temor a la discriminación (derecho a la igualdad y no discriminación)	84
4.4. Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva (derecho a la atención y a la protección de la salud, derecho a la privacidad)	85
4.5. La educación de los niños (derecho a la información y a la educación)	85
4.6. Acceso a métodos anticonceptivos (derecho a decidir tener hijos y cuándo tenerlos)	86

4.7. Erradicar los matrimonios forzosos (derecho a optar por contraer matrimonio o no y a formar y planificar una familia)	86
4.8. Aborto (derecho a decidir tener o no tener hijos y cuándo tenerlos)	87
4.9. Acceso a medicamentos (derecho a los beneficios del progreso científico)	87
4.10. Violencia de género (derecho a no ser sometido a torturas o maltrato)	88
4.11. Participación en la sociedad civil (derecho a la libertad de reunión y a la participación política)	88
5. La Enfermería Obstétrico Ginecológica y la Salud sexual y reproductiva	89
6. Referencias	93

CAPÍTULO 4.

LA RELACIÓN ASISTENCIAL EN LA ATENCIÓN SANITARIA AL EMBARAZO Y PARTO: ASPECTOS ÉTICOS

1. Los fundamentos de la relación asistencial en el marco de la asistencia sanitaria	95
2. La asistencia sanitaria al proceso procreativo	99
2.1. La medicalización de la asistencia al nacimiento	100
2.2. La cuestión del género y la consideración del feto en la relación asistencial	106
3. La información y la toma de decisiones en el ámbito de la asistencia al nacimiento	113
3.1. La toma de decisiones informadas	114
3.2. Aportaciones del feminismo a la ética: Carol Gilligan y Seyla Benhabib	115
3.3. La incorporación del “otro concreto” y “el cuidado” en la asistencia al nacimiento	116
4. Referencias	120

ANEXO.

LEGISLACIÓN RELACIONADA CON LA ENFERMERÍA OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICA	123
--	-----



Bioética y Reproducción Asistida

Francisco de Llanos Peña
Manuel Jesús García Martínez
Rocío Maderna Dallasta

1. INTRODUCCIÓN

El desarrollo de la tecnociencia en el mundo de la Salud ha permitido generar resultados relevantes para la vida singular y social de los seres humanos. En tal sentido destacan, primero, el alto nivel alcanzado en las técnicas de reproducción asistida, también llamada ciencia **procreática**; segundo, la posibilidad de recombinación del ácido desoxirribonucleico, que nos introduce en la terapia génica y en la modificación genética de los organismos; y, tercero, el hecho de la clonación nuclear a partir de una célula adulta con vistas a desarrollar la terapia mediante células troncales (clonación terapéutica o medicina regenerativa).

En el presente capítulo vamos a referirnos a la procreática en cuanto su desarrollo puede plantearnos desafíos éticos de interés. Es cierto que la bondad de la reproducción asistida se ha hecho patente, por un lado, en poder limitar el número de hijos, evitando embarazos no deseado y, por otro, ha favorecido los deseados en las mejores condiciones posibles, ayudando incluso a conseguir aquellos que, en principio, eran improbables. Ahora bien, no podemos obviar que la aplicación de las nuevas tecnologías puede afectar también, por una parte, a la dignidad de los sujetos a quienes deseamos ayudar a ser y, por otra, a las intervenciones de los profesionales sanitarios en cuanto puedan ser catalogadas como éticamente correctas o incorrectas.

2. PLANTEAMIENTO

Poder transmitir **naturalmente** la vida humana es un bien que los seres humanos valoramos en alto grado; y este bien suele favorecerse de manera genuina en el amor fecundo de la pareja mujer-varón. No obstante, la transmisión de la vida humana no se reduce a la unión sexual de la pareja sino que va más allá; implica un conjunto de aspectos que afectan a lo más nuclear de las personas, pues se trata de una obra de humanidad.

El hecho de transmitir la vida pone a su vez de manifiesto la calidad de vida humana y la salud de los progenitores mismos, pudiendo afirmarse que la posibilidad de transmitir naturalmente la vida humana resulta una expresión clínica de la vida y de la salud reproductiva de las personas.

Sin embargo, junto a esta expresión clínica de la salud reproductiva, las parejas experimentan a veces la **imposibilidad de transmitir naturalmente** la vida humana. Son los casos de la esterilidad o infertilidad de las parejas. No es fácil ofrecer al respecto cifras precisas, pues detrás de los organismos o estudios que las ofrecen pueden darse intereses diversos; si bien, se calcula que en el mundo puede haber entre 40 y 70 millones de parejas infértiles y, en España, en torno a unas 600.000 parejas, dato éste que parece aumentar cada año en unos 15.000 o 17.000 casos. Paradójicamente, y como dato ilustrativo a la vez, son unas 70.000 vasectomías al año las que se realizan en España.

La situación de infertilidad de las parejas e imposibilidad de transmitir naturalmente la vida humana, desde el punto de vista médico, afecta en buena medida al pleno funcionamiento orgánico de las mujeres, también del hombre; y desde el punto de vista psicosocial es una incapacidad que repercute en las parejas por no poder realizar una función que es común a la mayoría de las parejas. Es plausible, entonces, que las parejas afectas traten de superar con todos los medios adecuados las dificultades clínicas con los tratamientos pertinentes de la asistencia al proceso reproductivo, pues consideran su infertilidad como una dolencia o condición crónica, a veces etimológicamente incurable pero clínicamente corregible y, así, favorecer la transmisión de la vida humana.

Por todo ello, desde una fundamentación autónoma de la ética clínica es bueno que los profesionales de la salud (médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, genetistas, etc.) ayuden a las parejas en la tarea de la reproducción. Tal ayuda favorece la autorrealización a que tendemos los seres humanos en la vida de pareja y, por ende, posibilita el proceso de humanización en que debe empeñarse nuestro quehacer ético.

Desde este planteamiento, vamos a secuenciar el tema abordando sucintamente los siguientes apartados: primero, referir el hecho de la infertilidad de las parejas y sus causas, las respectivas indicaciones médicas y las técnicas más comunes de la reproducción asistida; en segundo lugar, nos centramos en las consideraciones y criterios éticos a tener presente en las técnicas de reproducción asistida; y, en tercer lugar, enumeramos los referentes legales que van contextualizando en España la aplicabilidad de las técnicas de la reproducción asistida.

3. EL HECHO DE LA INFERTILIDAD DE LA PAREJA

Junto a la búsqueda de la felicidad que dinamiza en buena medida el comportamiento de las personas, desde la noche de los tiempos hasta nuestros días, en nuestra sociedad actual más inmediata el ser humano está ejercitando cada vez más su autonomía en lo que respecta a las decisiones sobre su propio cuerpo, así como sobre el qué, el cómo y el cuándo en el caso de la maternidad. Por ello, al hacerse poco tolerable la infertilidad, es normal que intente buscar la forma de superar dicha condición (1).

Aunque los términos **esterilidad** e **infertilidad** se utilizan como sinónimos para definir aquellas parejas con algún problema para tener un hijo, conviene diferenciarlos. Esterilidad es la dificultad en lograr el embarazo después de un año de búsqueda con relaciones sexuales frecuentes sin medidas contraceptivas; e infertilidad es la imposibilidad de llevar el embarazo a término; es decir, que la pareja estéril no logra el embarazo, mientras que la pareja infértil lo logra pero aborta. ¿A partir de cuándo se aconseja empezar un estudio de esterilidad? En la pareja joven, se considera que existe esterilidad cuando no se logra el embarazo tras dos años de relaciones sexuales. Si la mujer tiene entre 30 y 35 años, el intervalo se acorta a un año, y si tiene más de 35 años, es aconsejable empezar un estudio de esterilidad pasados seis meses (2).

3.1. Factores de infertilidad en la pareja

Podemos suponer, sin miedo a equivocarnos, que la condición de no poder transmitir naturalmente la vida humana ha estado presente, no sabemos en qué medida, a lo largo de la historia de los seres humanos; si bien, es en nuestra época donde la infertilidad de la pareja está teniendo mayor

repercusión. Entre los muchos factores que pueden influir al respecto, extraemos los más notables:

- Las enfermedades de transmisión sexual, cuya aparición se ha hecho más notable no sólo por el incremento de las mismas, sino especialmente por el recrudecimiento en ellas de los nuevos procesos virales (virus del papiloma humano, virus del herpes simple, virus de la inmunodeficiencia adquirida, etc.).
- Los efectos secundarios de los anticonceptivos cuando éstos han sido utilizados de forma inadecuada, sobre todo en caso de los anticonceptivos anovulatorios; o también de las reacciones endometriales a determinados dispositivos intrauterinos.
- Algunas complicaciones que han acompañado a los abortos provocados y legrados en personas sin formación sexual y sin conocimiento de los métodos de orientación y planificación.
- Un factor que no deja de ser de interés para explicar en determinados casos la infertilidad de la pareja es la situación de estrés que puede experimentar la pareja debido a la disfunción que puede causar en ella el horario laboral o el diverso régimen de vida que pueda desempeñar cada uno.
- También hay que tener en cuenta el retraso de la edad de la pareja que actualmente se está dando con vistas al primer embarazo, debido, en muchos casos, a las dificultades de conseguir una estabilidad económica, laboral y emocional en el ámbito de la pareja.

3.2. Sobre las indicaciones clínicas

Con vistas a las indicaciones para la reproducción asistida, hemos de recordar que las causas de la infertilidad de la pareja son indudablemente variadas; y, aunque es difícil establecer numérica o porcentualmente las mismas, los estudios andrológicos de los últimos años arrojan un deterioro progresivo referido al semen. En tal sentido, las alteraciones del semen se relacionan sobre todo con el volumen del mismo, con una importante disminución de la concentración espermática y con la motilidad de los espermatozoides. Así mismo, se citan como causa masculina, aparte de la impotencia del varón para recurrir a la inseminación artificial, la obstrucción del conducto deferente.

Como causa de la infertilidad de la pareja del lado femenino suelen describirse las anomalías ováricas, de carácter funcional u orgánico, en personas jóvenes; la obstrucción tubárica y otras anomalías de carácter anatomofisiológico.

En menor número de casos aparecen causas comunes a la pareja; situaciones en las que, a pesar de que cada uno de los integrantes de la pareja sea individualmente fértil, se hace presente la infertilidad por razón de un vaginismo (o incapacidad de la vagina que, aún siendo normal, no acepta recibir el pene normalmente erecto) por ejemplo, o por razón de incompatibilidad moco-semen en determinados casos.

Es importante tener presente que también se dan casos de infertilidad cuyas causas no han podido ser diagnosticadas; si bien, en el fondo de las mismas estarían las infecciosas, genéticas, tóxicas, inmunológicas, hormonales, etc.

Además de las referidas causas de infertilidad de la pareja, las demandas de las técnicas de la reproducción asistida (no hablamos de indicaciones clínicas) suelen plantearse por razones de otra índole: bien por el deseo de tener un hijo después de un tratamiento con quimioterapia, bien por haber sido sometido a esterilizaciones previas, bien por haber querido retrasar la primera gestación y previamente se cedieron los gametos para congelación, bien por el deseo de tener hijos que muestran algunas personas solteras o viudas, bien por el deseo de la selección de gametos por parte de personas portadores de VIH, o bien por garantizarse un diagnóstico preimplantatario en caso de enfermedad hereditaria.

4. LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Suele entenderse por “técnicas de reproducción asistida” (procreática) a la manipulación de los elementos reproductores humanos, sean éstos células germinales, gametos, cigotos o embriones, con el fin de conseguir la procreación por medios no-naturales. Su objetivo es ayudar y optimizar las posibilidades de fertilización y de embarazos viables.

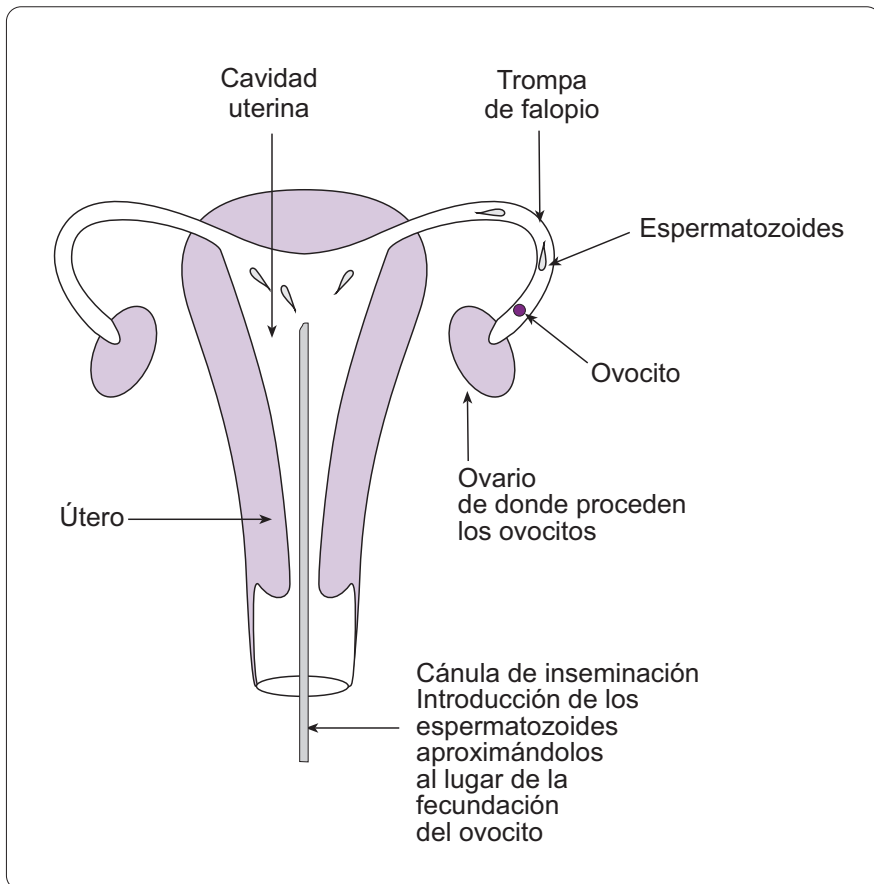
La bondad de estas técnicas y su aceptación por la comunidad científica y por la sociedad en general, tiene lugar en 1978 con el nacimiento de la niña Louise Brown, primer ser humano del mundo reproducido con esta asistencia. Del conjunto de estas técnicas reseñamos a continuación las más frecuentes.

4.1. Inseminación artificial

Consiste en la intervención técnico-sanitaria por parte de los profesionales de la salud (médicos, enfermeras, genetistas, andrólogos, etc.) por la cual se deposita el semen en la vagina, en el cuello uterino o en el interior de la cavidad del útero, según los casos (Figura 1).

Figura 1.

TÉCNICA DE INSEMINACIÓN ARTIFICIAL: DEPÓSITO DE SEMEN EN VAGINA O CUELLO UTERINO



Las indicaciones más comunes para proceder a la inseminación artificial (IA) han sido ya citadas anteriormente al referirnos a las causas de infertilidad, y que en este caso serían la impotencia del varón, el vaginismo, alteraciones del cuello uterino y del semen, además de la incompatibilidad moco-semen que pudiera darse en algunos casos.

Es conveniente distinguir entre la inseminación artificial homóloga, o con semen o de óvulos de la pareja (IA), y la inseminación artificial heteróloga o de **donante** (IAD), por la importancia que guarda este último concepto. El concepto “donante” hace referencia al **anonimato de la donación**, es decir, que el semen se encuentra en “bancos de semen” donde se clasifica de acuerdo al fenotipo o características físicas del donante y que se efectúan, además, unos controles pertinentes del donante a fin de excluir a los portadores de enfermedades hereditarias o adquiridas.

Las razones más comunes que suelen indicarse para proceder a la IAD son las de la esterilidad masculina no superable después de hechos los estudios andrológicos y tratamientos correspondientes, y las anomalías cromosómicas transmisibles al futuro ser a engendrar.

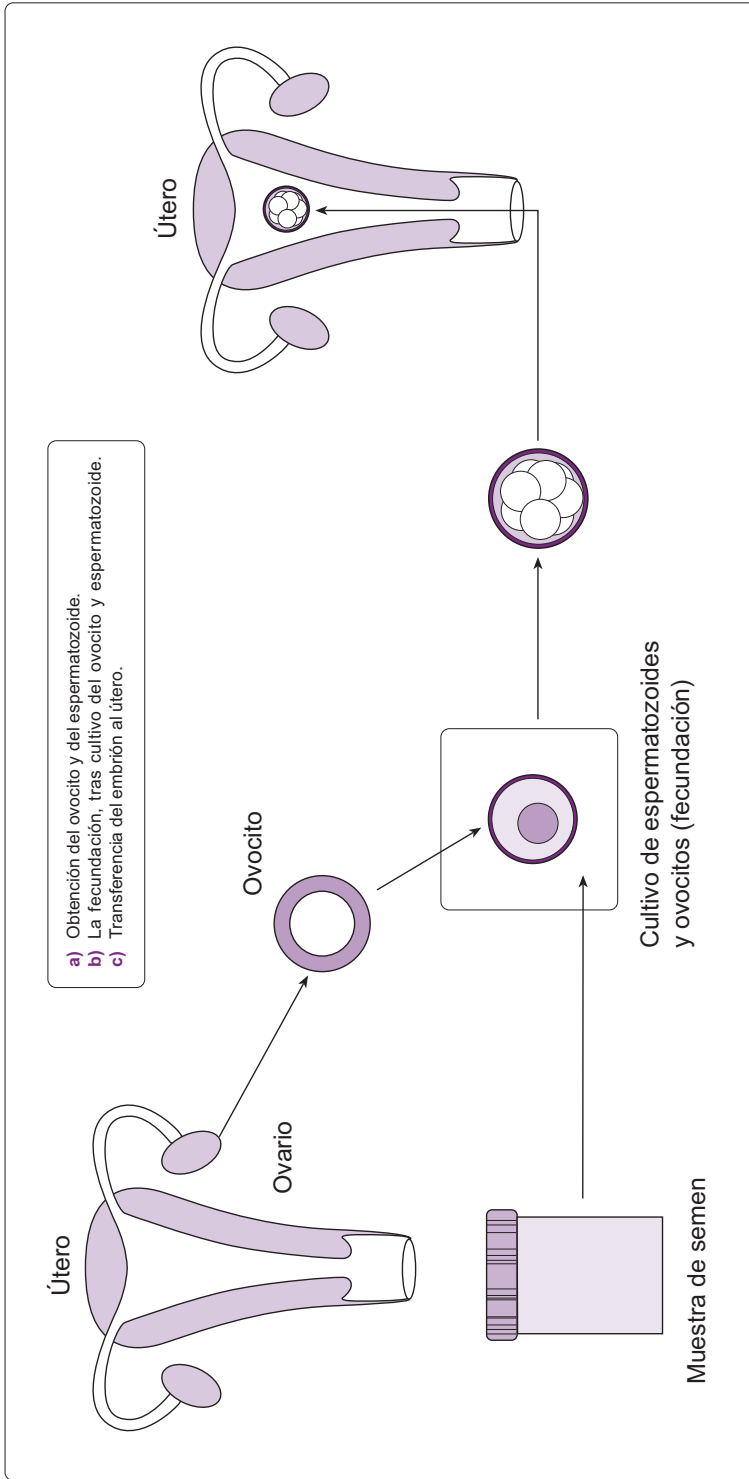
4.2. La fecundación *in vitro* y trasfencia embrionaria

Sin adentrarnos en una descripción excesivamente técnica, para los objetivos del presente capítulo es suficiente decir que esta técnica consiste en la extracción de dos o tres óvulos, su fecundación *in vitro* y la colocación de los mismos dentro del útero. Se trata de una técnica de carácter quirúrgico muy desarrollada a partir del nacimiento de Louise Brown y de grandes resultados.

- a) **La obtención del óvulo.** De entrada, suele hacerse un tratamiento médico a base de agentes gonadotrópicos con un doble fin: controlar el ciclo ovárico y facilitar la maduración folicular múltiple, aumentando así el número de óvulos obtenibles. El óvulo suele ser extraído pocas horas antes de su liberación desde el folículo ovárico, pues, si se extrae muy precozmente, puede no estar suficientemente maduro para que su fecundación y desarrollo tengan éxito. El mejor momento suele determinarse a través de las concentraciones sanguíneas y urinarias de las hormonas del ovario o de la pituitaria, y también mediante la localización ultrasonográfica del folículo en fase de desarrollo (Figura 2).

Figura 2.

FECUNDACIÓN INVITRO (FIV)



La extracción se realiza mediante laparoscopia o laparotomía. Una vez localizado el óvulo y estabilizado con una pinza, se introduce una cánula fina en la cavidad folicular, mediante una pequeña incisión en la pared abdominal, y es aspirado mediante una succión suave. Posteriormente se deposita en una solución nutritiva. Los óvulos también pueden obtenerse mediante aspiración folicular percutánea, utilizando una aguja de calibre grueso guiada ultrasónicamente y bajo anestesia local. No obstante, desde hace ya años, el procedimiento más común utilizado actualmente es el de la ecografía y la recuperación de los óvulos por vía vaginal; así no se necesita hospitalización y suele ser suficiente la anestesia local o una simple medicación calmante y relajante.

- b) **La fecundación.** Una vez que los óvulos se han mantenido en incubación durante varias horas, los espermatozoides son depositados en un medio de cultivo (eliminado el plasma germinal y, tal vez, mejorando su actividad). Los espermatozoides pueden obtenerse por masturbación, por microaspirado del epidídimo y por microaspirado testicular. Luego se trasladan al medio de fecundación.

Después de una incubación adicional de dos a tres días, se puede determinar, mediante el examen microscópico, si se ha producido la fecundación, es decir, si se observan dos pronúcleos y si se ha iniciado el proceso de la división mitótica. Si este primer tramo del proceso ha ido bien, al segundo o tercer día el embrión es implantado dentro del útero. Se espera que el 80-90% de los óvulos maduros extraídos por personal experimentado sea fecundado y que se desarrollen normalmente hasta la fecha de su implantación uterina.

- c) **Trasferencia del embrión.** Los óvulos en fase de división (embrión) son implantados dentro del útero de la donante a través del canal cervical. El éxito de implantación suele ser alto. Importa recordar que los trasposos múltiples también elevan el porcentaje de embarazos múltiples. Y, en cuanto a los abortos espontáneos que suelen producirse en los embarazos con este procedimiento, está alrededor de un 50% o menos, pero siempre “algo” superior al que suele observarse en la población general.

El trasplante embrionario suele hacerse al iniciarse la fase de blastocito (quinto día), y generalmente son tres los trasplantados, favoreciendo su implantación por micromanipulación (técnica *hatching* del blastocito o implantación asistida). Todo este tipo de técnicas son acompañadas generalmente de tratamientos complejos no siempre exentos de riesgos.

La eficacia de esta técnica está en relación con la cualificación profesional al respecto de las personas o equipo que la desarrolla.

4.3. Otras técnicas menos frecuentes de la reproducción asistida

Entre ellas, conviene tener presente la transferencia de los gametos masculino y femenino en el tercio externo de la trompa de Falopio, cuya singularidad es reproducir el proceso fisiológico normal de la fecundación; o la transferencia del cigoto al tercio externo de la trompa y, más raramente, la transferencia intratubárica de embriones.

No consideramos en este apartado como técnicas de reproducción asistida el recurso a la maternidad subrogada (“madres de alquiler”), el proceso de la clonación gemelar o por transferencia nuclear ni la partenogénesis (implantación en un óvulo con número haploide de cromosomas de otro núcleo haploide, o estimulación del núcleo del óvulo para duplicar el número de cromosomas). Si bien, su abordaje siempre interesante, desborda los límites del presente capítulo.

Por su repercusión social, la maternidad subrogada suele estar en boca de muchos cuando se trata de ayudar a una pareja estéril y se cuenta con la disponibilidad de la tercera persona o “madre de alquiler”. Fue célebre al respecto el caso de *“Baby M”*. El matrimonio Stern, a través de una agencia, recurre a la pareja Whitehead. La señora Whitehead, en su contrato de alquiler, se comprometió a llevar adelante el embarazo conseguido mediante la inseminación artificial de ésta con semen del Sr. Stern. Las condiciones eran no fumar, no beber alcohol, no entablar relación afectiva con el niño una vez nacido y percibir una remuneración en aquellos años de 10.000 dólares. Ocurrido el parto, la señora Whitehead cambia de opinión y se inicia un doloroso proceso judicial. La sentencia fue conceder la niña mediante adopción al matrimonio Stern, pues salvaguardaba mejor los intereses de la niña dada la mayor estabilidad afectividad que presentaba esta pareja.

5. CRITERIOS ÉTICOS EN LA APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Para la inmensa mayoría de las parejas los hijos significan la plenitud de la unión y del amor entre ambos. En tal sentido, aunque no existe en sentido estricto un “derecho a la procreación”, la pareja que desea tener un hijo y tiene dificultades para transmitir **naturalmente** esta vida humana y, por ello, trata de vencer las dificultades de la esterilidad, ha de ser ayudada y apoyada por todos, entidades sociales y sanitarias, a conseguir tal fin (3).

Ahora bien, la búsqueda de un hijo conlleva, por tratarse de una obra de **humanidad**, unas exigencias éticas que han de tener presente la base de la dignidad humana y de la corrección de las intervenciones al respecto; y toda exigencia ética debe ser respetada. No existe un derecho ilimitado por el que cualquier persona pueda transmitir la vida humana por cualquier medio y a cualquier precio.

El ser humano o el hijo que se busca tiene un valor en sí mismo, y ésta es la principal referencia o límite ético. No entendemos que el hijo sea un bien útil que sirva para satisfacer las necesidades de los individuos o de las parejas. El hijo es un valor en sí mismo, ha de ser buscado por sí mismo y ha de ser amado por sí mismo. En la balanza ética adquiere densidad la gratuidad por encima de la utilidad a la hora de considerar la transmisión de la vida humana.

Aunque la Bioética como tal no sea una doctrina moral, sí podemos hacer de ella un marco normativo que nos ayude a salvaguardar constantemente la dignidad de las personas mediante la intervención éticamente correcta en sus vidas por parte de los profesionales sociosanitarios que buscan ayudar a conseguir un mejor bien para todos. En el caso concreto de la aplicación de las técnicas de reproducción asistida para la ayuda a las parejas, suelen presentarse también conflictos de valores que conviene contextualizar a fin de procurar el mejor comportamiento, pues los profesionales de la reproducción asistida suelen plantearse también la clásica cuestión de fondo de la ética: *¿debemos hacer todo lo que se puede hacer?* Para ello, vamos a referirnos en este apartado, primero, a la cuestión candente del estatuto del embrión, luego a los criterios a tener presente en la IA y en FIV y, por último, a otras técnicas posibles que pueden llegar.

5.1. Sobre el estatuto del embrión

Junto a la acreditación que acompaña a las técnicas de reproducción asistida, cual es la consecución del embrión humano, no podemos dejar de señalar que los problemas de carácter ético que se presentan en la aplicabilidad de las mismas están referidos, sobre todo, a la protectibilidad del mismo desde la fecundación, además de las cuestiones que plantean su manejo, su destino, su congelación, su donación, etc. De ahí que la cuestión primera y fundamental sea establecer qué es un embrión y, segunda, definir cuál es su valor.

5.2. ¿Qué es el embrión? La cuestión ética

Hasta hace poco decíamos que el embrión era la unión del óvulo y el espermatozoide, o sea, el cigoto; pero esto, desde un punto de vista científico, presenta hoy ciertos interrogantes cuando decimos que un embrión es un embrión porque contiene en potencia el ser humano al que dará lugar. No es lo mismo decir que un individuo fue un embrión que afirmar que el embrión, en su origen, fuera ya ese determinado individuo (4).

La unión de los gametos es un proceso que dura unas veinticuatro horas, con dos fases: la del poder fecundante del espermatozoide y la de la fertilización. Los dos pronúcleos, masculino y femenino, se acercan, pierden la membrana nuclear y sus cromosomas se mezclan entre sí en el citoplasma, volviéndose a formar una sola membrana nuclear al completarse la primera división celular. El cigoto aún no goza de capacidad de transcripción o expresión de su genoma, fenómeno que tendrá lugar con cuatro células una vez establecido su sistema inmunológico. Es de notar que en esta fase aún no podemos establecer la individualización del nuevo ser, pues sus dos propiedades de **unicidad** y de **unidad** no quedarán definidas hasta una vez finalizada la anidación.

El proceso de implantación suele iniciarse al sexto o séptimo día de la fecundación, y se completa hacia el duodécimo día. Se trata de un período importantísimo por el extraordinario intercambio de información que se establece entre el blastocito y el endometrio; y es ahora cuando queda asegurado el desarrollo y la nutrición del embrión. Sin implantación no hay embrión que crezca ni se desarrolle.

Resumida así la descripción del fenómeno embrionario, planteamos ahora la cuestión ética al respecto: la inestabilidad biológica que se da en el embrión

hasta el día catorce. Cuando todavía no podemos asegurar la unidad y la unicidad del mismo, ¿justificaría rebajar las exigencias éticas de protección del embrión?, pues ya sabemos que, concluida la implantación, comienza a formarse la línea primitiva que dará lugar al Sistema Nervioso Central (SNC) del embrión, clave para poder hablar de persona.

¿Se puede afirmar que el cigoto, incluso en sus otros estados posteriores, tiene establecidas las características biológicas del individuo y, por tanto, su constitución y, por ello, ser ya una determinada persona? De las respuestas que demos a esta cuestión constitucional va a depender el nivel de protección exigido éticamente.

Las respuestas dadas hoy día sobre qué es un embrión no son tan sencillas como parece; por ello, es importante que en esta materia se desarrolle un diálogo interdisciplinar y una deliberación responsable. Esto es lo deseable para, en lo posible, establecer una correspondencia entre el estatuto constitucional del embrión y el estatuto ético del mismo.

5.3. Posiciones éticas respecto a la protección del embrión

El embrión es considerado como persona potencial, es decir, no es persona aún pero lo puede llegar a ser (5). Esta posición fue formulada en su día por el Comité Nacional de Ética francés: *“El embrión humano desde la fecundación pertenece al orden del ser y no del tener, de la persona y no de la cosa o del animal. Deberá ser considerado éticamente como un sujeto en potencia, como una alteridad de la que no se puede disponer sin límites y cuya dignidad señala los límites al poder o dominio por parte de otros”* (6).

La consideración del embrión como persona con potencialidades y, por ende, con una exigencia ética de protectibilidad desde la fecundación, es subrayada especialmente por la Iglesia Católica al afirmar que *“desde el momento en que el óvulo es fecundado, se inaugura una nueva vida que no es la del padre ni la de la madre, sino la de un nuevo ser humano que se desarrolla por sí mismo. Jamás llegará a ser humano si no lo ha sido desde entonces. A esta evidencia de siempre, la genética moderna otorga una preciosa confirmación. Muestra que desde el primer instante se encuentra fijado el programa de lo que será ese viviente: un hombre, este hombre individual con sus características ya bien determinadas”* (7). El ser humano, pues, ha de ser protegido desde el primer instante de su existencia; y es rechazable cualquier intervención embrionaria o fetal de carácter experimental que no sea para su propio bien.

La exigencia ética de protección del embrión ha de estar en función del desarrollo del mismo. El criterio ético aquí es el de la protectibilidad gradual. Así, en este contexto, el embrión *pre-implantatorio* o el *paraembrión* es considerado un conglomerado de células que, a la luz de los nuevos datos científicos, su protección como individuo apenas reviste exigencia ética. Aquí las posiciones tienden a limitar las intervenciones experimentales en función del momento de desarrollo en que se encuentre el embrión.

Esta posición no es unívoca para todos los momentos del desarrollo embrionario, por ello el criterio de la protectibilidad gradual adquiere diferente densidad: bien a partir de la octava semana de gestación, una vez finalizado el proceso de organogénesis, que es cuando el embrión ya es llamado feto; en otros casos es alrededor de la semana veintitrés, es decir, cuando el feto tiene capacidad de vivir fuera del útero materno.

La posición más extrema respecto a la no protectibilidad del embrión y del feto es la que considera que éstos y los deficientes mentales no merecen el respeto como personas porque no tienen o no pueden tener conciencia moral.

6. SOBRE LA TÉCNICA DE INSEMINACIÓN ARTIFICIAL Y EL RECURSO A LA DONACIÓN DE GAMETOS

La herencia cromosómica de los progenitores que, a través de los entrecruzamientos de los cromosomas paternos y maternos en la primera fase de la meiosis, antes de reducir el **diploide $2n$** de cromosomas al número haploide n , resulta de suma importancia con vistas a la fecundación. Por ello, cuando estamos ante una pareja heterosexual, matrimonio o de condición semejante, que se profesan amor mutuo y que presenta una **imposibilidad natural** de transmitir la vida humana por las causas ya referidas (impotencia del varón, vaginismo, alteraciones del cuello uterino o del semen o la incompatibilidad moco-semen que pudiera darse en algunos casos, etc.), la indicación clínica de recurrir a la IA es éticamente correcta.

Cuando la superación de la situación de esterilidad de la pareja con vistas a la fecundación y el nacimiento del hijo requiere la donación de gametos y proceder clínicamente a la IAD, podemos afirmar que la aplicabilidad de la técnica requerida es éticamente admisible. En este sentido, el criterio ético exige como *conditio sine qua non* poner en práctica los requisitos que acreditan el concepto de **donante**, por ejemplo, un *screening* previo de las personas cuyas células germinales van a ser utilizadas, el anonimato, el derecho del hijo a

conocer su origen genético, no proceder a la selección de sexo, procurar igual fenotipo, sin transacción económica alguna, que la procedencia sea de bancos de semen o de óvulos clínica y legalmente acreditados.

En este caso de IA, como en las otras técnicas, hay que repetir una y otra vez que las obligaciones y los derechos que emanan de la paternidad y maternidad recaen sobre los que van a ser los padres legales del niño que nazca, y no sobre quienes donaron los gametos (no olvidemos que la procedencia es el banco de gametos).

Respecto a la congelación, suele admitirse la de los espermatozoides para su posterior uso en la procreación, y suele ponerse más reparo a la de los óvulos y posterior uso para lograr el embarazo. La razón, al parecer, es de carácter técnico, pues la criopreservación de los óvulos es una técnica poco consolidada.

7. SOBRE LA FECUNDACIÓN *IN VITRO*

En principio, conviene tener presente los criterios fundamentales sobre los que se asientan nuestras restantes consideraciones éticas respecto a la fecundación *in vitro* (FIV).

- Primero, lo que debe orientar todas y cada una de las técnicas de la FIV es el respeto del valor fundamental de la dignidad humana. La calidad **específicamente humana** del embrión es la referencia normativa para proceder o no a la manipulación, a la congelación y selección o pérdida de los embriones.
- En segundo lugar, como no todo lo que técnicamente puede hacerse éticamente debe hacerse, sepamos que toda intervención, cualquiera que sea, tiene un límite y un criterio por el que orientarse. En el caso que nos ocupa es el bienestar del individuo humano al que se refiere la técnica de la FIV, pues no son infrecuentes los riesgos a que puede estar sometido el nuevo ser (malformaciones, enfermedades, etc.).
- Tercero, aunque el ámbito adecuado para la FIV es reivindicado por personas singulares y en situaciones diversas, el más considerado hoy por hoy es el del matrimonio o pareja estable. Algunos no lo consideran como un criterio absoluto, pero el sentir más generalizado de las personas ve más plausible ayudar al matrimonio o pareja estable en su empeño de la reproducción asistida.

- Un cuarto criterio de interés es que el desarrollo de la ayuda en la aplicación de las técnicas de la FIV implica tener en cuenta una serie de valores sociales que no podemos pasar por alto hoy día.

En este contexto axiológico, y desde un punto de vista económico, la FIV debe ser pensada dentro de las prioridades del sistema sanitario. ¿Sería éticamente correcto desarrollar un programa de reproducción asistida en un país donde los niños mueren de hambre?, ¿no estamos ante una cuestión propia o exclusiva de los países ricos? En el contexto de una conciencia ética universal, ¿no sería más correcto asumir la alternativa de la adopción? Parece que en algunas ocasiones priman excesivamente ideologías individualistas o libertarias.

A nivel cultural, no siempre los conceptos de reproducción asistida casan con los de procreación y familia que mantienen algunos colectivos de nuestra sociedad plural.

Por otra parte (ya adelantado anteriormente), como no todo lo que es científicamente posible ha de ser éticamente correcto, resulta que, aunque la ciencia ofrezca muchos resultados, no es ella el valor supremo ni la fuente de moralidad que acredite la corrección o incorrección de la aplicabilidad de las técnicas de FIV en cada caso.

7.1. Posición ética sobre la fecundación *in vitro* y la transferencia embrionaria intraconyugal

Así las cosas, cuando ayudamos a transmitir la vida artificialmente mediante la FIV homóloga y la transferencia embrionaria (TE) en el contexto del matrimonio o pareja estable, podemos afirmar que el procedimiento es éticamente correcto. Es el caso en que se recurre a estas técnicas como solución terapéutica de una pareja, que como pareja es estéril, utilizando los gametos de los propios cónyuges e implantando todos los embriones conseguidos (2-3). En este caso, además de ser clínicamente exigentes con la materialidad de la acción reproductiva (neutralizar las probabilidades de riesgos para el que va a nacer, asegurar el éxito fundadamente esperado, etc.), lo correcto es valorar los **significados** de la intervención técnica, sus consecuencias, finalidad y circunstancias.

No faltan la toma de posición ética contrarias a la expresada, utilizando como argumento la “inseparable conexión” de los aspectos unitivos y procreativo de la reproducción natural. Si bien, la Iglesia Católica, por

ejemplo, estima como moralmente aceptable el recurso a la FIV-TE en el caso que estamos tratando: *“si el medio técnico facilita el acto conyugal o le ayuda a alcanzar sus objetivos naturales, puede ser moralmente aceptado”* (Instrucción *Donum Vitae*, II, 6).

7.2. Sobre la fecundación *in vitro* intraconyugal con donación de gametos

Respecto a la FIV-D (intraconyugal con donación de gametos o heteróloga) que, a semejanza del caso anterior, se procede a la intervención como terapia que soluciona el problema de esterilidad de una pareja proveniente de diversas causas, podemos afirmar que no contradice valores humanos fundamentales. Entonces, si se dan los mismos presupuestos (el clima de amor en la pareja, la gratuidad de la donación, anonimato del donante, el control técnico prescrito, la información al hijo de su origen genético y un número limitado de donaciones) podemos considerar como éticamente aceptable dicha intervención.

Es comprensible la sospecha de que en algún caso la proveniencia extraconyugal de los gametos desvirtúe el sentido de la maternidad-paternidad humana, incluso pudiera darse una asimetría en la relación madre-hijo o padre-hijo; sin embargo, es más humanizado descubrir en la FIV-D un medio que ayuda a realizar el bien global de las personas y de la pareja.

7.3. Sobre la fecundación *in vitro* y la transferencia embrionaria fuera de la pareja

El juicio ético sobre la aplicación de las técnicas de reproducción asistida fuera del ámbito de la pareja parece que es mayoritariamente negativo. El argumento de fondo de esta posición radica en considerar que *“el hijo es un valor en sí mismo, absolutamente, y no un bien útil”*. Por ello, no sería aceptable que cualquier persona, en cualquier estado (celibato, soltería, viudez) “tenga derecho” a la reproducción asistida. Siendo conscientes de los problemas intrafamiliares que existen y del incremento de las familias monoparentales en nuestra sociedad, nos parece que, todavía hoy, es la pareja quien garantiza mejor la coherencia ética para proceder a las técnicas de reproducción asistida como sería la FIV-TE. Por ello, recurrir a estas técnicas en los casos de mujeres solas, solteras o viudas o en parejas del mismo sexo no parece éticamente adecuado.

8. CONSIDERACIONES ÉTICAS SOBRE OTROS TEMAS DE INTERÉS

8.1. El consejo genético

El término “consejo o asesoramiento genético” (*genetic counselling*) fue acuñado por Sheldon Reed. Es una práctica que comenzó a difundirse en Estados Unidos en los años 30 del siglo XX, dentro del proceso de propagación de la primera eugenesia y que, según R. F. Murray, puede considerarse una forma especial de asesoramiento médico para:

- Las enfermedades o anomalías que son consecuencia, primordialmente, de determinados factores genéticos.
- Las decisiones que puedan tomarse afectan fundamentalmente a la futura descendencia de los que acuden al consejo genético.
- El sujeto primario de preocupación no es tanto el individuo concreto, cuanto la pareja o la familia (8).

Con frecuencia, el consejo genético se realiza para ofrecer a las personas que desean tener hijos la información para poder tomar esa decisión. Se suele dar a las personas que han tenido un hijo afectado por una enfermedad o malformación que podrían tener un carácter genético; que pertenecen a una familia en la que hay enfermedades hereditarias o susceptibles de serlo; que están ellas mismas afectadas por una enfermedad que podría ser transmitida a la descendencia; que tienen problemas de fecundidad; que han tenido un hijo nacido muerto; que desean un diagnóstico prenatal, o que presentan alguna anomalía dentro del marco de un programa de cribado genético (9).

En relación a las directrices éticas generales relacionadas con el consejo genético, destacamos las cinco siguientes: confidencialidad, autonomía, información, beneficencia y equidad (10). Sobre el tema del consejo genético, nos encontramos con múltiples interrogantes éticos, pues se han de abordar asuntos tan conflictivos como conciliar los intereses de la sociedad con la libertad reproductora de los individuos o responder a las preguntas: ¿a quién

sirve el consejero genético: a la sociedad, a las instituciones sanitarias o al individuo que acude a él? y ¿debe ser la información facilitada totalmente neutra o combinada con valores éticos?

8.2. La píldora del día después

Dentro de los métodos de contracepción de emergencia actualmente empleados en España, se encuentra la denominada “píldora del día después” (*after day pill*), cuyo principio activo es un progestágeno, el levonorgestrel, que se administra en una única dosis, lo antes posible después de la relación sexual pero siempre antes de transcurridas 72 horas después de la relación sexual no protegida. En España se autorizó su comercialización en el año 2001.

El objetivo de este contraceptivo de emergencia es evitar el embarazo después de una relación sexual, siendo su mecanismo de actuación múltiple, actuando por acción anovulatoria o retrasando la ovulación, modificando la motilidad de la trompa, alterando el transporte tubárico del óvulo, alterando el moco cervical y modificando el endometrio, impidiendo, en consecuencia, la implantación. Algunas administraciones sanitarias han considerado que este tipo de anticoncepción, por su carácter de emergencia, sea atendida por los médicos de cualquier Centro de asistencia de Atención Hospitalaria o Primaria y con carácter preferente en los servicios de Planificación Familiar y los de Atención y Educación Sexual a Jóvenes.

Según datos recogidos en la más amplia revisión realizada hasta ahora sobre el tema, la píldora del día después muestra un efecto objetivo post-fertilización (actúa después que el embrión se ha generado), concluyéndose que con esta píldora se producen ambos efectos: anovulatorio y antiimplantatorio, aunque parece que este último efecto es predominante, con independencia del momento en que se tome el fármaco con respecto a la ovulación de cada mujer en concreto (11).

En España, desde Septiembre de 2009 la píldora del día después se dispensa sin receta médica en las farmacias previo pago de unos 18•; sumándose así a los 46 estados en los que no se necesita prescripción, como ejemplos mencionar a Francia, Reino Unido, Bélgica, Estados Unidos, India y Portugal.

9. MARCO LEGAL DE LA REPRODUCCIÓN ASISTIDA

La consideración jurídica de la reproducción asistida cuenta en España con Leyes y Reales Decretos que van desde el año 1988 hasta el 2010.

- 1) **Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre técnicas de reproducción asistida**, establece que tiene derecho a estas técnicas toda mujer de más de dieciocho años, casada o no, con buena salud física y psíquica, que haya sido previamente informada y haya dado su consentimiento y que la aplicabilidad de las técnicas estén indicadas científica y clínicamente.

Se permite la donación de gametos y embriones, con anonimato, la crioconservación de semen y de embriones supernumerarios hasta cinco años, y la investigación sobre los no viables, la utilización del semen del marido hasta seis meses de su muerte para fecundar a su mujer previo consentimiento de aquél, y la selección de sexo en caso de patologías ligadas a los cromosomas sexuales.

Esta ley prohíbe la maternidad subrogada (“úteros de alquiler”), mantener óvulos fecundados *in vitro* más de catorce días, la fecundación de óvulos con otros fines que la procreación, la clonación de seres humanos, seleccionar el sexo sin fin terapéutico, la manipulación genética.

- 2) **Ley 42/1988, de 28 de diciembre, de donación y utilización de embriones y fetos humanos o de sus células, tejidos u órganos**; y, sobre estas cuestiones, la Ley Orgánica del Código Penal 10/1995 de 23 de noviembre, título IV de lesiones al feto, artículos 157 y 158 tipifica como delito las lesiones que se puedan causar al feto. En el título V, en los artículos del 159 al 162, tipifica como delito la manipulación genética que no sea terapéutica, la fecundación de óvulos con otros fines que no sean los de la reproducción, la clonación y la reproducción asistida sin consentimiento.
- 3) **Ley 45/2003, de 21 de diciembre**, modifica la anterior en lo que se refiere a la limitación de la fecundación de ovocitos a un máximo de tres, se autoriza la transferencia de un máximo de tres embriones en cada ciclo, el semen puede criopreservarse durante toda la vida del donante, se autoriza también la crioconservación de óvulos bajo un protocolo, deberán conservarse los embriones supernumerarios durante la vida fértil de la mujer

firmando los progenitores un compromiso de responsabilidad sobre los mismos, y legisla también sobre los embriones preimplantatorios o paraembriones (preembriones humanos) conservados con anterioridad a la ley y con vistas a su mejor fin.

- 4) **Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida.** Esta ley deroga a la anteriores Leyes 35/1998 y 45/2003. Tiene por objeto regular la aplicación de las técnicas de reproducción humana asistida acreditadas científicamente y clínicamente indicadas; regular la aplicación de las técnicas de reproducción humana asistida en la prevención y tratamiento de enfermedades de origen genético, siempre que existan las garantías diagnósticas y terapéuticas suficientes y sean debidamente autorizadas en los términos previstos en esta Ley, y la regulación de los supuestos y requisitos de utilización de gametos y preembriones humanos criopreservados. A los efectos de esta Ley, se entiende por “preembrión” el embrión in vitro constituido por el grupo de células resultantes de la división progresiva del ovocito desde que es fecundado hasta 14 días más tarde.
- 5) **Real Decreto 412/1996, de 1 de marzo, por el que se establecen los protocolos obligatorios de estudios de los donantes y usuarios relacionados con las técnicas de reproducción humana asistida y se regula la creación y organización del Registro Nacional de Donantes de Gametos y Preembriones con fines de reproducción humana,** establece un tope de edad que en los hombres es menor de 50 años y en las mujeres menor de 35; la donación es secreta, con contrato escrito y gratuito, y sin remuneración.
- 6) **Real Decreto 413/1996, de 1 de marzo, por el que se establecen los requisitos técnicos y funcionales precisos para la autorización y homologación de los centros y servicios sanitarios relacionados con las técnicas de reproducción humana asistida,** se completa la normativa: la donación de gametos y embriones ha de ser anónima, información a los hijos de su origen genético pero no de la identidad de las personas progenitoras, el Consentimiento Informado para no impugnar la filiación del nacido, seguir el criterio médico en la elección del receptor, el tiempo de la criopreservación del semen no superior a cinco años, no más de seis descendientes vivos de una misma donación y la posibilidad de la donación *post-mortem* sólo si consta por escrito.

- 7) Real Decreto 415/1997, por el que se crea la Comisión Nacional de Reproducción Asistida.
- 8) Real Decreto 120/2003 por el que se regulan los requisitos para autorizar las experiencias controladas con fines reproductivos en relación con las técnicas de reproducción asistida.
- 9) Real Decreto 176/2004 por el que se aprueba el Estatuto del Centro Nacional de Trasplantes y Medicina Regenerativa y se establece el procedimiento para la donación de embriones congelados a la investigación.
- 10) Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

9.1. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo

La presente Ley reconoce el derecho a la maternidad libremente decidida, que implica, entre otras cosas, que las mujeres puedan tomar la decisión inicial sobre su embarazo y que esa decisión, consciente y responsable, sea respetada. El legislador ha considerado razonable, de acuerdo con las indicaciones de las personas expertas y el análisis del derecho comparado, dejar un plazo de 14 semanas en el que se garantiza a las mujeres la posibilidad de tomar una decisión libre e informada sobre la interrupción del embarazo, sin interferencia de terceros, lo que la STC 53/1985 denomina “autodeterminación consciente”, dado que la intervención determinante de un tercero en la formación de la voluntad de la mujer gestante, no ofrece una mayor garantía para el feto y, a la vez, limita innecesariamente la personalidad de la mujer, valor amparado en el artículo 10.1 de la Constitución. La Ley dispone un plazo de reflexión de al menos tres días y, además de exigir la claridad y objetividad de la información, impone condiciones para que ésta se ofrezca en un ámbito y de un modo exento de presión para la mujer.

Asimismo se recoge la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo, que será articulado en un desarrollo futuro de la Ley. Se ha dado nueva redacción al artículo 145 del Código Penal con el fin de limitar la pena impuesta a la

mujer que consiente o se practica un aborto fuera de los casos permitidos por la ley eliminando la previsión de pena privativa de libertad, por un lado y, por otro, para precisar la imposición de las penas en sus mitades superiores en determinados supuestos.

También se introduce un nuevo artículo 145 bis, a fin de incorporar la penalidad correspondiente de las conductas de quienes practican una interrupción del embarazo dentro de los casos contemplados por la ley, pero sin cumplir los requisitos exigidos en ella. Finalmente, se ha modificado la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente con el fin de que la prestación del consentimiento para la práctica de una interrupción voluntaria del embarazo se sujete al régimen general previsto en esta Ley y eliminar la excepcionalidad establecida en este caso, con lo que en las mujeres de 16 y 17 años, el consentimiento para la interrupción les corresponde exclusivamente a ellas de acuerdo con el régimen general aplicable a las mujeres mayores de edad. Eso sí, al menos uno de los representantes legales, padre o madre, personas con patria potestad o tutores de las mujeres comprendidas en esas edades, deberán ser informado de la decisión de la mujer. Se prescindirá de esta información cuando la menor alegue fundamentalmente que esto le provocará un conflicto grave, manifestado en el peligro cierto de violencia intrafamiliar, amenazas, coacciones, malos tratos, o se produzca una situación de desarraigo o desamparo (Título II, Capítulo I, Artículo 13).

En el Título II, Capítulo I, Artículo 14 se regulan las condiciones de la interrupción voluntaria del embarazo que podrá ser antes de las catorce semanas de gestación siempre que se cumplan dos criterios:

- Que se haya informado a la mujer embarazada sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad.
- Que haya transcurrido un mínimo de tres días desde dicha información y la práctica de la intervención.

La disposición adicional tercera se refiere a la inclusión y acceso a los métodos anticonceptivos de última generación en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud en el plazo de un año desde la entrada en vigor de esta Ley (12).

RESUMEN

Hace tres décadas, en 1978, tiene lugar un hecho que fue objeto de interés de la prensa mundial: el nacimiento de Louise Brown, conocida como “niña probeta”, reconocida como el primer ser humano del mundo nacido mediante la aplicación de técnicas de reproducción asistida. Desde entonces, han sido espectaculares los avances habidos en este campo y no pocos los debates éticos, las interrogantes planteadas, acerca de los límites de la ciencia en todo lo que afecta a la genética y reproducción humana.

El abordaje de la procreática o conjunto de técnicas de reproducción asistida en cuanto su desarrollo puede plantearnos desafíos éticos de interés. Se expone la problemática de la infertilidad/esterilidad de las parejas, sus causas y tratamiento mediante la reproducción asistida, haciéndose referencia a la inseminación artificial, la fecundación in vitro y la transferencia embrionaria, entre otras, planteándose los criterios éticos en la aplicación de todas estas técnicas.

En España existe un marco normativo-legal vigente en relación con la reproducción asistida. El objetivo de estas leyes es regular la aplicación de las técnicas de reproducción humana asistida acreditadas científicamente y clínicamente, indicadas en campos como la prevención y tratamiento de enfermedades de origen genético o la regulación de los supuestos y requisitos de utilización de gametos y preembriones humanos crioconservados, entre otros aspectos.

10. REFERENCIAS

1. Aznar Lucea J, coordinador. La vida humana naciente. Madrid: BAC; 2007. p. 81-82.
2. Fundació Santiago Dexeus Font: <http://www.dexeus.com>
3. Gafo J. Reproducción asistida y Manipulación genética. En: Palabras clave en Bioética. Estela: Edit. Verbo Divino; 2001. p. 163-234.
4. Gracia Guillén D. Ética y Vida: estudios de bioética. Vol. 3. Ética de los confines de la vida. Bogotá: Ed. El Búho; 1998.
5. Alonso Bedate C. El estatuto ético del embrión humano: una reflexión ante propuestas alternativas. En: Mayor Zaragoza F, Alonso Bedate C, coordinadores. Gen-Ética. Barcelona: Edit. Ariel; 2003. p. 19-66.
6. Núñez-Cubero MP. La reproducción asistida en el siglo XXI: ¿bebés a la carta? Revista Labor Hospitalaria. 2004; 273:63-86.
7. Vidal M. Bioética, estudios de bioética racional. Cc.VII-VIII-IX. Madrid: Edit. Tecnos, SA; 1989. p. 83-125.
8. Gafo J. Ética y Legislación en Enfermería. Madrid: Edit. Universitat, SA; 1994. p.145-160 y 283-300.
9. García Velasco JA, Schneider J, Cristóbal C, Méndez V. Enfermería en reproducción humana Colección Ciencias de la Salud. Volumen 9. Madrid: Dykinson; 2007.
10. Vanrell, Calafat, et al. Fertilidad y Esterilidad Humanas. Barcelona: Ed. Masson-Salvat, SA; 1992.
11. Aznar Lucea J, coordinador. La vida humana naciente. Madrid: BAC; 2007. p. 81-82.
12. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. BOE núm. 55, de 4 marzo.



Responsabilidad deontológica en la atención a la salud reproductiva de la familia

María Rosa García Vilardell
Modesta Salazar Agulló
Rocío Maderna Dallasta

1. INTRODUCCIÓN

Partiendo de la definición acuñada por la Confederación Internacional de Matronas, corresponde la denominación de matrona a aquella persona **Diplomada en Enfermería** *“que, habiendo sido admitida para seguir un programa educativo de partería, debidamente reconocido por el Estado, ha terminado con éxito el ciclo de estudios prescritos en partería y ha obtenido las calificaciones necesarias que le permitan inscribirse en los centros oficiales y/o ejercer legalmente la práctica de la partería. La matrona está reconocida como un profesional responsable y que rinde cuentas y que trabaja en asociación con las mujeres para proporcionar el necesario apoyo, cuidados y consejos durante el embarazo, parto y puerperio, dirigir los nacimientos en la propia responsabilidad de la matrona y proporcionar cuidados al neonato y al lactante. Este cuidado incluye las medidas preventivas, la promoción de nacimiento normal, la detección de complicaciones en la madre y niño, el acceso a cuidado médico u otra asistencia adecuada y la ejecución de medidas de emergencia”.*

El propósito general de la especialidad es *“proporcionar una atención integral a la mujer a lo largo de su ciclo reproductivo. Atención, en promoción de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación de los procesos patológicos. Atención a la maternidad hacia la madre y el hijo, en el diagnóstico, control y asistencia del embarazo, parto y puerperio normal, así como al recién nacido sano hasta el día 28 de vida,*

auxiliándose de los medios clínicos y tecnológicos adecuados. Una matrona puede ejercer en cualquier emplazamiento, incluyendo la casa, la comunidad, los hospitales, las clínicas o las unidades de salud”.

El objetivo de la actividad de las matronas es por tanto, mejorar el nivel de cuidados que se proporcionan a la mujer, recién nacidos y familias de todo el mundo, mediante el desarrollo, educación y adecuada utilización de la matrona profesional. Los sistemas de salud se apoyan en los especialistas para mejorar continuamente la calidad de la atención de salud.

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, aborda en su título II una nueva regulación de las especialidades en Ciencias de la Salud y la necesidad de proceder a una nueva regulación reglamentaria, incluyendo las especialidades de Enfermería, lo cual debe tener en cuenta la protección de la salud de los ciudadanos y las competencias que, en materia de asistencia sanitaria, tienen atribuidas las comunidades autónomas.

La formación de matronas en España se desarrolla dentro del modelo del Espacio Europeo de Educación Superior surgido de la Declaración de Bolonia, para prestar una mejor atención sanitaria a los ciudadanos, favorecer el desarrollo profesional y la libre movilidad de los profesionales. Está regulado por el Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería y tiene la denominación de **Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona)**. Deroga el Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de Enfermero Especialista. El programa formativo ha sido recientemente modificado y así se refleja en la Orden SAS/1349/2009 de 6 de mayo (1).

Se consigue tras la realización de un programa formativo de dos años, sensiblemente superior a los países de nuestro entorno; es imprescindible disponer del título de especialista para trabajar en ámbitos muy determinados (y todavía reducidos) de la sanidad pública, como son los paritorios en la atención hospitalaria y las consultas de control de embarazo y planificación familiar en Atención Primaria (2).

En este tema solo pretendemos aportar unas nociones básicas sobre conceptos éticos y legales que están vigentes en nuestra sociedad; aunque las leyes cambian, como sucede con la práctica profesional, su conocimiento actual puede ayudar a la futura matrona a la toma de decisiones de acuerdo con sus convicciones.

2. ÉTICA Y DEONTOLOGÍA

2.1. Aproximación conceptual

El Diccionario de la Real Academia de la Lengua define la ética como la *“parte de la filosofía que trata de la moral y de las obligaciones del hombre”*. Y por moral se entiende, por un lado, lo *“perteneciente o relativo a las acciones o caracteres de las personas, desde el punto de vista de la bondad o malicia”*; y en una segunda acepción, *“ciencia que trata del bien en general, y de las acciones humanas en orden a su bondad o malicia”* (3). En definitiva, definida de otra manera, la Ética es un tipo de saber que pretende orientar la acción humana en un sentido racional, es decir, pretende que obremos racionalmente (4).

El origen etimológico de la palabra ética nos permite precisar de mejor modo la noción de esta ciencia. El término ética procede del vocablo griego *êthos* que significa carácter, modo de ser, hábito o costumbre. En este sentido, puede afirmarse, siguiendo a Adela Cortina, que la Ética es un tipo de saber que pretende orientarnos en la forja del carácter; pretende que obremos racionalmente, como ya se ha dicho, pero no sólo en un momento puntual, sino para actuar racionalmente en el conjunto de nuestra vida.

Dicho esto, es cierto que al hablar de carácter solemos pensar únicamente en las personas, olvidando que las organizaciones e instituciones también acaban incorporando un carácter que es percibido por la sociedad. Efectivamente, cada organización tiene una meta por la que cobra todo su sentido; meta que es, sin duda, un fin social, pues toda organización se crea para proporcionar a la sociedad unos bienes, en virtud de los cuales queda legitimada su existencia ante la sociedad (4).

Partiendo de esta última premisa, la Ética profesional es esa ética aplicada que propone motivaciones en la actuación profesional; y consiste, por ello, en la aplicación de los principios morales generales al ámbito propio de cada profesión, averiguando al mismo tiempo cuáles son los bienes internos que cada una de las actividades debe proporcionar a la sociedad y, por tanto, qué valores y hábitos deben incorporar para producirlos. De este modo puede afirmarse que la Ética profesional se nos presenta como el horizonte y motivación de la Deontología; entendida esta última como una ética aplicada al ámbito profesional, pero desde dentro del propio contexto profesional (5).

En esta dirección, y partiendo del significado etimológico del término deontología como “tratado de los deberes” (“*déon*” el deber y “*logía*”, ciencia o tratado) (5), podemos definirla como el conjunto de *“normas y códigos de conducta exigibles a los profesionales, aprobados por el colectivo de profesionales, que enumera una serie de deberes y obligaciones mínimos para todos los profesionales con algunas consecuencias de carácter sancionador”* (5).

En este sentido, la Deontología, en la medida en que propone normas de actuación, se sitúa, como afirman algunos autores, más cerca del derecho que de la filosofía (5); o como opinan otros, entre lo ético y lo jurídico, participando, de este modo –las normas deontológicas–, de una naturaleza mixta (6).

En este sentido, y como señala Salvador Tarodo, en un principio las normas deontológicas son de naturaleza moral, lo que, sin embargo, no excluye que se les pueda dotar de cierta eficacia jurídica, como veremos inmediatamente (7).

2.2. Eficacia jurídica de las normas deontológicas

Independientemente de la obligatoriedad ética de la normativa deontológica elaborada en España, ya sea de ámbito estatal, ya autonómico, no se puede negar, como afirma Tarodo, la eficacia jurídica de una normativa cuyo incumplimiento puede llevar aparejada como sanción incluso la expulsión de la propia Organización colegial (7) –como se deduce del artículo 20 de los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería (8)–, lo que, y dada la obligatoriedad de la colegiación para el ejercicio de determinadas profesiones, supone una sanción que tiene el mismo contenido que la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de profesión u oficio recogida en el artículo 39 del vigente Código Penal de 1995. Obligatoriedad que se establece en el artículo 7 de los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería (8), aunque se debe apuntar, que la colegiación de las enfermeras y matronas en España no es obligatoria en todas las Comunidades Autónomas para trabajar en sus respectivos servicios públicos de salud.

Dicho esto, en el caso de la normativa deontológica nos encontramos ante un tipo de normas a las que nuestro ordenamiento estatal ha atribuido, a través de un sistema de remisión material, eficacia jurídica, convirtiéndose, así, en un auténtico derecho estatutario o derivado. En este sentido, la normativa deontológica encuentra su fundamento, alcance y límites en la propia normativa del Estado, con la que no podrá entrar en contradicción, prevaleciendo, en caso de conflicto, la normativa estatal.

Centrándonos así en la eficacia jurídica que nuestro ordenamiento otorga a la normativa deontológica, ésta encuentra su legitimación en varios niveles:

- En primer lugar, la Constitución Española se refiere a los Colegios Profesionales en su artículo 36, estableciéndose la necesidad de regular mediante ley *“las peculiaridades propias del régimen jurídico de los Colegios Profesionales y el ejercicio de las profesiones tituladas”*.
- En segundo lugar, el Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina –Convenio de Oviedo–, incorporado con plenos efectos a nuestro ordenamiento jurídico interno, atribuye, también, eficacia jurídica a la normativa deontológica, al establecer en su artículo 4 la obligatoriedad de efectuar toda intervención en el ámbito de la sanidad dentro del respeto a las normas y obligaciones profesionales, entre las que se encuentran, como entiende Tarodo, las normas deontológicas.
- En tercer lugar, la Ley 2/1974 de Colegios Profesionales¹ otorga a los Colegios Profesionales, en su artículo 5 i), la función de *“ordenar en el ámbito de su competencia la actividad profesional de los colegiados, velando por la ética y dignidad profesional y por el respeto debido a los derechos de los particulares y ejercer la facultad disciplinaria en el orden profesional y colegial”* (9).
- Finalmente, el Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de Enfermería², atribuye al Consejo General, en su artículo 24, la función de aprobar las normas deontológicas y las resoluciones que ordenen la actividad profesional de los colegiados; normas que califica de “carácter obligatorio” (8).

1. Modificada por la Ley 74/1978 de normas reguladoras de los Colegios Profesionales; por la Ley 7/1997 de medidas liberalizadoras en materia de suelo y de Colegios Profesionales; por el Real Decreto-ley 6/1999 de Medidas Urgentes de Liberalización e Incremento de la Competencia; y por el Real Decreto-ley 6/2000 de Medidas Urgentes de Intensificación de la Competencia en Mercados de Bienes y Servicios.

2. Real Decreto que derogó los anteriores Estatutos de la Organización Colegial de Diplomados en Enfermería, aprobados por Real Decreto 1856/1978, de 29 de junio, por el que se aprueban los Estatutos de la Organización Colegial de ATS, y posteriormente modificados por Real Decreto 306/1993, de 26 de febrero, por el que se modifica la denominación y se da nueva redacción a diversos artículos de los Estatutos de la Organización Colegial de Ayudantes Técnicos Sanitarios.

Con todo, y llegados hasta aquí, es claro, como señala el Tribunal Constitucional español en su sentencia de 1989, que *“las normas de deontología profesional aprobadas por los Colegios Profesionales o sus respectivos Consejos Superiores u órganos equivalentes no constituyen simples tratados de deberes morales sin consecuencias en el orden disciplinario. Muy al contrario, tales normas determinan obligaciones de necesario cumplimiento por los colegiados y responden a las potestades públicas que la Ley delega a favor de los colegios”* STC 219/1989, de 21 de diciembre, F. J. 5º). Convirtiéndose, así, en pautas que los tribunales deberán tener en cuenta a la hora de juzgar la actuación de los profesionales del ámbito sanitario (10).

3. DEONTOLOGÍA Y PROFESIÓN DE LA MATRONA

3.1. Código Deontológico

La profesión de enfermera dispone de un Código Deontológico tanto a nivel internacional como nacional. El primero ha sido elaborado por el Consejo Internacional de Enfermería. El más reciente está fechado en 2005 y tiene sus orígenes en el Código Internacional de Ética para Enfermeras de 1953. El segundo fue aprobado por el Consejo General de Colegios de Diplomados en Enfermería en 1989.

Por su parte, la Confederación Internacional de Matronas ha elaborado el **Código Ético Internacional para Matronas** para que sirva de guía a éstas en la educación, la práctica y la investigación. Se trata de una guía para la profesión para actuar sobre la base de los valores y necesidades sociales.

El Código consta de cuatro apartados:

- a) **Vínculos de la matrona.** En relación con el respeto de la mujer a elegir entre diversas opciones que afectan a su cuidado, la cooperación entre matronas –función profesional– y cooperación con otros profesionales de la salud.
- b) **Ejercicio profesional de la matrona.** Se centra en torno a la maternidad para garantizar una práctica **segura**, atendiendo a las necesidades psicológicas, emocionales y espirituales, promoviendo conductas de promoción de salud de la mujer en todo el ciclo vital, y fomentando el desarrollo profesional en todos los ámbitos.

- c) **Responsabilidades profesionales de la matrona.** Por su importancia en este tema, se reproducen textualmente:
- 1) Las matronas guardan confidencialmente la información que reciben del cliente, a fin de proteger el derecho de preservar la intimidad, y usan su juicio si es necesario compartir esta información.
 - 2) Las matronas son responsables de sus decisiones y acciones, y son responsables de los resultados que se deriven del cuidado que han proporcionado a las mujeres.
 - 3) Las matronas pueden rehusar a participar en actividades para las cuales mantienen una profunda oposición moral; no obstante, el énfasis sobre la consciencia individual no tiene que privar a las mujeres de los servicios esenciales de salud.
 - 4) Las matronas participan en el desarrollo e implementación de los programas sanitarios que fomentan la salud de todas las mujeres y de las familias durante su etapa reproductiva.
- d) **Progreso en los conocimientos y práctica de la matrona.** El progreso en los conocimientos profesionales debe garantizar la protección de los derechos de las mujeres, se deben compartir los conocimientos profesionales entre matronas mediante estudios de investigación, participar en la educación reglamentaria de las matronas en formación y en la formación continuada de ellas mismas.

3.2. Deberes fundamentales de las matronas en Salud Reproductiva

Características básicas de la prestación sanitaria

Las principales características de la atención sanitaria (escenario en el cual la matrona junto a otros profesionales del equipo de salud actúan en las instituciones públicas y privadas) podemos resumirlas en:

- 1) Carácter social y la estrecha relación con bienes como la salud, la vida o la integridad.
- 2) Relación tradicionalmente basada en la confianza.

- 3) Marcado carácter técnico de las prestaciones, que tienden a regular la buena práctica en guías de actuación o protocolos.
- 4) Trabajo en equipo, especialmente con el médico especialista en obstetricia y ginecología, médico de familia, anestesistas, etc.

El ejercicio profesional y la sociedad se influyen de manera recíproca; actualmente la enfermedad ha dejado de considerarse como algo natural y se responsabiliza a los profesionales sanitarios cuando las expectativas se ven frustradas. Ello complica la actuación en el sistema sanitario público, donde la atención es universal, accesible y gratuita (constituye uno de los pilares básicos del Estado de Bienestar) y por tanto la magnitud de los actos sanitarios es tal que, junto al deber ético de utilizar los recursos con criterios de eficiencia se une la exigencia que se realiza a los profesionales, no sólo de diligencia, sino también de **excelencia** en sus actuaciones. La especialidad de obstetricia es una de las más demandadas legalmente, lo que en la práctica se traduce en aumento de las prácticas de “**medicina defensiva**”, con un aumento de costes y retraso en las actuaciones (11).

Funciones de las matronas: asistenciales, docentes, administradoras e investigadoras

En cuanto a la **salud reproductiva**, las funciones de la matrona son: asistencial, docente, administradora e investigadora. De todas ellas, la función que socialmente goza de mayor reconocimiento es la **asistencial**. Por tal entendemos el conjunto de actividades que realiza con y para la mujer, en todas las fases del proceso: preconcepcional, embarazo, parto y puerperio, especialmente.

En la mayoría de servicios clínicos se ha impuesto el trabajo por **protocolos**, lo que a priori conlleva la salvaguarda de los derechos de los profesionales que actúan guiados por su pericia y alta cualificación profesional que se requiere para realizarla, pero sujetos a los procedimientos que la institución y sus órganos colegiados, entre los que deben participar las matronas, han establecido, de acuerdo con los profesionales sanitarios que ejercen y los recursos disponibles en cada momento.

La Directiva 2005/36/CE Parlamento Europeo y del Consejo de 7 de septiembre de 2005, establece tanto las funciones asistenciales como docentes e investigadoras, entre las que cabe destacar:

En relación con la gestación, la matrona tiene la responsabilidad de realizar el control y seguimiento del embarazo, parto y puerperio; ello está sujeto a las Leyes de Salud Maternal de las distintas Comunidades Autónomas, que cada matrona debe conocer. Así, la matrona ejerce con autonomía las actividades derivadas del seguimiento de las gestantes a su cuidado en el ámbito de las zonas básicas de salud, en el nivel primario, realizando los controles periódicos desde el inicio hasta el puerperio, inclusive. Ejemplo de esta actividad es la consulta mensual consistente en la realización de controles clínicos (peso, talla, tensión arterial, escuchar latido fetal, medir altura uterina, etc.), petición de pruebas de laboratorio para control bioquímico, serológico, etc., valoración de todos los problemas de la gestante que se alejan de la normalidad y en su caso derivación al tocólogo para el estudio correspondiente. También está obligada a realizar los procedimientos prescritos por el médico y (punto 11) a *“extender los informes escritos que sean necesarios”*. La modificación del apartado 1 del artículo 77 de la denominada Ley del Medicamento, Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, establece que *“los enfermeros, de forma autónoma, podrán indicar, usar y autorizar la dispensación de todos aquellos medicamentos no sujetos a prescripción médica y los productos sanitarios, mediante la correspondiente orden de dispensación”* (12).

En la atención al parto, la matrona se ocupa del control de la gestante y del feto desde el ingreso hasta la fase de alumbramiento, en todos los casos normales (partos eutócicos) y de la atención a la mujer y colaboración con el tocólogo en la realización de los partos distócicos (fórceps, espátulas, *vacuo*, etc.).

La función **docente** en relación con el Código Deontológico profesional contempla, entre otras actividades, todas aquellas encaminadas a sensibilizar a los estudiantes sobre los conceptos de intimidad, confidencialidad, consentimiento informado, y favorecer las oportunidades de aprendizaje de cuestiones éticas y la toma de decisiones, respetando los derechos humanos. En relación con el colectivo, persigue fomentar los vínculos entre el aprendizaje continuo y la competencia para la práctica que favorezca e impulse la profesión.

En relación con la función **investigadora** del colectivo sanitario, la participación de la matrona también puede verse sometida a conflictos éticos, en relación con la investigación del mapa genético, el uso de células madre, bebés engendrados para proveer de células madre a un hermano, madres de alquiler, etc.

La función **administradora o gestora** consiste en la responsabilidad de organizar los recursos humanos y materiales, dirigiendo la supervisión del equipo de matronas y actuando con responsabilidades como directora de áreas maternas, especialmente. Además de la gestión de los recursos, elaboración de estadísticas y supervisión de la calidad de los cuidados que las matronas llevan a cabo en su área de influencia, mediante el uso de sistemas de registro y de gestión de la información (que garantice la confidencialidad); realizar sistemas de evaluación profesional, formación continuada y competencia de los profesionales en su práctica de la profesión, aportando sistemas que favorezcan valores y comportamientos profesionales éticos, que protejan a la persona, familia y o comunidad.

4. CONFLICTOS ÉTICO-JURÍDICOS EN EL ÁMBITO SANITARIO

4.1. Objeción de conciencia biosanitaria

Uno de los ámbitos en el que viene suscitándose un importante debate ético-jurídico es, sin duda, el ámbito sanitario; donde se ha producido una clara proliferación de la objeción de conciencia principalmente debido a dos razones: el acelerado avance de la ciencia, y el pluralismo ético característico de las sociedades democráticas (10).

Efectivamente, el progreso biotecnológico es quizás uno de los focos de expansión más importantes de esta modalidad de objeción de conciencia, pues no en pocas ocasiones el profesional de la sanidad se encuentra ante prácticas que considera incompatibles con su conciencia (10). En esta dirección, las acciones más frecuentes que se concentran en nuestra especialidad, y a las que los agentes sanitarios han opuesto objeción de conciencia son, como señala Gonzalo Herranz, el aborto provocado, la contracepción (la postcoital y la esterilización voluntaria), la reproducción asistida, la investigación destructiva de embriones y la selección preconcepcional del sexo (13).

Dicho esto, es claro el crecimiento de las manifestaciones de la objeción de conciencia en el ámbito sanitario; en esta dirección, y después de delimitar el concepto y la cobertura jurídica que ofrece nuestro ordenamiento a la

objeción de conciencia, nos centramos en el estudio de la objeción de conciencia del personal sanitario al aborto, cuyas normas se aplican analógicamente por la doctrina a todos los casos en los que las distintas investigaciones, experimentaciones y manipulaciones genéticas afectan a la vida y a la dignidad del embrión en cualquier fase de su desarrollo (10).

Concepto y cobertura jurídica

La objeción de conciencia puede definirse como la negativa de un sujeto, por razones de conciencia, a someterse a una conducta que en principio sería jurídicamente exigible (14). La objeción de conciencia se explica partiendo del conflicto entre conciencia y ley, entre el deber moral y el deber jurídico, y en dicho conflicto la moral vence al derecho en tanto que el agente objetor se niega a cumplir con el deber jurídico para cumplir un deber moral.

No obstante, y centrándonos en el ámbito jurídico, la cuestión que se plantea es si existe lo que puede llamarse un derecho general de objeción de conciencia, pues los ordenamientos constitucionales no suelen recoger la objeción como un derecho subjetivo ejercitable erga omnes en sus distintas manifestaciones; sino que, muy al contrario, únicamente se limitan, y no todos, a mencionar alguna de sus modalidades, como en nuestro caso, en donde la Constitución Española, en su artículo 30, sólo se refiere expresamente a la modalidad de objeción de conciencia al servicio militar.

En esta dirección, el Tribunal Constitucional responde a la pregunta planteada afirmando claramente la imposibilidad de reconocer un derecho general de objeción de conciencia, porque sería como establecer las bases para la destrucción del propio ordenamiento jurídico, de modo que únicamente es posible que se admita excepcionalmente para un deber concreto –STC 161/1987, de 27 de octubre (F. J. 3)–.

Postura que contrasta claramente con la doctrina defendida dos años antes por este mismo Tribunal, al afirmar, en relación a la objeción de conciencia al aborto: *“por lo que se refiere al derecho a la objeción de conciencia, [...] existe y puede ser ejercido con independencia de que se haya dictado o no tal regulación. La objeción de conciencia forma parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa reconocido en el artículo 16.1 de la Constitución y, como este Tribunal ha indicado en diversas ocasiones, la Constitución es directamente aplicable, especialmente en materia de derechos fundamentales”* –STC 53/1985, de 11 de abril (F. J. 6)–.

En suma, dada la aparente contradicción de los distintos pronunciamientos del Tribunal Constitucional, y en relación a la cobertura jurídica de la objeción de conciencia, como señalan Navarro-Valls y López Alarcón, debemos entender la sentencia 161/1987 como regla genérica, y los demás pronunciamientos como limitados exclusivamente a las distintas modalidades de objeción de conciencia. Con lo que, en consecuencia, puede afirmarse que nuestro Ordenamiento no reconoce un derecho fundamental a la objeción de conciencia, limitándose su reconocimiento, bajo la calificación de derecho constitucional autónomo, a deberes legales concretos.

Objeción de conciencia al aborto

Surge como respuesta a los supuestos de despenalización del aborto y consiste en la negativa a participar de forma directa o indirecta en la interrupción voluntaria del embarazo (15).

La motivación en conciencia que lleva a rechazar la participación en estas intervenciones puede tener su raíz en creencias religiosas, pero también en razones éticas y científicas. Efectivamente, como señala Gonzalo Herranz, en muchas ocasiones, la invocación de la objeción de conciencia responde a la preservación de principios deontológicos profesionales emblemáticos como, por ejemplo, el respeto máximo a la vida –principio recogido expresamente por los artículos 14 y 16 del vigente Código Deontológico de la Enfermería Española– (13); de ahí que en estos supuestos suele hablarse de objeción de conciencia debida (10), objeción de legalidad (15), u objeción de conciencia técnica, más que de objeción de conciencia en sentido estricto, pues, como afirma José Antonio Souto, la negativa a participar en la práctica de abortos entra dentro de la finalidad y razón de ser de la profesión (15). Pero, también, el objetor puede valerse de argumentos científicos para negarse a practicar el aborto terapéutico y el eugenésico, ya que, en el primer caso, puede ofrecer, apoyándose en la *lex artis* del momento, otras alternativas válidas de tratamiento que respeten la vida del no nacido; y, en el segundo, porque es extraña a la naturaleza de la propia profesión la idea de que los seres humanos han de estar libres de imperfecciones (16).

En España, la vigente Ley Orgánica 9/1985 de despenalización del aborto en determinados supuestos no contiene cláusula de conciencia alguna que proteja al personal sanitario; pero, si bien la objeción de conciencia al aborto no ha sido reconocida por vía legal hasta la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de

marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (16), su consagración en el ordenamiento español sí se produjo por vía jurisprudencial. Concretamente fue consagrada a través de la sentencia del Tribunal Constitucional de 11 de abril de 1985, en la que se establecía con claridad la posibilidad de que los médicos y demás personal sanitario pudieran acogerse al derecho reconocido expresamente en la Constitución Española, refiriéndose a la libertad ideológica y religiosa garantizada en el artículo 16, de alegar la objeción de conciencia para inhibirse de actuar en cualquier tipo de intervención relativa a la práctica del aborto –STC 53/1985, de 11 de abril (F.J. 14)–. Estableciéndose, así, con esta sentencia, un marco genérico dentro del cual podría ejercitarse en toda su extensión la mencionada objeción.

Por otra parte, no podemos olvidar, como veíamos más arriba, la vinculatoriedad de las normas deontológicas; en esta dirección, y centrándonos en nuestro campo de actuación, el artículo 22 del Código Deontológico de la Enfermería Española reconoce expresamente: *“De conformidad con lo dispuesto en el artículo 16.1 de la Constitución Española, la Enfermera tiene, en el ejercicio de su profesión, el derecho a la objeción de conciencia que deberá ser debidamente explicitado ante cada caso concreto. El Consejo General y los Colegios velarán para que ninguna Enfermera pueda sufrir discriminación o perjuicio a causa del uso de ese derecho”*. Garantía de la que se ha hecho eco el Código Ético Internacional para Matronas, como señalábamos anteriormente.

No obstante, y pese a la protección otorgada a esta modalidad de objeción, vía jurisprudencial y deontológica, se venía observando en nuestra jurisprudencia una cierta contradicción, pues supuestos prácticamente iguales han recibido respuestas diversas; razón por la que nuestra doctrina ha venido reclamando, desde tiempo atrás, la necesidad de proteger dicha modalidad a través de ley ordinaria.

Efectivamente, el Tribunal Supremo, en su sentencia de 20 de enero de 1987, afirmó que el traslado del personal sanitario objetor no constituye una vulneración de su derecho. Concretamente los antecedentes de hecho fueron los siguientes. En noviembre de 1985 se practicaron en el hospital Camino de Santiago de la Seguridad Social dos abortos dentro del supuesto legal. Con anterioridad ocho enfermeras manifestaron su voluntad de no intervenir en los mismos, aduciendo razones ideológicas y de conciencia. En este momento la Dirección del Hospital les comunicó que pasarían a ejercer sus funciones en un servicio distinto del mismo Hospital. Ante tal anuncio las enfermeras

comunicaron a la dirección que deseaban ejercer su legítimo derecho a la objeción de conciencia, derivada de la libertad ideológica. Asimismo, dejaron constancia de su voluntad de no intervenir en las actividades de auxilio y colaboración con el médico que llevara a cabo el aborto, si bien se mostraron dispuestas a atender a las enfermas una vez realizado el aborto, añadiendo que de esta forma no sufría especial disminución la intensidad y dedicación a su trabajo, ya que, efectuarían las restantes tareas correspondientes al servicio de toco-ginecología. Finalmente advertían que de efectuarse el traslado se produciría una violación de la legislación vigente, al discriminar con ánimo de represalia, a quienes habían ejercido su derecho constitucional a la objeción de conciencia. Realizado el traslado, cuatro de ellas interpusieron recurso contencioso-administrativo contra tal acto, basándose en los artículos 14 y 16 de la Constitución Española. El recurso llegó hasta el Tribunal Supremo, quien, después de reconocer la legitimidad de la actuación de las enfermeras, concluye que la negativa de las enfermeras implica una perturbación del servicio cuando se presenten dichos casos y, por tanto, *“no cabe hablar [...] de represalia si el cambio de destino se hace sin afectar al lugar de residencia, al hospital, a las categorías profesionales y a los salarios o sueldos, que en ningún momento han sido degradadas o disminuidas”*.

Por su parte, el Tribunal Superior de Justicia de Aragón, en su sentencia de 18 de diciembre de 1991, se mostró favorable a la doctrina contraria al entender que el traslado de un anestesista del servicio de obstetricia de maternidad al de traumatología, por manifestar su objeción a intervenir como médico en intervenciones abortivas, era una represalia encubierta y una patente vulneración del derecho fundamental de no discriminación por razones ideológicas o religiosas del objetor. Y, esto, aunque el traslado del servicio no suponga un cambio de categoría profesional ni una disminución del sueldo.

Por todo lo comentado hasta ahora se hacía necesario, como apuntábamos, reflejar a nivel legal esta objeción de conciencia para las prácticas abortivas y así ha sido en la Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. En esta ley se puede leer *“Los profesionales sanitarios directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo tendrán el derecho de ejercer la objeción de conciencia sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabadas por el ejercicio de la objeción de conciencia. El rechazo o la negativa a realizar la intervención de interrupción del embarazo por razones de conciencia es una decisión siempre individual del personal sanitario directamente implicado en la realización de la interrupción voluntaria del embarazo, que debe manifestarse anticipadamente y por escrito. En todo caso los profesionales sanitarios*

dispensarán tratamiento y atención médica adecuados a las mujeres que lo precisen antes y después de haberse sometido a una intervención de interrupción del embarazo". Este apartado de la ley que corresponde con el título II, capítulo II, artículo 19 está pendiente de ser articulado en un desarrollo futuro de la Ley (16).

4.2. Objeción a tratamientos médicos

Presupuestos de partida

A diferencia del supuesto que acabamos de analizar, en el que es el personal sanitario el que se abstiene de la realización de determinados comportamientos para eliminar una vida humana, la objeción a tratamientos médicos se refiere al rechazo a utilizar determinados medios terapéuticos considerados acordes con la moral, pero que algunos entienden que son inmorales por razón de su ideario religioso y, en consecuencia, se niegan a que se los apliquen a sí mismos, o a aquellos que están bajo su tutela, como los hijos (13). Produciéndose, por tanto, el choque entre dos conciencias: la deontológica, que obliga al personal sanitario a intervenir para preservar la salud o salvar la vida del paciente; y la religiosa, que obliga al paciente a rechazar la terapéutica.

El ejemplo más claro se encuentra en la negativa de los Testigos de Jehová a transfusiones de sangre, para quienes está prohibida la ingestión de sangre. Si bien, cabría citar también la religión conocida con el nombre de *Christian Science*, que considera ilícito el recurso a los tratamientos médicos, defendiendo que cualquier dolencia puede sanar con la oración. Del mismo modo, existen adeptos a determinadas confesiones que rechazan recibir productos biológicos derivados de animales, como sucede en algunas interpretaciones del judaísmo que niegan la administración de insulina o la implantación de válvulas cardíacas de origen porcino; o aquellas mujeres que se niegan a cualquier tipo de exploración física por parte de varones que no pertenezcan a la propia confesión religiosa.

Por otra parte, si bien es cierto que en los distintos ordenamientos no suele existir un mandato de la ley que imponga como obligatorios los tratamientos señalados, razón por la que esta modalidad de objeción ha sido denominada, en ocasiones, "objeción de conciencia impropia", no puede olvidarse que la jurisprudencia ha configurado supuestos en los que existe un verdadero conflicto entre un mandato que proviene de la propia religión y otro que emana de la ley estatal, al imponer el tratamiento médico en determinados casos.

El consentimiento informado

De todos es conocido el paternalismo médico antiguo, presidido por los principios de no maleficencia (no hacer daño) y beneficencia (hacer el bien), y en el que se suponía que era el médico quien podía, tenía y debía definir lo que era beneficioso para el paciente, sin contar con la autonomía del mismo pues era considerado incapaz. Posteriormente, a partir del reconocimiento y garantía de las libertades individuales, se abre paso en el marco de la ética médica el principio de autonomía, reconociéndose al enfermo como un adulto responsable y, por tanto, capaz de tomar decisiones sobre sí mismo (17). Principio del que deriva directamente el consentimiento informado y que puede definirse, atendiendo a la legislación actual, como la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecte a su salud; doctrina que, como puede verse, incide directamente en la materia que nos ocupaba anteriormente.

Dicho esto, el consentimiento informado se introduce en nuestro ordenamiento a través de la Ley General de Sanidad de 1986; si bien, esta ley ha sido derogada parcialmente por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

En términos generales, la regulación actual parte del reconocimiento de la autonomía del paciente y de su derecho a recibir un tratamiento médico solamente cuando haya prestado su consentimiento informado (18). Así, se reconoce al enfermo el derecho a ser informado sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento. Se reconoce igualmente el derecho a la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico, siendo preciso el consentimiento del usuario para la realización de cualquier intervención. El consentimiento será verbal por regla general. Pero se prestará por escrito en los siguientes casos: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos e inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente, según se refleja en la ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en su capítulo IV, artículo 8 (11).

Por otra parte, y como excepciones a la necesidad de consentimiento informado, dicha ley otorga a los médicos el poder de intervenir, en determinadas ocasiones, sin necesidad de contar con el consentimiento del paciente, y sin necesidad de intervención judicial previa. Concretamente el artículo 9.2 les autoriza a realizar *“las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente”*, en dos supuestos: a) cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la ley, b) cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él (artículo 9). La Ley General de Sanidad 14/1986 también incluía parecidas excepciones, pero su redacción permitía que se interviniera en casos de urgencia sin necesidad de obtener el consentimiento del paciente, en su capítulo único, artículo 10 (19).

La Ley 41/2002 regula también el consentimiento por representación, en su artículo 9, disponiendo que en los casos en los que el paciente no sea capaz de tomar decisiones o esté incapacitado legalmente sea su representante legal o las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho quienes otorguen el consentimiento. En el caso de los menores de edad, siempre que éste no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención el consentimiento lo dará el representante legal, después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. Si se trata de menores emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Pero en caso de intervención de grave riesgo, los padres serán informados y su opinión será tomada en cuenta para la toma de la decisión correspondiente. No obstante, el apartado 4 del mencionado artículo, establece unas excepciones al ejercicio del derecho a decidir en el ámbito de la sanidad, en el caso de menores emancipados, menores de edad mayores de 16 años, o menores de 16 años pero con capacidad intelectual y emocional para comprender el alcance de la intervención (20). Los supuestos son los siguientes: la práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida, que se rigen por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación.

Por otro lado, la necesidad de consentimiento informado afecta no sólo al médico, sino también a la enfermera, como así se desprende de la normativa deontológica. Efectivamente, el Código Deontológico de la Enfermería Española recoge, entre los deberes de las enfermeras, la

obligación de obtener ante cualquier intervención, siempre y con carácter previo, el consentimiento del paciente. En este sentido, es responsabilidad de la enfermera mantener informado al paciente, procurando que la información que se ofrezca sea veraz, clara y comprensible; y siempre dentro de sus atribuciones, de modo que cuando el contenido de dicha información exceda de su competencia deberá remitirse al miembro de salud más adecuado (artículos 7, 10 y 11).

En suma, y como hemos podido observar, el derecho a decidir en el ámbito sanitario se reconoce, no sólo al adulto capaz, sino también al menor con capacidad intelectual y emocional para comprender el alcance de la intervención, y en todo caso siempre que tenga 16 años cumplidos o se trate de un menor emancipado. En este sentido, y salvo las excepciones previstas legalmente, el paciente que reúna tales condiciones tiene derecho a rechazar cualquier intervención o tratamiento que no desee.

RESUMEN

En este capítulo pretendemos aportar unas nociones básicas sobre conceptos éticos y legales que están vigentes en nuestra sociedad hasta la actualidad con el objetivo de guiar al profesional en su actividad diaria.

La Real Academia de la Lengua define la Ética como la “parte de la Filosofía que trata de la moral y de las obligaciones del hombre”; definida de otra manera, la Ética es un tipo de saber que pretende orientar la acción humana en un sentido racional, es decir, pretende que obremos racionalmente.

*En la profesión enfermera existe un Código Deontológico que consiste en un conjunto de normas profesionales aprobadas por los Colegios Profesionales o sus respectivos Consejos Superiores u órganos equivalentes, que determinan obligaciones de necesario cumplimiento por los colegiados y responden a las potestades públicas que la Ley delega a favor de los Colegios. Por su parte, la Confederación Internacional de Matronas ha elaborado el **Código Ético Internacional para Matronas**, que consta de cuatro apartados: vínculo, ejercicio y responsabilidad profesional, progreso en los conocimientos y práctica de la matrona.*

En cuanto a la salud reproductiva, las funciones de la matrona son: asistencial, docente, administradora e investigadora. De todas ellas, la función que socialmente goza de mayor reconocimiento es la asistencial. Por tal entendemos el conjunto de actividades que realiza con y para la mujer, en todas las fases del proceso: preconcepcional, embarazo, parto y puerperio, especialmente.

La objeción de conciencia surge en nuestra profesión como respuesta a los supuestos de despenalización del aborto y consiste en la negativa a participar de forma directa o indirecta en la interrupción voluntaria del embarazo. En España, esta objeción es reconocida por vía legal en la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. También existe la objeción a tratamientos médicos, que se refiere al rechazo a utilizar determinados medios terapéuticos considerados acordes con la moral, pero que algunos entienden que son inmorales por razón de su ideario religioso y, en consecuencia, se niegan a que se los apliquen a sí mismos, o a aquellos que están bajo su tutela, como los hijos.

Por último se menciona el consentimiento informado, que puede definirse, atendiendo a la legislación actual, como la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecte a su salud. El consentimiento será verbal por regla general. Pero se prestará por escrito en los siguientes casos: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos e inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente, según se releja en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre. Dicha Ley otorga a los médicos el poder de intervenir sin necesidad de contar con el consentimiento en caso de riesgo para la salud pública y riesgo inmediato grave para la integridad del paciente. También regula el consentimiento por representación, disponiendo que en los casos en los que el paciente no sea capaz de tomar

decisiones o esté incapacitado, legalmente sea su representante legal o las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho quienes otorguen el consentimiento. En el caso de los menores de edad, siempre que éste no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención, el consentimiento lo dará el representante legal, después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. Si se trata de menores emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Pero en caso de intervención de grave riesgo, los padres serán informados y su opinión será tomada en cuenta para la toma de la decisión correspondiente. No obstante se establecen excepciones al ejercicio del derecho a decidir en el ámbito de la sanidad, en el caso de menores emancipados, menores de edad mayores de dieciséis años, o menores de dieciséis años pero con capacidad intelectual y emocional para comprender el alcance de la intervención. Los supuestos son los siguientes: la práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida, que se rigen por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación.

5. REFERENCIAS

1. Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por el que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). BOE núm. 129, de 28 de mayo.
2. Ovalle Bernal M. Las especialidades de Enfermería en Europa. Revista Especialidades Enfermeras [serie en Internet]. marzo-2006 abril [citado 10 Ene 2011]; 2. Disponible en: <http://www.especialidadesenfermeras.com/revista/index.htm> <http://www.especialidadesenfermeras.com/revista/antteriores/num03/articulos/articulo3.htm>
3. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. Madrid: Espasa Calpe; 2001.
4. Cortina A. Ética de la empresa. Claves para una nueva cultura empresarial. Madrid: Trotta; 2000. p. 17-23.
5. Torre Díaz F. J. de la. Ética y Deontología jurídica. Madrid: Dykinson; 2000. p. 105-107.
6. AAVV. Ética y legislación en Enfermería. Madrid: McGraw-Hill, 1997: p. 75-76. Medina Castellano C. D. Ética y legislación. Madrid: Ediciones DAE, 2002: p.27.
7. Tarodo Soria S. Libertad de conciencia y derechos del usuario de los servicios sanitarios. Bilbao: Universidad del País Vasco; 2005. p. 205-215.
8. Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería. BOE num. 269, de 9 de noviembre.
9. Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales. BOE núm. 40, de 15 de febrero.
10. Vega Gutiérrez A. M. Objeción de conciencia y bioderecho [Serie en internet]. Disponible en: <http://www.iustel.com/v2/c1.asp>
11. Gracia Guillén D. La ética y las profesiones sanitarias. En: Deontología, función social y responsabilidad de las profesiones sanitarias. Madrid: Universidad Complutense y BSCH; 1999.

12. Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitario. BOE núm. 178, de 27 de julio.
13. Herranz G. La objeción de conciencia en las profesiones sanitarias. Una defensa pacífica de las convicciones morales [Serie en internet]. Disponible en: <http://www.unav.es/cdb/dhbghobjecion.html>
14. Navarro Valls R, Martínez Torrón J. Objeción de conciencia. Planteamiento general [monografía en Internet]. Disponible en: <http://www.iustel.com/v2/c1.asp>
15. Navarro Valls R, Martínez Torrón J. La objeción al aborto [monografía en Internet]. Disponible en: <http://www.iustel.com/v2/c1.asp>
16. Souto Paz JA. Comunidad política y libertad de creencias. Madrid: Marcial Pons; 2003. p. 303.
17. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. BOE núm. 55, de 4 de marzo.
18. Navarro Valls R, Martínez Torrón J. Objeción a tratamientos médicos [monografía en Internet]. Disponible en: <http://www.iustel.com/v2/c1.asp>
19. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274, de 15 de noviembre.
20. Ley 14/1986, de 25 abril, general de sanidad. BOE núm. 102, de 29 de abril.



Derechos de las mujeres en salud sexual y reproductiva

Manuel Linares Abad

1. INTRODUCCIÓN

La idea central de este capítulo es la de conocer e identificar los derechos sexuales y reproductivos como derechos fundamentales enmarcados dentro de los Derechos Humanos. No cabe duda de que al conocimiento y respeto de estos derechos han contribuido con un gran protagonismo las diferentes Conferencias Internacionales auspiciadas por la Organización de Naciones Unidas (ONU) –Tabla 1– (1). Desde el seno de estas Conferencias se impulsa la necesidad de que tanto la sociedad como los diferentes Estados miembros reconozcan estos derechos para todas las personas y en especial para el grupo de población de mujeres (1). Se trata por tanto de ofrecer a las enfermeras obstétrica-ginecológicas una herramienta que ayude a promover la salud sexual y reproductiva de las mujeres, así como velar por sus derechos.

2. DERECHOS HUMANOS

Para abordar de una forma sencilla los Derechos Humanos podemos definirlos como derechos fundamentales que todo ser humano tiene por el simple hecho de ser persona. La Declaración Universal de Derechos Humanos adaptada y proclamada por Asamblea General en su resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948, expresa en su preámbulo: *“Considera que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tiene por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana [...]”* (2).

Tabla 1.

CONFERENCIAS INTERNACIONALES EN FAVOR DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Conferencia de Teheran	1968
Conferencia de Bucarest	1974
Conferencia de Kenia	1985
Conferencia de Viena	1993
Conferencia de El Cairo	1994
Conferencia de Beijing	1995
Cumbre de Copenhagen	1995

Se inspiran los Derechos Humanos en principios de dignidad, libertad y de igualdad, son innatos, intransmisibles, imprescriptibles y únicos, de tal forma que una persona no puede renunciar a ellos, solo a su ejercicio. Al ser inherentes a las personas están por encima de cualquier Estado. Son muchos los autores que han dado diferentes definiciones de los Derechos Humanos, pero todos tienen en común el hecho de que el ser humano, por ser considerado persona, tiene derechos inherentes a su dignidad, son derechos universales, estos derechos predominan ante intereses de Estado y éste debe cumplirlos, respetarlos, protegerlos y garantizarlos (3). La sociedad debe tomar parte y sensibilizarse también para que estos derechos sean defendidos y promocionados, no basta sólo con el reconocimiento escrito, sino que la implicación de todos debe llevarnos a su respeto y cumplimiento (1). Con este marco de referencia abordamos a continuación una aproximación a la historia de los derechos sexuales y reproductivos.

3. HISTORIA DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Para la elaboración de los contenidos de este apartado hemos tomado, entre otras, como referencia bibliográfica angular, la ponencia realizada por Teresita de Barbieri publicada en el año 1999 en la revista *Mujer Salud*, Red de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (4).

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo en el año 1994 y la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres celebrada en Beijing en 1995, han marcado un antes y un después en relación a los derechos sexuales y reproductivos, ambas Conferencias recogen en sus Plataformas para la acción los nuevos postulados sobre salud y derechos sexuales y reproductivos. Estas Conferencias pusieron de acuerdo a la Comunidad Internacional logrando dar forma y contenido a estos derechos y lo que es más, sirvieron de base para desarrollar políticas acordes a las prioridades marcadas (5). Pero para hablar de estos derechos debemos retrotraernos en el tiempo para conocer el origen de lo alcanzado en la actualidad. La base jurídica de lo conseguido en las Conferencias mencionadas reside en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDDHH) del año 1948. Esta Declaración es un punto de llegada de intentos anteriores reflejados en constituciones nacionales y un intento también de erradicar los horrores sufridos por los regímenes nazis y fascistas impuestos ante y durante el desarrollo de la Segunda Guerra Mundial. También son referencia para la normativa de algunas actividades y contextos determinados en tiempos de guerra en el campo de la atención a la salud, concretamente lo referido a experimentación con seres humanos. Dicho de otra forma, la DUDDHH se ha ampliado y ha servido para proteger durante la segunda mitad del siglo XX a sectores particulares y desfavorecidos de población como niños, migrantes, mujeres, ancianos, enfermos y refugiados.

El debate sobre el control de la capacidad reproductiva y la práctica de la sexualidad ha hecho que la DUDDHH sea ampliada en este sentido, de tal forma que a finales de los años 50 del siglo pasado y comienzos de los 60, grupos intelectuales, políticos y empresariales norteamericanos e ingleses plantearon sus temores sobre el crecimiento poblacional de los países asiáticos y latinoamericanos. Este crecimiento demográfico era el resultado de una elevada tasa de fecundidad y de una disminución de la mortalidad en estos continentes. Los grupos antes mencionados imaginaron una situación de catástrofe, desorden y guerras a finales del siglo XX originado por la competencia de los recursos del planeta. Para prevenir esta situación invirtieron en instituciones potentes que promovieran la investigación en dos líneas: por un lado en demografía y sociedad en los países de un elevado crecimiento poblacional, y por otro lado en bioquímica, para generar anticoncepción eficaz y de coste bajo para distribuir de forma masiva, y en

materia de reproducción humana. Con el pretexto de ayuda para el desarrollo incentivaron la reducción de la natalidad y presionaron a los gobiernos de países con escasez de recursos para que dejaran implantar políticas y programas de control de la natalidad.

La reacción a estas líneas de investigación no tardaron en llegar, por un lado la oposición de los que estaban a favor de no reducir la natalidad y por otro lado ese grupo de académicos y profesionales de distintas disciplinas que llevaron el debate suscitado al contexto de los Derechos Humanos. El debate suscitado generó conclusiones y otros debates que terminaron por gestar los actuales derechos sexuales y reproductivos. Algunas de estas conclusiones fueron que, el número y momento de las gestaciones es un derecho irrenunciable de las personas, a cada ser humano le corresponde la decisión de tener o no tener descendencia y cuando tenerla. Para esto se requiere que las mujeres tengan acceso a la información y a los servicios de salud necesarios. Esta cuestión fue la que integró la agenda de la Conferencia Internacional de Derechos Humanos celebrada en Teherán en el año 1968. Consolidado el derecho a la procreación como genuino de las parejas, este fue el asunto central de la Conferencia celebrada 6 años más tarde en Bucarest, que reconoció este derecho como propio de las personas y de las parejas. De esta forma la intervención del Estado y de instituciones privadas no debía llegar más allá de proveer servicios de información y de salud, servicios que se llamaban por este tiempo, de planificación familiar. En el año 1979 la Convención aprobada por Naciones Unidas sobre eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres, reconoce en su articulado el derecho de las mujeres a los servicios de educación, salud y planificación familiar (Oficina de Alto Comisionado para los Derechos Humanos).

La década de los 70 acumuló pruebas de abusos y violaciones a los derechos de las parejas y mujeres en materia de procreación a pesar de los acuerdos internacionales firmados por los gobiernos. Algunos ejemplos de estas transgresiones fueron las políticas de población y programas de planificación familiar en muchos países, mayoritariamente los que estaban en vías de desarrollo. De esta forma se implantaron dispositivos intrauterinos, se realizaron técnicas de esterilización quirúrgica a mujeres sin información ni consentimiento. Se realizaron pruebas de experimentación de nuevos métodos anticonceptivos pasando por alto las normativas y códigos éticos vigentes. Hubo una asistencia sanitaria no

cualificada por parte de personal no capacitado, el aborto era penalizado aun cuando había causas de salud que lo justificaba y se antepusieron las ideas y creencias morales a las necesidades de las mujeres permitiendo una amplia discrecionalidad del personal sanitario para negarse a brindar los servicios. En pleno renacer del movimiento feminista y por ende de la salud de las mujeres, se fue configurando un movimiento llamado “Derechos reproductivos”. En los albores de la década de los años 80 se creó la Red Mundial de Mujeres por los Derechos Reproductivos en Ámsterdam, en el año 1984 se crea una red similar en la ciudad colombiana de Tenza, bajo el nombre de La Red de la salud de las mujeres Latinoamericanas y del Caribe.

Este amplio movimiento internacional de mujeres trabajó en dos vertientes, por un lado se estudiaron más y mejor los procesos de salud y enfermedad de las mujeres y se crearon servicios de salud sexual y reproductiva, a la vez que se diseñaban e implementaban programas en este área que eran desarrollados por instituciones públicas y privadas, por otro lado se daba contenido jurídico a la expresión derechos reproductivos y se divulgaba el sentido filosófico y ético de esta expresión.

Retomamos las ideas de Melzi para continuar repasando la historia de las conferencias mundiales que han servido para configurar el marco de los derechos sexuales y reproductivos. En Nairobi en 1985 se crearon una serie de estrategias en las que se hablaba de la salud sobre el derecho humano y básico de todas las parejas y las personas de decidir libre e informadamente el número y espaciamiento de sus hijos, como podemos observar la información y libertad de elección van cobrando fuerza a mediados de los años 80. En estas estrategias de Nairobi se reconoce que la capacidad de las mujeres para controlar su propia fertilidad redundaba en el goce de otros derechos, dando prioridad y urgencia a la disposición de los gobiernos para poner en marcha acciones educativas y medios para que hombres y mujeres tengan los hijos deseados. Dando un salto en el tiempo hasta 1993, la Conferencia Mundial de Viena sobre Derechos humanos reconoce la importancia del disfrute de las mujeres al más alto nivel de salud mental y física a lo largo de su vida, reafirmando por tanto el derecho de las mujeres a una asistencia sanitaria acorde a sus necesidades con un amplio abanico de servicios relacionados con la planificación familiar, y lo que resulta más importante aun, incluye que los derechos de niñas y mujeres son parte indivisible de los Derechos Humanos Universales (1).

3.1. Los acuerdos internacionales de El Cairo y Beijing

Desde que en 1973, la Organización Mundial de la Salud acuñara el término de Planificación familiar, término éste más amplio que desterraba los efectos negativos de las políticas de control de natalidad, tuvieron que pasar 21 años para que asistiéramos a otro momento importante de la historia en materia de derechos en salud, nos referimos a las definiciones que en las Conferencias mundiales de El Cairo y después de Beijing, se hicieron sobre los conceptos de salud sexual y salud reproductiva así como el de derechos reproductivos defendidos y liderados estos últimos, por la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) como veremos cuando tratemos de forma más extensa estos conceptos (6).

Por lo expuesto hasta aquí podemos ver como los derechos reproductivos y sexuales no son nuevos, se relacionan con la capacidad de las personas para tomar decisiones sobre su propia vida, con la particularidad de que afectan a su salud sexual y reproductiva. Por tanto, no se han creado nuevos derechos, sino más bien se han identificado los derechos sexuales y reproductivos dentro de la constelación de acuerdos de los Derechos Humanos ya existentes. Lo que si parece cierto es que esta asociación de derechos no haya ocurrido antes de la Conferencias de El Cairo y Beijing (3).

De forma explícita las definiciones sobre salud reproductiva y los derechos reproductivos se encuentran en la Conferencia Internacional de Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo en septiembre de 1994 y que dicen textualmente:

“La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos [...]. La salud sexual es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales

y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual” (7).

Melzi Tauro advierte que en esta amplia definición, concretamente en el párrafo 7.3 de la Plataforma de Acción, incluye el derecho a adoptar decisiones referidas a la reproducción sin ser víctimas de discriminación, coacciones ni violencia según establecen los Derechos Humanos, apuntando este derecho a la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres. 184 gobiernos se comprometen con estos postulados de El Cairo a 20 años, donde se comprometen a tomar las medidas que sean necesarias para hacer cumplir lo aprobado en la Conferencia (1). En las revisiones de lo dicho en El Cairo, 5 y 10 años más tarde, se ratificaron los acuerdos aunque se dejaron al descubierto los riesgos a los que está enfrentada la agenda contemporánea en materia de salud sexual y reproductiva. En la cumbre del milenio, año 2000, se recogen en dos de sus objetivos aspectos fundamentales para la mejora de la salud reproductiva a nivel global: la reducción de la mortalidad materna y el avance hacia la igualdad entre los géneros junto con el empoderamiento de las mujeres; los indicadores de ambos objetivos “retroceden” (8).

En El Cairo se reconoce la trascendencia que tienen los Derechos Humanos para el nacimiento de los términos salud sexual y salud reproductiva de las personas, así mismo la comisión de Derechos Humanos en el año 2003 ratifica que la salud sexual y la salud reproductiva son elementos esenciales de toda persona al disfrute de más alto nivel posible de salud física y mental (Comisión de Derechos Humanos, preámbulo y párrafo 6).

En el año 1995, del 4 al 15 de septiembre, se celebra la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing, que da paso a la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. En ella se reconocen los derechos reproductivos establecidos con anterioridad en la Conferencia de El Cairo en los mismos términos, no obstante la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer establece en su Plataforma de Acción:

“Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de la integridad de la persona, exigen el respeto y el consentimiento recíproco y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual” (9).

Tal como señala Melzi Tauro, la importancia de ambas Conferencias radica en que los documentos que derivan de ellas son los primeros que relacionan los Derechos Humanos a nivel internacional con la salud reproductiva y sexual y los derechos en esta materia, en conferencias y convenciones internacionales anteriores el lenguaje ambiguo a veces provocaba que esos conceptos estuvieran sujetos a interpretaciones igualmente ambiguas (1).

En el informe de fecha 16 de febrero de 2004, diez años después de la Conferencia de El Cairo, el Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos considera la salud sexual y reproductiva, a la luz de los derechos a la salud que:

- La mayoría de Derechos Humanos tienen una influencia directa en la salud sexual y reproductiva.
- Existen los derechos reproductivos.
- Existe un derecho a alcanzar las máximas cotas de salud sexual y reproductiva.
- La salud sexual y la salud reproductiva son dimensiones de las personas íntimamente relacionadas pero distintas.

Igualmente, el Relator reconoce a los Derechos sexuales como humanos agregando que entre los derechos humanos está la libertad de expresar la orientación sexual, respetando el bienestar de los demás y sin temor a persecuciones, privación de libertad o injerencia de la sociedad (1).

4. DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS

Abordamos de forma específica los derechos sexuales y reproductivos tomando como referencia bibliográfica fundamental la generada por la Federación de Planificación Familiar de España (FPFE), ésta es una organización no gubernamental fundada en 1987 y está formada por Asociaciones de Planificación Familiar de varias Comunidades Autónomas españolas, agrupa a personas y profesionales interesados en el campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. La FPFE a su vez pertenece a la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF), plataforma mundial que agrupa a federaciones de más de 160 países interesados en promocionar la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Bajo este epígrafe vamos a desarrollar los derechos sexuales y reproductivos que la FPFE propone (Tabla 2) (10).

Tabla 2.

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

- 1) Maternidad sin riesgo (derecho a la vida)

 - 2) Derecho a no ser mutiladas genitalmente las mujeres ni a sufrir otro tipo de atentados (derecho a la libertad y a la seguridad de la persona)

 - 3) Derecho a decidir y expresar la orientación sexual sin temor a la discriminación (derecho a la igualdad y no discriminación)

 - 4) Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva (derecho a la atención y a la protección de la salud, derecho a la privacidad)

 - 5) La educación de los niños y niñas (derecho a la información y a la educación)

 - 6) Acceso a métodos anticonceptivos (derecho a decidir tener hijos o hijas y cuando tenerlos)

 - 7) Erradicar los matrimonios forzosos (derecho a optar por contraer matrimonio o no y a formar y planificar una familia)

 - 8) Aborto (derecho a decidir tener o no tener hijos y cuando tenerlos)

 - 9) Acceso a medicamentos (derecho a los beneficios del progreso científico)

 - 10) Violencia de género (derecho a no ser sometido a torturas o maltrato)

 - 11) Participación en la sociedad civil (derecho a la libertad de reunión y a la participación política)
-

4.1. Maternidad sin riesgo (derecho a la vida)

Ninguna mujer debe ser puesta en peligro por causas derivadas del proceso de maternidad, embarazo, parto o puerperio. Sin embargo las estadísticas dicen que cada minuto una mujer muere en el mundo como consecuencia de las complicaciones de uno de los subprocesos de la maternidad biológica. Esto supone que al año mueran más de 600.000 mujeres por causas relacionadas con la maternidad. El 99% de estas muertes ocurren en países en desarrollo. Además de las muertes son muchas las mujeres que sufren procesos de enfermedad o discapacidad crónica. El 75% de estas situaciones podría evitarse si todas las mujeres tuvieran acceso a servicios de salud reproductiva (10).

4.2. Derecho a no ser mutiladas genitalmente las mujeres ni a sufrir otro tipo de atentados (derecho a la libertad y a la seguridad de la persona)

En el mundo occidental y con mayor medida en países asiáticos y africanos las mujeres sufren mutilaciones genitales y otras prácticas amparadas en la fuerza de la tradición y la costumbre, nos referimos también a los asesinatos o agresiones físicas por cuestiones de honra, que suelen estar vinculadas a situaciones en las que entran en juego infidelidades y prácticas sexuales fuera del matrimonio.

En otro orden de cosas, el derecho a la libertad y a la seguridad de la persona se refiere a la libre determinación en cuestiones de procreación y el derecho a ser dueño o dueña del disfrute y control de la propia vida reproductiva y sexual, respetando los derechos de los demás. Este derecho a la libertad incluye el derecho a consentir con conocimiento libre, informado y pleno, cuando se trate de decidir sobre la realización de intervenciones sanitarias. En algunos países está configurado como delito el derecho a la anticoncepción, el aborto y la esterilización voluntaria, considerado como delito, viola los derechos individuales a la libertad y la seguridad de las personas.

4.3. Derecho a decidir y expresar la orientación sexual sin temor a la discriminación (derecho a la igualdad y no discriminación)

Las personas tenemos derecho a la igualdad y a estar libres de cualquier forma de discriminación, incluyendo el ámbito de la vida sexual y reproductiva. Ninguna persona puede ser discriminada en virtud del ejercicio de sus derechos sexuales que muestren sus tendencias y orientaciones sexuales dentro del respeto a los derechos de los demás.

El derecho a la autonomía y libertad en el ejercicio responsable de la sexualidad, el derecho a escoger a la pareja sexual sin discriminación, el derecho a expresar la sexualidad propia sin tener en cuenta la orientación sexual y el derecho al disfrute de una vida sexual satisfactoria independientemente de la reproducción, engloban un conjunto de derechos humanos.

4.4. Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva (derecho a la atención y a la protección de la salud, derecho a la privacidad)

Todas las personas tienen derecho a servicios de atención de salud y prestación de cuidados que engloben los métodos de regulación de la fertilidad, el diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual con especial hincapié en el VIH/SIDA.

Los servicios que contemplan la salud sexual y reproductiva como parte integrante de la atención primaria de salud, deberán ser accesibles financiera como geográficamente. A los usuarios de salud debemos tratarlos con respeto, preservando su intimidad, confidencialidad y confortabilidad.

Un ejemplo, dentro de los muchos existentes en el mundo, de los casi 130 millones de partos anuales, más de 60 millones no reciben la atención adecuada y especializada que requiere este acontecimiento. El 98% ocurre en países no desarrollados (10). Las principales causas de muerte o enfermedad en mujeres en edad fértil están relacionadas con hemorragias durante el parto, no controladas y en zonas rurales concretamente en partos asistidos en los domicilios.

4.5. La educación de los niños (derecho a la información y a la educación)

El derecho a la educación e información incluye el acceso a una información completa, pertinente en tiempo y forma acerca de los beneficios, riesgos y efectividad de los métodos de planificación familiar. Esta información ha de evitar los sesgos por razones de sexo y romper con los estereotipos que a lo largo de la historia han ido formando las diferentes sociedades. El derecho a la educación es uno de los Derechos Humanos fundamentales y de declaración universal desde 1948, pero no es menos cierto que millones de niños, y sobre todo niñas, siguen sin poder ejercer este derecho básico. El acceso a la formación primaria sigue constituyendo hoy en día un reto al igual que conseguir que la educación sexual sea universal. Al contrario de lo que piensan las corrientes más conservadoras, el hecho de que los jóvenes tengan acceso a esta educación no aumenta la promiscuidad de las relaciones sexuales, sino que pone a los jóvenes en disposición de hacer un uso reflexivo e informado de su capacidad sexual y reproductiva.

4.6. Acceso a métodos anticonceptivos (derecho a decidir tener hijos y cuándo tenerlos)

Aunque parece algo superado el completo acceso a los métodos anticonceptivos, una de cada seis mujeres en edad reproductiva no tiene acceso completo y efectivo a los métodos de planificación familiar que le permitan decidir libremente el número de hijos que quiere tener (10).

Es algo incuestionable que la planificación familiar y sus métodos salvan muchas vidas de mujeres y su descendencia, mejorando la calidad de vida de las familias. La correcta utilización de métodos anticonceptivos reduce las tasas de mortalidad materna y mejora la calidad de vida de las mujeres al evitarse los embarazos no deseados y de alto riesgo, reduciendo la casuística de aborto en condiciones no seguras. Los métodos anticonceptivos permiten una planificación en el número de hijos que redundan en una mejora de oportunidades familiares y en un mejor nivel de vida. Los métodos han contribuido de forma notable a la emancipación de las mujeres y al disfrute de una vida más autónoma, libre y sana (10).

Por todo ello el acceso a los métodos anticonceptivos ha de propiciarse de forma gratuita y completa asegurando un buen asesoramiento sobre los mismos de acuerdo a las circunstancias individuales de cada mujer o pareja.

4.7. Erradicar los matrimonios forzados (derecho a optar por contraer matrimonio o no y a formar y planificar una familia)

Todavía en los países en desarrollo hasta el 50% de las mujeres se casan en contra de su voluntad atendiendo a intereses familiares y patriarcales y esto ocurre cuando la mujer no ha alcanzado los 18 años de edad (10). Entre las causas que llevan a estas situaciones están el hecho de garantizarse una cónyuge no infectada con VIH en otras ocasiones imperan motivos económicos y de seguridad hacia la contrayente menor de edad. La realidad es que además de abandonar la formación, estas mujeres jóvenes se exponen a embarazos y partos, que por su edad, resultan de alto riesgo, también son expuestas a los abusos y maltratos familiares y al comercio sexual.

4.8. Aborto (derecho a decidir tener o no tener hijos y cuándo tenerlos)

El derecho a decidir sobre la descendencia y cuando tenerla es un derecho reproductivo básico. La no garantía legal y sanitaria sobre la práctica del aborto lleva a que más de 80.000 mujeres mueran al año por causa de abortos clandestinos y realizados fuera de unas condiciones seguras (10). La disminución de los abortos provocados no clínicos pasa por el desarrollo de una educación sexual en el ámbito escolar, el acceso a la información, a los métodos anticonceptivos y a los servicios de salud públicos. La regulación legal de la interrupción voluntaria del embarazo en condiciones seguras permite evitar riesgos para la salud y la vida de las mujeres, garantizando sus derechos reproductivos.

El aborto ha existido, existe y existirá durante mucho tiempo en tanto no se den las condiciones que garanticen proveer a los miembros de las comunidades de las condiciones vitales que permitan tener descendencia sin temores y con posibilidades reales de desarrollo global (11).

4.9. Acceso a medicamentos (derecho a los beneficios del progreso científico)

El derecho al progreso científico es otro de los derechos humanos fundamentales inscrito en la declaración de 1948. De esto se deriva que toda persona tiene derecho a beneficiarse de los avances de la ciencia que le permitan disponer de métodos modernos, seguros y aceptables para regular la fecundidad y solventar problemas de infertilidad. La realidad en cifras es que un tercio de la población mundial no tiene acceso a medicamentos, métodos y técnicas que le garanticen estos derechos arriba mencionados (10).

Resulta llamativa la paradoja que se produce entre países desarrollados y no desarrollados. Mientras que en los países occidentales se vulneran los derechos en cuanto que existe una alienación y excesiva medicalización del cuerpo de las mujeres (12), en los países no occidentales las mujeres tienen verdaderas carencias y dificultades para acceder a las técnicas y medicamentos que de forma indiscriminada soportan las mujeres de países modernos. Algo parecido ocurre con la nutrición por exceso de los niños de países desarrollados que lleva a problemas de obesidad y que contrasta con la desnutrición que sufren los niños de países no desarrollados.

4.10. Violencia de género (derecho a no ser sometido a torturas o maltrato)

El derecho de todas las personas a ser protegidas frente a la violencia, la explotación sexual y los abusos sexuales, es un derecho fundamental dentro de los llamados derechos sexuales. En España las muertes de mujeres a manos de sus cónyuges son alarmantes y estudios realizados en 35 países revelan que hasta dos cuartas partes de las mujeres han sido agredidas físicamente por sus parejas (10).

La violencia de género es en esencia una violación de los Derechos Humanos y constituye una de las mayores lacras de la sociedad tanto en países desarrollados como en países no desarrollados, sus manifestaciones son la violencia sexual, violencia doméstica, tráfico sexual, mutilación genital de las mujeres y crímenes para restaurar “la honra” entre otros. Cualquiera de estas manifestaciones pone en peligro la vida de las mujeres pudiendo provocar embarazos no deseados, contagios de enfermedades de transmisión sexual, abortos y problemas ginecológicos y sexuales. Por este motivo la violencia de género, sufrida prácticamente en su totalidad por las mujeres, ha de considerarse un problema de salud sexual y reproductiva que debe abordarse desde los servicios de salud entre otros ámbitos.

4.11. Participación en la sociedad civil (derecho a la libertad de reunión y a la participación política)

Las personas en favor de su salud sexual y reproductiva tienen derecho a la libre asociación y reunión para de esta forma promover la salud y el bienestar. Las personas tienen el derecho de tratar de influir en sus gobiernos para que elaboren políticas sanitarias en materia sexual y reproductiva. La colaboración entre los gobiernos y las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) debe ir más allá de la elaboración de programas, tratando de coordinar los mismos y hacer un seguimiento de su implantación y evaluaciones que contrasten la eficacia y rapidez de los objetivos conseguidos de acuerdo a lo establecido en la Conferencia internacional sobre Población y desarrollo de El Cairo.

5. LA ENFERMERÍA OBSTÉTRICO GINECOLÓGICA Y LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Las enfermeras obstétrico-ginecológicas implicadas en los programas de salud sexual y reproductiva tienen una función clave en el trabajo educativo y preventivo en las consultas, escuelas y en la comunidad, además las habilidades de comunicación y negociación sexual son una herramienta importante a tener en cuenta en este campo de trabajo sobre todo cuando trabajamos con población joven (13).

Hemos hecho referencia en apartados anteriores a las definiciones de salud sexual y reproductiva recogidas en las conferencias de El Cairo y posteriormente perfeccionada en Beijing. Sobre estas bases, las enfermeras especialistas en Obstetricia y Ginecología han de proveer cuidados a la población en general y a las mujeres en particular en esta área, si bien, dependiendo del contexto social donde la enfermera especialista trabaje, ésta encontrará que los derechos en materia de salud sexual y reproductiva tienen realidades diametralmente opuestas. Mientras que en los países no desarrollados las mujeres no disfrutaban de recursos materiales y humanos y tienen dificultad de acceso a los servicios de calidad que les garanticen sus derechos, en los países de nuestro entorno las mujeres en algunas áreas, como el de la asistencia al parto, son desposeídas de su capacidad de decisión y en muchos casos se practican cuidados tan agresivos, que rozan la vulneración de los derechos por exceso. Es el caso de prácticas como la administración de oxitocina de forma rutinaria durante el trabajo de parto, la realización de episiotomía de forma indiscriminada en el periodo expulsivo y el uso y abuso de instrumental obstétrico por nombrar algunos ejemplos.

El derecho de las mujeres a decidir de forma libre y responsablemente sobre su salud sexual y reproductiva debe ser garantizado por las enfermeras especialistas que trabajan en esta área. Asegurando que las mujeres tengan acceso a la educación y a la información en temas de métodos anticonceptivos, de interrupción legal y voluntaria del embarazo, de cuidados y servicios que disminuyan la mortalidad y morbilidad materna y las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y VIH/SIDA entre otras cuestiones (5). Debemos velar como enfermeras especialistas para que las mujeres no solamente tengan acceso a los servicios, además debemos procurar que sus opiniones sean tenidas en cuenta a la hora de tomar

decisiones sobre su salud o la de su familia. Todavía hay realidades sociales, unas más lejanas que otras, en las que las mujeres en la mayoría de los casos no tienen capacidad para decidir cuándo quieren quedar embarazadas, cuándo y bajo que condiciones quieren mantener relaciones sexuales e incluso, cuándo quieren asistir a los servicios sanitarios. Los programas de salud sexual y reproductiva de los que forman parte las enfermeras especialistas deben incluir la promoción y la igualdad entre hombres y mujeres, la corresponsabilidad de la pareja en el cuidado mutuo y familiar y estrategias evaluativas más humanas que analicen la dimensión social desde el ejercicio del derecho a la salud en general y de los derechos sexuales y reproductivos en particular contemplando a las personas como seres integrales (14, 15).

RESUMEN

Los Derechos Humanos nacen a partir de la Declaración Universal de 1948. Los debates entre grupos de la academia, intelectuales, políticos y empresarios ingleses y norteamericanos acerca del desarrollo mundial de la población, iniciaron a lo largo del siglo XX una cascada de encuentros y desencuentros en torno a la regulación y control de la reproducción. Pero fueron los grupos de mujeres pertenecientes a los movimientos feministas los que más trabajaron en este sentido a finales de la década de los años 70 y principios de los años 80. Trabajaron en dos vertientes, por un lado se estudiaron más y mejor los procesos de salud y enfermedad de las mujeres y se crearon servicios de salud sexual y reproductiva a la vez que se diseñaban e implementaban programas en esta área que eran desarrollados por instituciones públicas y privadas, por otro lado se daba contenido jurídico a la expresión derechos reproductivos y se divulgaba el sentido filosófico y ético de esta expresión. Las cumbres internacionales de El Cairo y Beijing sobre Población y Desarrollo y Mujeres respectivamente, marcaron a mediados de los años 90 del siglo recientemente pasado, un antes y un después en lo que concierne a los derechos sexuales y reproductivos. Las meditadas y reflexivas definiciones de salud sexual y reproductiva que emergieron en estas Conferencias, ponen a los gobiernos en el compromiso de llevar a cabo políticas, programas y estrategias que eleven la salud de las mujeres y hombres al más alto nivel en la esfera de la reproducción y la sexualidad.

Diez años después de las Conferencias antes citadas, la realidad es muy desigual según hablemos de unos u otros países, todavía queda mucho camino por recorrer para que dejen de morir mujeres por abortos clandestinos en malas condiciones, por falta de recursos sanitarios en la asistencia al parto, por violaciones y maltrato, por contagio de VIH/SIDA, sin olvidar que todavía existen muchas personas que no tienen capacidad para decidir el número de hijos que quiere tener y cuando los quiere tener o simplemente no tienen información o acceso a los recursos que le permiten un control sobre su propia fecundidad. Los derechos sexuales y reproductivos no son una invención nueva, no son más que el resultado de llevar a la práctica de la salud sexual y reproductiva los Derechos Universales Humanos inherentes a todas las personas. Las enfermeras obstétrico-ginecológicas tienen un campo de intervención que siendo de trabajo interdisciplinar, requiere de un compromiso profesional, como es el cuidado de la salud sexual y reproductiva de las personas.

6. REFERENCIAS

1. Melzi F. Los derechos sexuales y reproductivos, derechos humanos de las y los adolescentes. Perú: UNFPA; 2004.
2. Departamento de Información de las Naciones Unidas [página de Internet]; Departamento de Información de las Naciones Unidas; c 2009 [citado 6 Dic 2010]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm>
3. Organización Mundial de la Salud. Manual de Capacitación para administradores y responsables de programas de salud. Trasformando los sistemas de salud: género y derechos en salud reproductiva [monografía en Internet]. Geneva; Departamento de Salud Reproductiva e Investigación Familia y Salud Comunitaria; 2001 [citado 21 Dic 2006]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_RHR_01.29_spa.pdf
4. Barbieri T. Derechos sexuales y reproductivos. Aproximación breve a su historia y contenido. *Mujer Salud*. 1999; 2: 55-63.
5. Jaime P, Montero J, Montero MJ, Waisman V. Sin las mujeres los derechos no son humanos, Cuadernos Salud y derechos sexuales y reproductivos. Las mujeres en los países en desarrollo. Federación de Planificación Familiar en España. 2000; 1: 10-15.
6. Serrano I. La salud, los derechos sexuales y reproductivos en el marco internacional, II ciclo de Formación. Sexualidad y reproducción en distintos contextos culturales. Federación de Planificación Familiar de España. 2003; 1: 47-54.
7. Fondo de Población de Naciones Unidas. Desde El Cairo hasta 2015. El camino del éxito [monografía en Internet]. Nueva York: 2007. [citado 12 Jun 2007]. Disponible en: http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2007/cairo_spa.pdf
8. Mazarrasa L, Gil S. Salud Sexual y Reproductiva. Programa de Formadores/as en Perspectiva de Género en Salud, modulo 8. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo Instituto de Salud Carlos III. Universidad Complutense; 2006.

9. Naciones Unidas. IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing [monografía en Internet]. Nueva York: 1996. [citado 20 Jun 2007]. Disponible en: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>
10. Federación de Planificación Familiar de España [página de Internet]. Madrid: Federación de Planificación Familiar de España; [citado 16 Abr 2007]. Disponible en: <http://fpfe.org>
11. González de Chávez MA. Algunas consideraciones sobre la sexualidad, la prevención de embarazos en la adolescencia y el aborto. En: González de Chávez, MA (comp.). *Subjetividad y ciclos vitales de las mujeres*. Madrid: Siglo veintiuno de España editores, SA; 1999.
12. Montes MJ. Medicalización reproductiva o la alienación del cuerpo. *Enfermería Clínica*. 1999; 5 (9): 206-212.
13. Seguranyes G. Salud y hábitos sexuales en España. *Matronas profesión*. 2004; 16 (5): 4.
14. Antolín L. *Cooperación en salud con perspectiva de género*. Madrid: Federación de Planificación Familiar de España; 1997.
15. Torres MA. Hacia una perspectiva de género en la evaluación de la calidad de atención en los servicios de salud reproductiva. *Enfermería Universitaria*. 2006; 3 (1): 20-24.



La relación asistencial en la atención sanitaria al embarazo y parto: aspectos éticos*

Josefina Goberna Tricas

1. LOS FUNDAMENTOS DE LA RELACIÓN ASISTENCIAL EN EL MARCO DE LA ASISTENCIA SANITARIA

Para que la práctica diaria, en asistencia sanitaria, se desarrolle con normalidad debe producirse una comunicación fluida entre profesional y usuario, es lo que denominamos “relación asistencial”. La relación asistencial debe asentarse en pautas éticas de actuación; es interesante averiguar las bases de esta relación profesional para delimitar, contextualizar y fundamentar los aspectos éticos de la misma.

La relación asistencial entre profesional sanitario y paciente deriva del modelo clásico iniciado en la medicina Hipocrática. La lectura del conjunto de tratados médicos hipocráticos, el denominado *Corpus Hipocraticum* nos conduce hacia un modelo fundamentado en la racionalidad científica. En la Grecia Clásica la Medicina ocupó un lugar fundamental y los filósofos griegos la tuvieron muy en cuenta, de forma que cuando dirigieron su atención hacia leyes, costumbres y ética civil legitimaron la racionalidad como forma de pensamiento dominante. Para Platón y Aristóteles la ética

* Este capítulo está basado en la Tesis Doctoral de la autora: Goberna J. Dones i procreació ètica de les pràctiques sanitàries i la relació asistencial en embaràs i naixement [tesis]. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2009. Disponible en: <http://www.tesisenxarxa.net/TDX-0614110-090718>. Ganadora en 2010 de la XII Edició de los Premios de Investigación en Bioética de la Fundació Victor Grifols i Lucas. Así como en sus obras derivadas.

quedaba incluida dentro de la política (1); por tanto las normas y formas de actuación pública y privada se confundían. Los ciudadanos debían convertir las leyes políticas en pautas de comportamiento propio, constituyendo las costumbres públicas interiorizadas, la base de las virtudes. Los ciudadanos asumían como propias las pautas políticas colectivas; existía por tanto un único código de conducta (2).

En el ámbito sanitario no tenía sentido preocuparse por las creencias y opiniones de los pacientes. La relación asistencial se fundamentaba en un modelo de atención paternalista. El médico ostentaba la autoridad y el paciente debía seguir sus recomendaciones; el enfermo, como tal, tenía disminuidas sus facultades, puesto que la enfermedad le ofuscaba el entendimiento (3), por tanto no tenía sentido escuchar su opinión, ya que si tuviera los conocimientos y mantuviera su mente en óptimas condiciones su parecer coincidiría, necesariamente, con el del profesional.

Esta forma de pensar y actuar en el ámbito asistencial se mantuvo a lo largo de los siglos; con la llegada del cristianismo el código de actuación médica adoptó los preceptos de la moral cristiana, interpretados de acuerdo con el criterio propio del derecho canónico. No fue hasta la llegada del protestantismo, en la Europa del siglo XVI, cuando fruto de la doctrina del libre examen, y de la inexistencia de un poder centralizado y autoritario, surgió cierto pluralismo y se inició la tendencia al respeto de las creencias personales e individuales (2). Con la llegada de la Ilustración se inició en Europa una reformulación de los derechos fundamentales de la persona. La cultura europea, gracias a las aportaciones de Rousseau y Kant ganó conciencia de que la libertad y la autonomía moral constituyen la dignidad más alta e inalienable del ser humano (1).

Fue Kant (1724-1804) quien afirmó que la dignidad de la persona reside en la facultad de la auto aplicación de la ley moral (la autonomía). En la Declaración de los Derechos del Hombre de 1789 se proclamaba que el atributo más genérico y fundamental del ser humano es el principio de autonomía, entendido como la libertad de realizar cualquier conducta, siempre que ésta no perjudique a los demás. Estos cambios políticos y sociales producidos en la Europa Ilustrada se quedaron, sin embargo, en el ámbito público y tardaron dos siglos en llegar al ámbito de las relaciones personales, y por tanto también a la esfera sanitaria y a la relación asistencial. Simon Lorda atribuye este desfase a la falta de sintonía, al diferente ritmo adoptado por las transformaciones en el ámbito público y aquellas otras producidas en

el ámbito privado (4). La vida privada, como la entendemos actualmente, fue una conquista de la Modernidad que impidió que los cambios producidos en el ámbito público penetraran al interior del ámbito doméstico; ello como veremos más adelante, tuvo importantes repercusiones para las mujeres.

La relación sanitaria, de acuerdo con Simón Lorda, se configuró como una típica relación privada, similar a la que tenía lugar en el interior de los domicilios y consecuentemente fuera de las influencias de los renovados aires de autonomía y libertad (4). En el seno de la relación asistencial se reproducían las típicas relaciones patriarcales que el ámbito público había dejado atrás: el médico asumía el papel de padre omnipotente y protector, la enfermera el de la madre sumisa y amorosa, mientras que el paciente quedaba relegado al papel del niño obediente y dependiente.

Fue en Estados Unidos (EEUU) donde, a inicios de siglo XX, los ciudadanos empezaron a demandar que se los tuviera en cuenta como pacientes y ante la falta de respuesta por parte de la clase médica usaron los instrumentos que la sociedad democrática había puesto a su disposición: los tribunales de justicia. La historia del reconocimiento de la autonomía del enfermo se inició en EEUU y adoptó una forma judicial, pero para entender la autonomía del paciente, desde la perspectiva estrictamente ética, hace falta desplazarse a Europa, fue aquí donde las condiciones inhumanas de los experimentos científicos efectuados durante la II Guerra Mundial, concienciaron a la opinión pública y los médicos nazis fueron llevados a juicio. Como consecuencia de estos juicios se acabó proclamando, en 1947, el primer código ético para la investigación: el Código de Núremberg. A pesar de la importancia histórica de la promulgación de este primer código, sus principios fueron interpretados como vinculados a la investigación y relacionados con la II Guerra Mundial, y no penetraron todavía en el interior de las consultas sanitarias.

A finales de 1961, el conocimiento de los devastadores efectos de la talidomina administrada a mujeres embarazadas, que ocasionó el nacimiento de un considerable número de recién nacidos afectados de importantes malformaciones hizo saltar las señales de alarma. Se percibió una necesidad de actualización de los códigos deontológicos y en 1964 se aprobaba la conocida Declaración de Helsinki, titulada *“Recomendaciones para los médicos dedicados a la investigación biomédica”*.

En EEUU también seguía el interés por las cuestiones relacionadas con la ética asistencial, y en 1971 el oncólogo norteamericano Van Rensselaer Potter introdujo el término bioética (2). Dicho término se acuñó para

designar a los problemas éticos planteados por los espectaculares avances acaecidos en el seno de las ciencias biológicas y médicas. La ética se convirtió en una disciplina para los profesionales de la salud, por tanto los problemas vinculados con la toma de decisiones, en el ámbito sanitario, fueron cobrando progresiva importancia. El Congreso de los EEUU creó en 1974 la National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research y dio a esta comisión el mandato de que llevara a cabo una investigación, con el fin de identificar los principios éticos básicos que deberían dirigir la investigación con seres humanos en las ciencias del comportamiento y en la Biomedicina.

En 1978 la Comisión publicó el Informe Belmont. Tras cuatro años de trabajo propuso un método basado en la aceptación de tres principios éticos básicos:

- Respeto por las personas.
- Beneficencia.
- Justicia.

El Informe Belmont fue pensado para la experimentación con seres humanos. Quedaba, por tanto, fuera de su horizonte el campo de la práctica clínica y asistencial. Para atender a las cuestiones éticas de la práctica clínica uno de los miembros de la comisión, Tom L. Beauchamp, junto con James F. Childress redactaron su libro *Principios de ética biomédica* (5). La mayor novedad que presenta el libro es la distinción entre los principios de beneficencia y no-maleficencia. Según el texto los cuatro principios que rigen en la ética biomédica: autonomía, beneficencia, no-maleficencia y justicia, son principios *prima facie*, pero no deberes reales y efectivos, puesto que en caso de entrar en conflicto debe establecerse cuál de ellos prima sobre el otro en cada caso concreto.

La asistencia sanitaria actual implica necesariamente su aplicación práctica mediante un modelo de relación asistencial que tenga en cuenta los cuatro principios bioéticos mencionados, pero el caso que nos ocupa: la atención a embarazo y nacimiento presenta características peculiares, la aplicación efectiva de los principios bioéticos puede precisar una reflexión previa, con el fin de contextualizar la relación asistencial en los procesos de embarazo y nacimiento, teniendo en cuenta sus aspectos propios y diferenciales.

2. LA ASISTENCIA SANITARIA AL PROCESO PROCREATIVO

La asistencia sanitaria al proceso de la maternidad en los países desarrollados se sitúa en un contexto social en el que los buenos resultados obstétricos son considerados la norma. La mortalidad materna e infantil es actualmente muy baja en los países occidentales (6). Problemas obstétricos importantes como la toxemia materna, las hemorragias del posparto o las distocias del parto que comportaban una fuerte mortalidad para madres y niños a finales de siglo XIX, se dejaron atrás durante el siglo XX. Solo la prematuridad continúa siendo un problema de salud materno-infantil en aumento en estos momentos. Este éxito en los resultados perinatales ha comportado un optimismo generalizado en los aspectos relacionados con la asistencia sanitaria a los procesos procreativos.

El uso generalizado de métodos contraceptivos ha permitido que la mayoría de embarazos sean planificados, las familias tienen menos hijos, pero al mismo tiempo se plantea una exigencia social hacia una consecución exitosa de todos los proyectos parentales, pero la asistencia sanitaria y la relación asistencial durante los actos clínicos de seguimiento de embarazo y asistencia al parto, a inicios de siglo XXI, no está desprovista de elementos de debate bioético (7). Los ejes principales que configuran dicho debate los agruparemos en dos pilares fundamentales:

- 1) **La medicalización de la asistencia al nacimiento.** La revolución biomédica del siglo XX supuso la incorporación de nuevos descubrimientos y tecnologías sanitarias. Han sido estas nuevas tecnologías las fuerzas motoras que han conducido hacia un proceso por el que ciertos fenómenos que formaban parte de otros campos, como la educación, la ley, la religión, etc., han sido redefinidos como fenómenos médicos (8). La atención sanitaria, durante embarazo y parto, no ha sido inmune a este proceso de medicalización y tecnificación, de forma que a pesar de tratarse de procesos fisiológicos, se han contemplado como procesos médicos.
- 2) **La simbología de la diada: madre/feto durante el embarazo.** Es decir, La cuestión del género, junto con la consideración médico-sanitaria del feto como paciente. La importancia del género en las cuestiones bioéticas relacionadas con la salud materno infantil constituye un tema capital. Entre profesional sanitario y paciente se establece una rela-

ción asistencial asimétrica, que en la asistencia durante embarazo y parto puede esconder auténticas relaciones de poder, propias de la sociedad patriarcal. Por otra parte, la atención sanitaria durante el proceso de embarazo y parto presenta un elemento diferencial; la presencia del feto que comporta una relación peculiar, en la cual el profesional vela por la salud de la madre, pero tiene así mismo la obligación profesional de vigilar el correcto y armonioso desarrollo fetal. En este sentido, la consideración médica del feto como paciente ha posibilitado la emergencia del debate alrededor de los denominados conflictos materno-fetales y la consiguiente identificación de los límites entre los principios de beneficencia y autonomía.

2.1. La medicalización de la asistencia al nacimiento

Durante el siglo XX se produjo en Occidente una revolución biomédica que, como hemos mencionado, ocasionó una marcada tendencia a la medicalización de la vida. Progresivamente han caído bajo el epígrafe de enfermedades simples síntomas, aspectos estéticos, procesos propios de la vida o probabilidades de padecer determinada enfermedad.

Este proceso de medicalización y tecnificación ha afectado plenamente la atención sanitaria al embarazo y nacimiento. Para algunos, esta institucionalización de la asistencia al nacimiento es signo del cambio tecnológico promovido por el progreso médico: la aplicación de anestesia permite el alivio del dolor, pero a su vez hace necesario un mayor control de la madre y el feto; el dominio de la técnica implica acercarse a los monitores de la frecuencia cardíaca fetal. Un amplio conocimiento de aquello que nos indica el registro cardiotocográfico permite actuar con precisión y competencia. Medicalización y tecnificación han venido de la mano del progreso sanitario, aunque a menudo se han acompañado de alejamiento personal, frialdad y neutralidad en el trato asistencial.

En estos últimos años, algunas voces han asociado la tecnificación de la asistencia al nacimiento con la deshumanización de la atención sanitaria y han reclamado un retorno a una asistencia más respetuosa con la fisiología y consecuentemente menos tecnificada. Se ha considerado que, de esta forma, la atención recobraría un punto de humanización. Evidentemente, optar por una asistencia más o menos tecnificada implica decidir, escoger entre diferentes modelos asistenciales, y ello comporta implicaciones éticas:

- *¿A quién corresponde esta decisión?*
- *¿Qué papel deben jugar los profesionales en esta toma de decisiones?*
- *¿Y las futuras madres?*
- *¿Podemos afirmar que la asistencia obstétrica ha perdido calidad humana a causa de la institucionalización en el interior de centros hospitalarios?*
- *¿Era más humana la atención antes de esta tecnificación de la asistencia?*
- *¿Qué podemos averiguar en la historia de la asistencia obstétrica en relación al papel desempeñado por mujeres y profesionales?*

2.1.1. Indagando en las raíces históricas de la asistencia al nacimiento

Para responder a estas preguntas se ha intentado reconstruir una memoria crítica, encontrar un hilo de Ariadna genealógico que, de forma análoga a como guió a Teseo, en Creta, para salir del laberinto del minotauro, nos informe sobre el papel que madres y profesionales han tenido en este proceso a lo largo de los tiempos. Para ello, se hace necesario efectuar una revisión de las coordenadas históricas, científicas y profesionales, en las que se ha enmarcado la atención a las mujeres durante el proceso de la maternidad; un análisis historiográfico de diferentes autores representativos de la Obstetricia y la Ginecología a lo largo de la historia de Occidente: desde Hipócrates de Cos a la actualidad, pasando por Sorano de Éfeso, Rhazés, Avicena, Averroes, Trótula, Hildegarda de Bingen, Madame Bourgois, la saga de los Chamberlain, François Mauriceau o Adolphe Pinard, entre otros, permite una mirada crítica de los diferentes textos con la finalidad de rastrear las huellas escondidas de las relaciones asistenciales establecidas en los diferentes periodos históricos.

Los inicios de la medicina científica, en el período clásico, nos muestra como su interés se centraba en el estudio de las afecciones femeninas relacionadas con las pérdidas menstruales o el desplazamiento del útero, el conocimiento teórico de las causas de la fecundación y del desarrollo del feto eran también temas profusamente estudiados por la medicina de Hipócrates, sin embargo la asistencia al nacimiento era incumbencia de las matronas. El médico solo intervenía cuando debía desmembrar a un feto muerto para poderlo extraer del útero (9, 10). Desde Cos nos desplazamos hacia Roma, donde la presencia de Sorano, quinientos años más tarde, nos muestra una medicina

menos intervencionista, más centrada en la higiene y la vida equilibrada, en la que demuestra un buen conocimiento del proceso del parto, pero cuya asistencia reconoce incumbencia de la matrona, entre las cualidades que debe poseer la mujer dedicada a este oficio, Sorano reconoce que debe ser letrada y muy lista (11). Tras la caída del Imperio Romano, los saberes clásicos son recopilados por los médicos árabes, entre los que destacan Avicena y Averroes (12), y regresan a occidente gracias a las escuelas de traductores de Salerno y de Toledo.

Una mirada histórica atenta nos muestra las huellas de algunas mujeres que hicieron contribuciones especialmente valiosas en el conocimiento obstétrico: podemos citar Trótula de Ruggiero, de la que desconocemos si fue médica o matrona, quien se cree se dedicó, ardientemente, a la defensa de la salud de las mujeres (13); otra importante dama de la Edad Media fue Hildegarda de Bingen, quien a pesar de vivir toda su vida como religiosa, dedicó parte de su tiempo a la atención sanitaria de las mujeres que acudían a consultar con ella en el Monasterio, así como a escribir importantes libros, algunos de medicina como *Causae et curae* (14).

Hasta la llegada del Renacimiento el conocimiento científico de los clínicos y la sabiduría del mundo de la experiencia, propia de las matronas, discurrían de forma paralela; la atención al nacimiento, cuando se producía de forma fisiológica se inscribía en los cuidados de atención a la vida, y eran las matronas las encargadas de su atención. Los médicos centraban su interés y atención en el conocimiento teórico del proceso procreativo y ejercían su labor profesional junto al enfermo en una lucha contra la enfermedad y la muerte. El aumento del número de médicos, a inicios del Renacimiento, comportó un mayor poder del colectivo que ejerció presión social para ampliar sus funciones; ello comportó un aumento del control sobre el resto de ocupaciones sanitarias que condujo a la persecución y condena, bajo la acusación de brujería, de algunas matronas que murieron en la hoguera a causa de sus conocimientos médicos y obstétricos (15). A pesar de este panorama tan desolador, la asistencia a la mayoría de mujeres, durante el proceso de parto, continuó en manos de las matronas. En el siglo XVI, Mauriceau aconsejaba el decúbito supino como la postura más adecuada para la asistencia al parto (16). Tener a los hijos apoyadas en camas provistas de blancas sábanas y suaves almohadas constituía en aquellos momentos un signo de lujo y bienestar que las mujeres acomodadas acogieron con agrado. El descubrimiento del fórceps obstétrico, por parte de la familia Chamberlain, en este mismo período histórico, propició que el decúbito supino, en la cama, no fuera solo una elección, sino que se convirtió en una necesidad para que el profesional pudiese trabajar.

El año 1601, Louise Bourgeois asistió el parto de la reina María de Médicis, en el nacimiento del que posteriormente sería Luís XIII de Francia (17); se trataba de una matrona instruida en la teoría y en la práctica que cogió la pluma para escribir y publicar diversos tratados de Obstetricia, de reconocida calidad, pero a pesar de parecer que a inicios del siglo XVII las matronas, al menos aquellas que asistían a las mujeres de la alta sociedad, incorporaban los estudios y la formación teórica a sus conocimientos empíricos, lo cierto es que la profesión no adquirió todavía estatus profesional, ni académico.

A lo largo del siglo XVII se produjeron cambios políticos sustanciales que afectaron el imaginario colectivo en relación a la importancia de los hijos. La procreación se convirtió en centro de interés público; las autoridades políticas se preocuparon de la formación de las matronas, pero la tecnificación de la asistencia que se había iniciado con la aplicación del fórceps obstétrico marcó el fin del monopolio de las matronas en la asistencia al nacimiento y la entrada de la profesión médica, iniciándose de esta forma la tecnificación de la asistencia.

Con la llegada del siglo XIX se produjo la unificación de dos profesiones mayoritariamente masculinas: médicos y cirujanos, las matronas se sintieron marginadas; en estos años se produjo en Inglaterra una importante movilización de las matronas que pretendían su reconocimiento como expertas en el arte obstétrico y solicitaron su homologación con los cirujanos; su lucha finalizó con una importante concesión: las mujeres podrían acceder a los estudios de Medicina, pero no se consiguió que la profesión de matrona obtuviera el estatus que tenían los cirujanos (18). La unificación de médicos y cirujanos en una sola profesión, conjuntamente con el descubrimiento de la anestesia, y las mejoras en antisepsia, permitieron un importante avance en Cirugía ginecológica, desde la Ginecología, médicos y cirujanos ampliaron su campo de acción a la asistencia a embarazo y parto; de esta forma nació la Obstetricia como especialidad médica.

El conocimiento de los diferentes grupos sanguíneos y el desarrollo y aplicación, a partir de la década de los años 60 del siglo XX, de la gammaglobulina anti D, permitieron un descenso espectacular de las inmunizaciones fetales. Así mismo, el avance en métodos diagnósticos permitió el diseño de mejores estrategias de tratamiento, en todos los ámbitos de la Medicina: el uso de los rayos X fue fundamental. Aunque se creyó que el uso de los rayos X en el embarazo sería de gran utilidad, pronto se vio que su uso rutinario aumentada la incidencia de cáncer en los niños (19). En la segunda mitad de siglo XX, el descubrimiento de la ecografía supuso

un paso crucial para conocer y estudiar las estructuras orgánicas internas, y fue en el campo de la Obstetricia, gracias a los trabajos del ginecólogo escocés Ian Donald, donde su aplicación se mostró de mayor importancia, permitiendo el nacimiento de una nueva especialidad médica, la denominada Medicina fetal (20).

Después de la Segunda Guerra Mundial, en pleno siglo XX, las autoridades políticas se preocuparon de mejorar los resultados en salud materno infantil; se pusieron en marcha campañas de sensibilización para que las mujeres acudiesen a los controles sanitarios durante el embarazo; al mismo tiempo, recomendaron el parto en los hospitales, donde el enorme progreso médico producido durante el siglo XX permitía una atención segura para la asistencia al parto.

El estudio de los genes y de las enzimas ha sido fundamental en esta revolución biomédica acaecida durante el siglo XX. El modelo de doble hélice del ADN propuesto por James Watson y Francis Crick, explica de forma clara la capacidad extraordinaria del material genético (20). Actualmente, durante el embarazo se ofrece de forma sistemática a todas las embarazadas la posibilidad de someterse a diferentes pruebas de cribado de algunos defectos congénitos, especialmente enfocados a la detección por métodos bioquímicos y ecográficos de la trisomía 21 y a la identificación de algunos defectos congénitos, con manifestaciones estructurales, susceptibles de ser diagnosticados mediante exploración ecográfica.

Fue en este contexto de acelerado progreso biomédico, cuando las mujeres cambiaron el escenario de asistencia al parto; abandonaron el interior del hogar con el fin de acudir a los centros hospitalarios, cuando se iniciaban los síntomas del parto. Ya desde finales de siglo XIX, se había desarrollado un nuevo interés por el conocimiento de lo que sucedía en el interior del útero gestante. El útero y sus contracciones fueron activamente investigados a lo largo de la primera mitad de siglo XX, desarrollándose un fuerte interés por encontrar formas seguras de provocar el parto; se pusieron en marcha estrategias para conseguir la inducción medicalizada del mismo. En 1954, Vincent de Vigneaud aisló la sustancia implicada en el desencadenamiento del parto: la oxitocina. En 1964 Bishop desarrolló una técnica para estudiar la madurez cervical. En 1968 Karim y sus colaboradores introducen un nuevo fármaco capaz de acelerar la maduración cervical: las prostaglandinas (20). El desarrollo de todas estas técnicas comportó que la inducción del parto se fuera convirtiendo en una práctica habitual en la mayoría de centros hospitalarios.

La “dirección activa del trabajo de parto” se consideró un criterio de calidad en la atención al parto. La utilización de fórceps u otros instrumentos de torgura para acelerar el expulsivo pasó a considerarse una práctica rutinaria en esta política de control del tiempo de duración del período de dilatación. Los partos se acortaban con el uso de métodos de inducción o aceleración de las contracciones. El concepto de “dirección activa del trabajo de parto” incluye también un control del feto y de su estado en el interior del útero. El uso continuado de la monitorización electrónica de la frecuencia cardiaca fetal, durante el trabajo de parto, estableció una clasificación de las anomalías del trazado electrocardiográfico.

Las contracciones uterinas inducidas por acción farmacológica son más intensas y dolorosas para la madre; por lo tanto el uso de analgesia o anestesia obstétrica se convirtió en una necesidad. La aparición de nuevos fármacos anestésicos con acción local, que presentaban una acción potente, duradera y poco tóxica, favorecieron la difusión de una nueva forma de anestesia: la epidural. Esta técnica permite disminuir, e incluso suprimir, el dolor materno, pero mantiene la consciencia, puesto que su acción solo afecta a la parte inferior del cuerpo. Así mismo, la mejora de las técnicas anestésicas y la seguridad de la cirugía ocasionaron un aumento considerable del número de cesáreas.

2.1.2. La demanda de cambio en el modelo asistencial

Hemos comprobado cómo la medicalización de la vida, producida durante el siglo XX, ocasionó que embarazo y parto fuesen considerados como situaciones de riesgo y consecuentemente medicalizados y tecnificados. La institucionalización dentro de los centros sanitarios de la asistencia al parto ha comportado un modelo fuertemente intervencionista, que no se ha hecho extensivo a la totalidad de los países; así en el caso de Europa mientras España, Irlanda, Rusia, Republica Checa, Francia o Bélgica han desarrollado modelos de asistencia institucionalizados y fuertemente medicalizados, con una asistencia a manos de médicos especialistas en Obstetricia y Ginecología, otros países como Holanda o los países escandinavos ofrecen un modelo de atención al nacimiento desinstitucionalizado atendido fundamentalmente por matronas. Existe un tercer grupo de países que han optado por un modelo intermedio que plantea un parto institucionalizado, pero con un menor nivel de medicalización, en esta tercera estrategia puede incluirse al Reino Unido y Alemania (21).

En el seno de los contextos de alta medicalización y tecnificación ha aparecido una reacción de una parte de la sociedad que se ha manifestado en contra de un intervencionismo médico-tecnológico que se considera exagerado. Se ha cuestionado la proliferación de procedimientos que no están suficientemente corroborados por la evidencia científica, y además se ha puesto de manifiesto que esta medicalización de aspectos fisiológicos de la vida no diferencia entre partos normales y partos de riesgo. Desde finales del siglo XX, en algunos países de Europa y América del Norte, han aparecido movimientos de mujeres y profesionales en defensa de una asistencia al parto menos intervencionista.

En estos momentos el número de pruebas y tecnologías aplicables durante los procesos de seguimiento y asistencia de embarazo y parto son numerosos y las opciones en los modelos de asistencia aumentan; por tanto el proceso de toma de decisiones informadas se convierte en un aspecto central de la relación asistencial. Optar por someterse, o no, a determinadas pruebas durante el embarazo y decidirse por un modelo de asistencia al parto más o menos tecnificado presenta un grado de complejidad, en el que deben tenerse en cuenta aspectos relacionados con el género o con el papel del feto en el proceso asistencial.

2.2. La cuestión del género y la consideración del feto en la relación asistencial

La maternidad ha definido la feminidad a lo largo de los años. La importancia del género en las cuestiones relacionadas con la salud materno-infantil constituye un tema capital.

Como se ha mencionado, en la Europa de la Ilustración se produjeron una serie de cambios que se iniciaron en la esfera política y social y que al cabo de dos siglos llegarían al ámbito de las relaciones personales, y consecuentemente a la esfera médica y de las relaciones asistenciales. En el contexto político y social de la Modernidad se produjo una separación clara entre el ámbito público y el privado. Esta clara disociación entre público y privado propició que la aceptación y reconocimiento del individuo autónomo se limitara al ámbito público, y consecuentemente este reconocimiento fue negado a las mujeres, a quienes se consideró pertenecían al ámbito privado. La moral y la política moderna se diseñaron dejando fuera a las mujeres (22).

2.2.1. Género y procreación desde la mirada feminista

Fue después de la Segunda Guerra Mundial cuando algunas voces feministas se dedicaron a denunciar el entramado ideológico que, a pesar de reconocer el derecho a voto de las mujeres, las confinaba al ámbito doméstico y les reconocía la maternidad como su única función social; entre estas voces feministas podemos destacar a la norteamericana Betty Friedan y fundamentalmente a la francesa Simone de Beauvoir quien denunció con más fuerza esta situación. En 1949 Simone de Beauvoir publicó su obra *El segundo Sexo*, de capital importancia en el pensamiento feminista, y que en relación al tema de la procreación rompió definitivamente con el ideal maternal asignado a la mujer. De Beauvoir reaccionó en contra de las políticas natalistas francesas afirmando: “*No se nace mujer: se llega a serlo*”. La autora desmitificaba en su obra el embarazo y la maternidad, llegando a definir la gestación en términos de invasión de la identidad y la corporalidad de la madre (23).

El segundo sexo constituyó un rechazo al destino femenino de la maternidad asumido como algo natural e inmutable. La mujer podía optar por la creación intelectual y artística que su destino *natural* le había prohibido, pero *El segundo sexo* cuando anuncia la excelencia del espíritu como algo superior a la experiencia corpórea planteaba un alejamiento del proceso procreativo (24).

Poder optar a métodos anticonceptivos permitió renunciar a la maternidad como destino biológico de la mujer manteniendo activa la sexualidad, se trataba de una reivindicación de libertad, de posibilidad de elección, pero *El segundo Sexo* planteó una segunda cuestión: cuando anunciaba la excelencia del espíritu como algo superior a la experiencia corpórea apostaba por una renuncia a la maternidad (7, 25). Las imágenes descritas en su obra en relación con la mujer gestante en que se la equiparaba a una incubadora propició una visión del feto como parásito que se desarrollaba, en el vientre materno, sin ningún tipo de control por parte de la madre, contribuyendo a la elaboración de la imagen de un feto autónomo. Estas ideas, trasladadas al ámbito médico colaboraron a que en el imaginario sanitario el cuerpo de la madre fuese contemplado como un simple medio para acceder al feto en desarrollo, la madre perdió autoridad y control sobre el proceso de la gestación y consecuentemente también sobre el proceso del parto (26).

Para las herederas del pensamiento de De Beauvoir, de los años setenta del siglo XX, las reivindicaciones se concentraron en una liberación de la mujer del proceso procreativo: la maternidad era vista como un obstáculo

al desarrollo personal de la mujer y para su acceso al mercado laboral. Esta corriente del feminismo, denominada feminismo de la igualdad, desarrolló una desconfianza profunda respecto a la naturaleza encarnada de la mujer, puesto que era esta naturaleza y su destino natural de la maternidad, el factor que había servido de pretexto y justificación para una excusión social de la mujer (7).

Este alejamiento del proceso procreativo, y consecuentemente de su asistencia sanitaria, por parte de los movimientos feministas, permitió que se desarrollara una fuerte medicalización sin que las feministas pusieran objeciones. En este momento se desarrolló una fuerte tecnificación de la asistencia marcada por el interés médico en la búsqueda de nuevos conocimientos y mejora de los resultados, que se configuró sin tener en cuenta las subjetividades o la opinión de las usuarias de los servicios de atención sanitaria. La relegación en un segundo término de las matronas (profesionales encargadas hasta el momento de la atención al parto), y la sub-especialización de la Medicina en: Obstetricia, Ginecología, Neonatología, Pediatría, Medicina fetal, Medicina reproductiva, etc., contribuyeron a una visión segmentada del cuerpo de las mujeres entre los diferentes dominios médicos que favoreció el alejamiento de una visión holística y humanizada del proceso procreativo (25). La atención al embarazo y al parto se configuró bajo el paradigma de una ciencia que debía fundamentarse en la racionalidad y el estricto conocimiento de los fenómenos biológicos, y que dejó de lado el arte de la habilidad en las relaciones interpersonales.

Estas posiciones, expresadas aquí, son forzosamente esquemáticas: el pensamiento feminista no se agota en esta corriente brevemente enunciada, pero esta visión pueden aportar cierta luz en las cuestiones relacionadas con la maternidad y los aspectos relacionados con la corporalidad que la procreación implica, y que mantienen una peculiar expresión en los países tecnológicamente desarrollados. Si cuando se trata la procreación humana se produce una separación infranqueable entre cuerpo y cultura, y si se produce una adscripción del embarazo y el parto únicamente al ámbito de la corporalidad, que escapa al control de la propia mujer; entonces, desde la perspectiva sanitaria se tienen en cuenta únicamente los aspectos vinculados a la biología, ignorando toda su implicación intelectual y social; el cuerpo de la madre es visto exclusivamente como el lugar de desarrollo del embrión. Aunque a las mujeres se les reconozca la propiedad de su cuerpo, no se les reconoce la propiedad de su cuerpo embarazado, ya que la importancia social

del acontecimiento desplaza la propia identidad de la madre a favor del feto (27, 28). Por ello, a continuación indagaremos a cerca del papel del feto en la relación asistencial, durante embarazo y parto.

2.2.2. El feto en la relación asistencial. Los límites entre beneficencia y autonomía

En la asistencia sanitaria al embarazo y parto el personal sanitario confronta su deber de atención hacia la madre frente al deber de procurar el bienestar fetal. Generalmente las recomendaciones sanitarias son bien aceptadas por parte de la mujer gestante, pero en algunas ocasiones las opiniones de las mujeres no coinciden con dichas recomendaciones. En estos casos, *¿la obligación del profesional debe ser el respeto al principio de autonomía de la mujer o deben promover aquel comportamiento que procure el mejor bienestar fetal?*

El denominado conflicto materno-fetal aparece cuando *“los intereses de la mujer embarazada (definidos desde la perspectiva de la propia mujer), entran en conflicto con los intereses del feto (definidos desde la perspectiva de los profesionales sanitarios)”* (29). El profesional percibe que se presenta un conflicto entre el principio de beneficencia y el principio de autonomía. En este punto resulta conveniente realizar un repaso de la definición de estos principios bioéticos en Obstetricia, donde la presencia del feto convierte la relación dual profesional “sanitario-paciente” en una tríada “profesional sanitario-paciente-feto”.

2.2.3. Los principios de beneficencia y autonomía en el seno de la relación sanitaria, en atención al embarazo y parto

El principio de beneficencia es definido por Beauchamp y Childress como *“una obligación de ayudar a los demás a promover sus intereses importantes y legítimos”* (5). Pero los intereses del paciente, en nuestro caso de la madre gestante, pueden definirse desde dos perspectivas distintas: la del profesional y la del paciente. El profesional, gracias a los conocimientos científicos y la experiencia clínica, está capacitado para identificar las estrategias clínicas que con mayor probabilidad darán respuesta a los intereses relacionados con la salud. El profesional toma posición en cuanto que agente social que presta atención sanitaria. Por lo tanto, una buena praxis y una interpretación del principio de beneficencia deben llevarle a posicionarse a favor de aquellas prácticas que cuenten con el soporte de la mejor evidencia científica.

Sin embargo, la perspectiva del profesional sanitario sobre los intereses de la paciente no es la única perspectiva legítima. La perspectiva de la mujer embarazada sobre sus intereses es, como mínimo, tan respetable como la de los profesionales sanitarios. Cada mujer desarrolla a lo largo de su vida una serie de valores y creencias de acuerdo con los cuales formará sus propios juicios en relación a aquello que favorece o no sus propios intereses. Una mujer que llega a la edad de la maternidad ha tomado ya decisiones importantes sobre temas complejos: ha escogido una profesión, ha firmado contratos hipotecarios, ha decidido tener un hijo; en algún caso puede incluso haberse sometido a alguna intervención quirúrgica de cirugía estética o incluso puede haber firmado un testamento. En todos los casos se trata de decisiones complejas en las que cada mujer, y la propia sociedad (mediante el reconocimiento legal de sus derechos) considera que es competente para tomarlas (7, 26).

Es importante tener en cuenta que estas decisiones de los pacientes, en nuestro caso de las mujeres, son afrontadas desde valores y creencias que pueden estar alejados del ámbito de los intereses relacionados con la salud; pueden basarse en la importancia de mantener una cierta imagen corporal, en la idea simbólica de la maternidad, o apoyarse en convicciones sociales o religiosas. La mujer se ha formado una perspectiva de aquello que configura sus intereses; el significado ético de esta perspectiva es reconocido por el principio bioético de autonomía (7).

Según este principio toda persona adulta, en una situación normal, es autónoma y libre de conducir su vida como crea más conveniente y las leyes se lo reconocen como un derecho fundamental porque constituye el núcleo de la entidad moral de la persona. *“Autonomía significa capacidad de autogobierno e incluye la comprensión, el razonamiento, la reflexión y la elección independiente”* (5).

El principio de autonomía obliga al profesional sanitario a respetar los valores y creencias del paciente, a respetar su propia perspectiva sobre sus intereses y a utilizar únicamente las estrategias clínicas autorizadas por parte de la paciente como resultado de un proceso de consentimiento informado. Antes de efectuar cualquier intervención preventiva, diagnóstica y terapéutica debe haberse obtenido el consentimiento previo, libre e informado de la persona basado en la información previa adecuada (30-32).

Como hemos explicado, existen obligaciones profesionales basadas en la beneficencia y basadas también en la autonomía de la paciente. La perspectiva de la mejor práctica obstétrica disponible constituye la base de las obligaciones profesionales, desde el punto de vista de la beneficencia, hacia la mujer

embarazada. La propia perspectiva de la mujer embarazada, sobre sus propios intereses, proporciona la base de las obligaciones del profesional relacionadas con el principio de autonomía.

Un razonamiento fuertemente debatido en la literatura biomédica es la determinación del estatuto moral del feto. Se ha defendido el otorgamiento de estatuto moral al feto desde el momento de la concepción, de la implantación, desde algún momento de desarrollo del sistema nervioso central, desde la percepción de los movimientos fetales o desde el nacimiento. No existe consenso al respecto a pesar del gran número de publicaciones teológicas y filosóficas. Nuestro ordenamiento jurídico reconoce en el artículo 29 del Código Civil que el nacimiento determina la personalidad, así mismo la Sentencia del Tribunal Constitucional 53/1985, de 11 de abril de 1985, que dio respuesta al recurso de inconstitucionalidad presentado en contra de la ley de despenalización del aborto, reconoce, en el punto 7, que al *nasciturus* no le corresponde la titularidad del derecho a la vida, pero en todo caso, la vida del *nasciturus* constituye un bien jurídico constitucionalmente protegido por el artículo 15 de la Constitución española. En este trabajo no se pretende profundizar en el tema, tan debatido, de la interrupción voluntaria del embarazo, sino que se pretende determinar el papel que para los profesionales sanitarios debe tener el feto durante las consultas de seguimiento de embarazo o durante la atención al parto, en un embarazo voluntariamente aceptado por la mujer embarazada.

Vivimos en una sociedad aconfesional, pero en la moral secular general existen limitaciones a aquello que se les puede hacer a los fetos. Si una madre decide seguir adelante con su embarazo existe una creencia generalizada en que debe mantener una actitud y comportamiento razonable, que no perjudique a la futura persona en que se convertirá aquel feto.

Los niños son concebidos por razones diversas, pueden ser planeados, pero difícilmente lo son pensando en ellos, puesto que aún no los conocemos; el fundamento de la procreación suele justificarse en el deseo de convertirse en padres, por amor, para cumplir con el mandato biológico, para conseguir en los hijos aspiraciones que los padres han visto frustradas; otras veces los hijos no son específicamente planificados, sino que son fruto del hábito, la pasión o el accidente. La vida, por lo tanto, puede ser considerada un regalo para el recién nacido. A lo largo de la infancia todos los niños corren riesgos asociados a los estilos de vida de los padres, que no son cuestionados socialmente; desconocemos si los hijos compartirán los puntos de vista de los padres cuando alcancen la madurez, pero se asume que estas elecciones son correctas porque

responden a una particular interpretación de la vida buena por parte de cada pareja, y esta decisión no es necesariamente compartida por toda la sociedad. Estas decisiones forman parte del ámbito privado de las personas (7).

Sin embargo, cuando los padres actúan de forma malevolente infringiendo daños importantes, de forma que los perjuicios superen claramente a los beneficios, los poderes públicos están legítimamente justificados para intervenir y retirar la custodia de los hijos. Ello puede aplicarse también en el caso del embarazo, distinguiendo claramente las situaciones en que las mujeres embarazadas pueden actuar de forma irresponsable, de aquellas otras maleficientes. Engelhardt desde una perspectiva liberal secular, reconoce *“dos situaciones en las cuales se puede considerar legítimo que el estado restrinja la libertad de una mujer gestante con el fin de proteger al feto, que todavía se encuentra en el interior del útero:*

a) Que esta actuación sea maleficiente.

b) Que el estado previsto para la futura persona sea tan desventajoso que se pueda presuponer que el niño no quería vivir en estas condiciones” (33).

Este argumento justifica el poder coactivo sobre algunas mujeres embarazadas cuando, en determinadas circunstancias, pueden ser obligadas a someterse a una intervención cesárea, en contra de su propia voluntad. Sin embargo, ello no anula el derecho *prima facie* que tiene toda mujer, incluso si está embarazada, de tomar sus propias decisiones y no ser molestada cuando busca su propia visión del bien, y estas circunstancias de intromisión de los poderes públicos deben ser verdaderamente excepcionales.

Cuando una mujer gestante acude ante el personal sanitario para que estos atiendan su embarazo y/o parto, espera obtener una atención de calidad que la ayude a finalizar con éxito su proyecto procreativo. Por lo tanto, la relación asistencial y los compromisos que ésta comporta se establecen entre el profesional y la mujer gestante. Podemos suponer que la mayoría de mujeres gestantes, y también sus parejas, desean un embarazo y parto sin complicaciones y con buenos resultados de salud tanto para la madre como para el hijo. Por lo tanto, esperan que los profesionales sanitarios velen por la salud de la madre y también por el correcto desarrollo del feto.

De las anteriores argumentaciones podemos concluir que no existen obligaciones, por parte de los profesionales sanitarios, relacionadas con el principio de autonomía del feto. Evidentemente ello no significa que el profesional no tenga en cuenta la salud del feto; el profesional tiene

obligaciones profesionales hacia el feto, basadas en el principio de beneficencia; estas obligaciones derivan de la naturaleza jurídica de bien protegido del *nasciturus* y muy especialmente de la propia relación asistencial y del compromiso profesional que se establece a partir de la atención sanitaria a embarazo y parto.

3. LA INFORMACIÓN Y LA TOMA DE DECISIONES EN EL ÁMBITO DE LA ASISTENCIA AL NACIMIENTO

En la mayoría de situaciones asistenciales existe una recomendación clínica sobre cuál es el mejor curso de acción y además suele producirse una sinergia entre esta recomendación, basada en el principio de beneficencia, y el consentimiento de las mujeres embarazadas, basado en el principio de autonomía. En estos casos los puntos de vista de profesionales y usuarias coinciden y no se produce ningún tipo de problemática en la toma de decisiones.

Chevernak y McCollough distinguen dos grupos de intervenciones médicas en el campo de la asistencia obstétrica. En primer lugar aquellas que presentan un beneficio claro, y sobre las cuales, consideran, que el profesional tiene una clara obligación de recomendarlas a la paciente, incluso intentando una persuasión respetuosa. Pero en cualquier actuación médica puede aparecer conflicto entre los juicios basados en la beneficencia y aquellos basados en la autonomía del paciente. Como que los principios bioéticos son considerados *prima facie*, las controversias suscitadas para determinar la primacía de uno u otro principio deben equilibrarse y negociarse para cada uno de los casos específicos. La persona puede negar su autorización a una práctica fundamentada en la mejor evidencia disponible. En este caso es necesario realizar de forma cuidadosa un rechazo informado. La obligación ética y legal relacionada con el rechazo informado incluye que el profesional debe informar a la usuaria de forma directa, no hostil, ni desagradable, de los riesgos médicos que corre cuando declina una intervención diagnóstica o terapéutica formulada de acuerdo con un juicio clínico basado en el beneficio. La buena práctica ética recomienda que esta revelación se acompañe de una recomendación para que la usuaria reconsidere su opinión. El profesional puede volverla a citar, siempre con el máximo respeto hacia sus decisiones, al cabo de unos días, con el objetivo de mantener las líneas de comunicación abiertas y manifestar una muestra sólida de preocupación hacia la paciente, incluso en caso de discrepancia.

Un segundo grupo de intervenciones obstétricas lo constituyen aquellas que el beneficio de las mismas no puede determinarse desde el punto de vista médico, puesto que existen diferentes alternativas válidas: un ejemplo podríamos encontrarlo en la elección entre dos métodos de alivio del dolor en el parto; en este caso el profesional debe presentar y ofrecer todas las alternativas disponibles y la decisión debe basarse exclusivamente en la autonomía del paciente (de acuerdo a sus valores y preferencias) (34).

Pero queda todavía pendiente un tercer supuesto: en obstetricia se producen, en ocasiones, demandas que no están justificadas desde la perspectiva basada en el beneficio clínico; en este caso, Chevernak y McCollough recomiendan que no deben ofrecerse dichas pruebas o tratamientos, si no presentan un beneficio claro; pero, en el caso que las usuarias las demanden, el profesional debe explicarlas con claridad, sin recomendarlas (34). En caso de persistencia por parte de la paciente, el profesional debe consultarlo a otros colegas o al comité de ética asistencial de su centro. En estos casos, sin embargo, debe valorarse si estas prácticas pueden presentar algún perjuicio para la salud, o si sencillamente no presentan beneficio desde la perspectiva clínica, pero tampoco son esperables perjuicios especialmente remarcables. En estos casos, la contextualización de las situaciones, el diálogo y la relación de confianza cobran una especial significación. En estos supuestos podríamos encontrar la solicitud de ecografías no indicadas o la demanda de una cesárea a demanda.

Por ello, en el proceso de atención sanitaria a la maternidad la toma de decisiones se convierte en un elemento fundamental, por lo tanto el proceso de toma de decisiones/elecciones informadas es un elemento clave en el proceso de relación asistencial a la maternidad.

3.1. La toma de decisiones informadas

Hemos explorado el equilibrio entre el principio de beneficencia y autonomía en la relación asistencial a la maternidad y hemos identificado la importancia de la toma de decisiones informadas que deberán expresarse mediante un correcto consentimiento informado: los componentes analíticos del consentimiento informado pueden agruparse, de acuerdo con Beuachamp y Childress en dos momentos fundamentales: el informativo y el de consentimiento (5).

El componente informativo consiste en exponer la información pertinente, la cual debe ser verdadera, adecuada y basada en conocimientos científicos y técnicos que el profesional debe explicar al paciente; esta información además debe ser correctamente comprendida para que el paciente pueda formular su consentimiento o rechazo a la actuación propuesta. Interviene, por lo tanto, un elemento intermedio entre la información y la decisión: la comprensión. La transmisión de una información suficiente y comprensible es básica para que la mujer pueda adoptar una decisión fundamentada en sus propios valores, pero dada la complejidad que presenta, como hemos explicado, la Medicina obstétrica, este punto no se encuentra desprovisto de dificultades.

3.2. Aportaciones del feminismo a la ética: Carol Gilligan y Seyla Benhabib

En el campo de la ética, la publicación en 1982 de la monografía de Carol Gilligan *"In a different voice"* aportó a la teoría moral tradicional aquello que se vino a llamar la experiencia moral de las mujeres. La teoría de Gilligan enfatiza la importancia de ciertos elementos presentes en las relaciones interpersonales como la compasión, la piedad, la fidelidad, el discernimiento contextualizado o el amor; todos estos elementos los conceptualiza Gilligan en el concepto general del *cuidado*. El término cuidado se refiere a la preocupación por el compromiso y el deseo de actuar en beneficio de las personas con las que se establece relación y sobre las que se tiene en cuenta la responsabilidad de las consecuencias de nuestras acciones. Uno de los aspectos más interesantes y atractivos de las tesis de Gilligan es su idea de la responsabilidad que *"se equipara con la necesidad de respuesta que surge del reconocimiento de que otros cuentan con nosotros y que nosotros estamos en situación de ayudar"* (35).

Otra autora fundamental, que aporta una cierta luz a estas discusiones en torno a los postulados de Carol Gilligan es Seyla Benhabib, quien se centra en la teoría de Gilligan, y se pregunta: *¿Puede aportar algo el feminismo a la filosofía moral?* Benhabib reconoce a Gilligan el mérito de hacer evidente la distinción entre ética de la justicia y los derechos y ética del cuidado y la responsabilidad. Para Benhabib, la teoría de Gilligan permite demostrar que la contextualidad, la narratividad y la especificidad del juicio moral no constituye un signo de debilidad ni de deficiencia en el desarrollo moral, sino que el respeto de las necesidades del otro y la colaboración y reciprocidad para satisfacerlas se convierten en sustrato de crecimiento y desarrollo moral (36).

El individuo *autónomo* de la modernidad se construyó de forma desarraigada y descontextualizado; el establecimiento de un sistema público de derechos constituyó la forma de arbitrar el conflicto en la sociedad pública pero la mujer quedó definida en base a aquello que los hombres no eran. La identidad femenina se construyó en base a déficits: de autonomía, de independencia, etc. Las mujeres fueron relegadas al ámbito de la naturaleza y al interior del hogar. La esfera pública se convirtió en la esfera de la justicia, mientras que la esfera privada constituyó el dominio del cuidado convirtiéndose en una esfera íntima, estática y atemporal.

Ante esta dicotomía, Seyla Benhabib describe dos concepciones de las relaciones entre el *self* y el *otro*. Benhabib denomina a la primera el punto de vista del *otro generalizado* y a la segunda el punto de vista del *otro concreto*.

3.3. La incorporación del “otro concreto” y “el cuidado” en la asistencia al nacimiento

En estos momentos, como se ha mencionado anteriormente, existe interés en la recuperación de una atención más humanizada en la asistencia sanitaria a la maternidad, que convierta a la mujer en la verdadera protagonista de este proceso; pero este interés en el retorno a una asistencia más próxima y centrada en la mujer, se traduce, en muchas ocasiones, en un simple rechazo a cualquier tecnificación de la asistencia, convirtiendo tecnificación en sinónimo de atención opresiva y despersonalizada; y equiparando una atención respetuosa con la fisiología en sinónimo de humanización de la relación asistencial y en respeto por la autonomía de la mujer.

Efectivamente, la maternidad se ha convertido en la actualidad en una opción para las mujeres. La maternidad ya no constituye aquella vocación universal y opresiva que denunciara Simone de Beauvoir, cuando reclamaba una emancipación de las *servilidades* biológicas para que la mujer pudiera convertirse en un ser por sí misma. La responsabilidad de las mujeres en el tema de la procreación es especialmente gravosa por la implicación biológica de la misma, es por lo tanto a las mujeres (a todas ellas) a quienes corresponde un papel decisivo en el análisis de las tecnologías y en la toma de decisiones y elecciones informadas, dentro de un modelo de relación asistencial centrado en el paciente, que privilegie el diálogo y la interacción entre profesional y usuaria.

La humanización de la asistencia y la concesión de protagonismo a la usuaria implica necesariamente una atención que privilegie los principios bioéticos de justicia, beneficencia, no maleficencia y autonomía; además si consideramos que embarazo y parto cuando se desarrollan sin complicaciones pertenecen al ámbito de la fisiología, entonces el principio bioético de la autonomía se convierte en central en los modelos asistenciales; ya que la mujer como usuaria del sistema no puede convertirse en protagonista, si no se le reconoce la capacidad de tomar sus propias decisiones y elecciones informadas; pero esta autonomía no puede definirse en base a un modelo ideal desarraigado y desencarnado, sino desde una perspectiva situacional en la que se reconozca la especificidad de cada situación. Cada mujer y cada embarazo deben ser reconocidos en su individualidad. Cada mujer es un “otro concreto”, que debe ser respetada desde su propia singularidad.

En el seno de la relación asistencia el respeto a la autonomía del paciente, en nuestro caso de la mujer embarazada, requiere una actuación y un modelo de relación asistencial que permita un diálogo y deliberación para que las mujeres puedan formarse una actitud crítica frente a sus propios valores y preferencias, por lo tanto el proceso de reflexión constituye un momento esencial para poder desarrollar la autonomía. El objetivo final de la interacción profesional/paciente se centra en ayudar a la mujer a determinar y elegir de entre todos los valores relacionados con la salud, y que pueden desarrollarse en el seno de un acto clínico, aquellos que son mejores, para tomar decisiones saludables y coherentes. Esta deliberación debe diferenciar entre el tipo de práctica que se propone (de acuerdo al nivel de evidencia científica disponible) y debe además individualizar a cada mujer y a cada embarazo en su propia singularidad contextual, además debe discurrir en el marco de un diálogo abierto en el que el profesional no puede llegar más allá de una persuasión respetuosa en la que resulta imprescindible evitar cualquier tipo de coacción.

La argumentación desarrollada hasta aquí, pretende poner de manifiesto que una atención más respetuosa con la fisiología de los procesos de embarazo y parto, y por tanto menos tecnificada, no garantizará, sin más, una atención más humanizada que respete y tenga en cuenta la capacidad de autonomía y de toma de decisiones de la mujer gestante, si no se tiene en cuenta el respeto al principio de autonomía desarrollado en el seno de una relación asistencial que privilegie el diálogo y que tenga en cuenta la singularidad y contextualice cada una de las maternidades potenciando el ejercicio del derecho a la realización de elecciones informadas por parte de todas las mujeres durante el proceso procreativo.

RESUMEN

El nacimiento de los hijos constituye un momento central, en la vida de las mujeres, caracterizado por una especial vulnerabilidad, en el que se precisa de cuidados y atenciones. Este trabajo pretende una reflexión sobre los principios éticos que caracterizan la relación asistencial entre profesional y usuaria teniendo en cuenta las peculiaridades de la relación asistencial en el proceso procreativo.

En primer lugar se presenta una reflexión en torno a la medicalización de la vida producida durante el siglo XX que ha permitido que embarazo y nacimiento se contemplaran como procesos médicos. Se pretende una revisión de las coordenadas históricas, científicas y profesionales en las que se ha enmarcado la asistencia a las mujeres durante el proceso de la maternidad; para poner de manifiesto que la atención al nacimiento, cuando se producía de forma fisiológica se inscribía en los cuidados de atención a la vida. La tecnificación de la asistencia se inició en el siglo XVIII, pero fue durante el siglo XX cuando tuvo lugar una auténtica revolución biomédica que propició una medicalización de muchos aspectos de la vida, entre ellos el nacimiento

En segundo lugar se pretende indagar en la cuestión del género y la simbología social de la maternidad, desde una perspectiva feminista; sin olvidar la característica especial de la relación asistencial en embarazo y parto donde la díada tradicional profesional/usuario es substituida por la triada: profesional/embarazada/feto. En estos momentos el número de pruebas y tecnologías aplicables durante los procesos de atención a embarazo y parto aumentan; por tanto el proceso de toma de decisiones informadas por parte de la mujer gestante es fundamental. Optar por un modelo u otro de asistencia al parto presenta un grado de complejidad que debe tenerse en cuenta en el seno de la relación asistencial.

Son numerosas las voces que reclaman una asistencia más respetuosa con la fisiología durante la asistencia al nacimiento para de esta forma recobrar el punto de humanización que la tecnificación de la asistencia ha dejado atrás. La argumentación desarrollada pretende poner de manifiesto que una atención más respetuosa con la fisiología de los procesos, no garantizará, sin más, una atención más humanizada, si no se tiene en cuenta el equilibrio entre los principios de beneficencia y autonomía en el seno de una relación asistencial que privilegie el diálogo y el respeto al derecho de las mujeres a su autonomía, entendiendo ésta desde la singularidad, contextualización y acompañamiento de cada uno de los embarazos y partos.

4. REFERENCIAS

1. Valls R. *Ética para la bioética y a ratos para la política*; Barcelona: Gedisa; 2003.
2. Gracia D. *Procedimientos de decisión en ética clínica*; Madrid: Triacastela; 2007.
3. Boladeras M. *Bioética*; Madrid: Síntesis; 1989.
4. Simon P. *El consentimiento informado. Historia, teoría y práctica*, Madrid: Triacastela; 2000.
5. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*, 6ª ed. New York: Oxford University Press; 2009.
6. Instituto Nacional de estadística (página de Internet). *Indicadores Demográficos. Datos europeos. Natalidad y fecundidad. Edad media del primer hijo por países y periodo*. Madrid: Instituto Nacional de estadística; c2011 [citado 7 feb 2011]. Disponible en: <http://www.ine.es/inebase/cgi/axi>.
7. Goberna J. *Mujeres y procreación: el respeto a la autonomía en la relación asistencial*. En: Boladeras M. *¿Qué dignidad? Filosofía, Derecho y Práctica sanitaria*. Capellades: Proteus; 2010.
8. Marquez S, Meneu R. *La medicalización de la vida y sus protagonistas. Gestión Clínica y Sanitaria*. 2003; 5(2):47-53.
9. Hipócrates. *Tratados hipocráticos IV. Tratados ginecológicos: sobre las enfermedades de las mujeres, sobre las mujeres estériles, sobre las enfermedades de las vírgenes, sobre la superfecundación, sobre la excisión del feto, sobre la naturaleza de la mujer*. Madrid: Gredos; 1988.
10. Hipócrates. *Tratados Hipocráticos VIII: Sobre la generación*. Madrid: Gredos; 2003.
11. Sorano de Éfeso. *Soranus'gynecology*. Baltimore: The Johns Hopkins Press; cop, 1956.
12. González R. *Rhazes y Avicena en la Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense*. Madrid: Editorial de la Universidad Complutense; 1984.

13. Green M. En busca de una “Auténtica” medicina de mujeres: Los extraños destinos de Trota de Salerno e Hildegada de Bingen. En: Cabré M, Ortiz T. Sanadoras, matronas y médicas en Europa, Siglos XII a XX. Barcelona: Icaria; 2001. p. 27-54.
14. Lorenzo J. Hildegarda de Bingen (1098-1179). Madrid: Ediciones del Orto; 1996.
15. Ehrenreich B, English D. Brujas, comadronas y enfermeras, historia de las sanadoras. 3ª ed. Barcelona: La sal; 1988.
16. Mauriceau F. Traité des maladies des femmes grosses, et de celles qui sont accouchées; Tome premier. 7ª ed. Paris: Compagnie des Libraires; 1740.
17. Bourgeois L. Observations diverses sur la stérilité, perte de fruits, fécondite, accouchements et maladies des femmes et enfants nouveau-nés suivi de Instructions à ma fille. Paris: Côté-femmes éditions; cop. 1992.
18. Ortiz T. Protomedicato y matronas. Una relación al servicio de la cirugía. *Dynamis*. 1996; 16: 109-120.
19. Oakley A. *The Captured Womb. A history of the Medical Care of Pregnant Women*. Oxford: Basil Blackwell; 1984.
20. O’Down MJ, Philipp EE. *Historia de la ginecología y obstetrícia*. Barcelona: Edika Med; 1994.
21. Observatorio de Salud de la Mujer y del Sistema Nacional de Salud. *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
22. Guerra MJ. *Teoría feminista contemporánea. Una aproximación desde la ética*. Madrid: Editorial Complutense; 2001.
23. De Beauvoir S. *El Segundo sexo*. Barcelona: De Bolsillo; 2007.
24. Collin F. *Diferencia y diferenciado: La cuestión de las mujeres en filosofía*. En: Duby G, Parrot M. *Historia de las Mujeres. Siglo XX*. Madrid: Taurus; 1993. p. 291-321.
25. Goberna J. *Toma de decisiones en atención sanitaria a la maternidad: la voz de las mujeres*. Congreso internacional: “La toma de decisiones en el ámbito bioético”. Universidad de Barcelona. 8 y 9 de noviembre de 2010.

26. Goberna J. Dones i procreació ètica de les pràctiques sanitàries i la relació assistencial en embaràs i naixement. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2009.
27. Lozano M. La construcción del imaginario de la maternidad en occidente. [tesis doctoral]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2001.
28. Posada L. De discursos estéticos, sustituciones categoriales y otras operaciones simbólicas. En: Amoros C. Feminismo y Filosofía. Madrid: Síntesis; 2000. p. 231-254.
29. Sozos J, Fasouliotis MD, Joseph G, Schenker MD. Maternal-fetal conflict. *European Journal of obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2000; 89: 101-107.
30. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; 2005.
31. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE núm. 102, de 29 de abril.
32. Ley 41/2002, 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274, de 15 de noviembre.
33. Engelhardt HT. Los fundamentos de la bioética. Barcelona: Paidós; 1995.
34. Chevernak FA, McCullough LB. Ética médica. En: Danforth, Tratado de Obstetricia y Ginecología. 9ª ed. Punta de Santa Fe: McGraw-Hill Interamerican; 2005. p. 1097-1113.
35. Gilligan C. La Moral y La Teoría. Psicología del desarrollo femenino. México: Fondo de Cultura Económica; 1985.
36. Benhabib S. El otro generalizado y el otro concreto: La controversia Kohlberg-Gilligan y la teoría feminista. En: Benhabib S, Cornella D. Teoría Feminista y teoría Crítica. Ensayos sobre la política de género en las sociedades de capitalismo tardío. Valencia: Edicions Alfons el magnànim; 1990.

ANEXO

LEGISLACIÓN RELACIONADA CON LA ENFERMERÍA OBSTÉTRICO-GINECOLÓGICA*

Norma suprema del ordenamiento jurídico español

- Constitución Española. BOE núm. 311.1, de 29 de diciembre de 1978.

Leyes Orgánicas

- Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal. BOE núm. 166, de 12 de julio.
- Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. BOE núm. 55, de 4 de marzo.

Leyes

- Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales. BOE núm. 40, de 15 de febrero.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE núm. 102, de 29 de abril.
- Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre técnicas de reproducción asistida. BOE núm. 282, de 24 de noviembre. (Derogada)
- Ley 42/1988, de 28 de diciembre, de donación y utilización de embriones y fetos humanos o de sus células, tejidos u órganos. BOE núm. 314, de 31 de diciembre.

* Pulsando sobre cada normativa el lector podrá acceder a la dirección web del correspondiente documento publicado en el Portal del Boletín Oficial del Estado.

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274, de 15 de noviembre.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE núm. 280, de 22 de noviembre.
- Ley 45/2003, de 21 de diciembre, por la que se modifica la Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre técnicas de reproducción asistida. BOE núm. 280, de 22 de diciembre. (Derogada)
- Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida. BOE núm. 126, de 27 de mayo.

Reales Decretos

- Real Decreto 1856/1978, de 29 de junio, por el que se aprueban los Estatutos de la Organización Colegial de A.T.S. BOE núm. 188, de 8 de agosto. (Derogado)
- Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de Enfermero especialista. BOE núm. 183, de 1 de agosto. (Derogado)
- Real Decreto 306/1993, de 26 de febrero, por el que se modifica la denominación y se da nueva redacción a diversos artículos de los Estatutos de la Organización Colegial de Ayudantes Técnicos Sanitarios, aprobados por el Real Decreto 1856/1978, de 29 de junio. BOE núm. 66, de 18 de marzo.
- Real Decreto 412/1996, de 1 de marzo, por el que se establecen los protocolos obligatorios de estudios de los donantes y usuarios relacionados con las técnicas de reproducción humana asistida y se regula la creación y organización del Registro Nacional de Donantes de Gametos y Preembriones con fines de reproducción humana. BOE núm. 72, de 23 de marzo.
- Real Decreto 413/1996, de 1 de marzo, por el que se establecen los requisitos técnicos y funcionales precisos para la autorización y homologación de los centros y servicios sanitarios relacionados con las técnicas de reproducción humana asistida. BOE núm. 72, de 23 de marzo.

- Real Decreto 415/1997, de 21 de marzo, por el que se crea la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida. BOE núm. 70, de 22 de marzo.
- Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería. BOE núm. 269, de 9 de noviembre.
- Real Decreto 120/2003, de 31 de enero, por el que se regulan los requisitos para la realización de experiencias controladas con fines reproductivos, de fecundación de ovocitos o tejido ovárico previamente congelados, relacionados con las técnicas de reproducción humana asistida. BOE núm. 40, de 15 de febrero.
- Real Decreto 176/2004, de 30 de enero, por el que se aprueba el Estatuto del Centro Nacional de Trasplantes y Medicina Regenerativa. BOE núm. 27, de 31 de enero.
- Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. BOE núm. 108, de 6 de mayo.

Órdenes

- Orden de 25 de marzo de 1996 por la que se establecen las normas de funcionamiento del Registro Nacional de Donantes de Gametos y Preembriones. BOE núm. 106, de 2 de mayo.
- Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). BOE núm. 129, de 28 de mayo.

Jurisprudencia Constitucional

- STC 219/1989, de 21 de diciembre. BOE de 11 de enero de 1990.
- STC 53/1985, de 11 de abril. BOE de 18 de mayo de 1985.
- STC 161/1987, de 27 de octubre. BOE de 12 de noviembre de 1987.

ÍNDICE ALFABÉTICO DE MATERIAS

ÍNDICE ALFABÉTICO

A

Alienación 87, 94
Asistencia 26, 29, 43, 51,
52, 78, 79, 89, 93, 95,
98, 99, 100, 101, 102,
103, 104, 105, 106,
108, 109, 113, 116,
117, 118, 119
– sanitaria 52, 78,
79, 95, 98, 99,
108, 109, 116
Atención 13, 14, 19, 20,
43, 51, 52, 57, 58, 59,
65, 77, 80, 83, 85, 94,
95, 96, 98, 99, 100, 101,
102, 104, 105, 108, 109,
111, 112, 113, 114, 116,
117, 118, 119, 121
– integral 51
– primaria 13, 85
Autonomía 27, 42, 47, 59,
66, 73, 84, 96, 97, 98,
100, 109, 110, 112, 113,
114, 116, 117, 119,
120, 122, 124
Autónomo
62, 106, 107, 116

B

Beneficencia 42, 66,
98, 100, 109, 110,
113, 114, 117, 119
Bienestar 39, 58, 80,
82, 88, 102, 109
Bioética 10, 20, 35, 49,
94, 97, 120, 122

C

Coerción 81
Comprensión 110, 115
Conducta 54, 61, 96
Confidencialidad
42, 59, 60, 85
Consejo genético
(*Genetic
counselling*) 42
Consenso 111
Consentimiento 44, 45,
47, 59, 66, 67, 71,
78, 81, 110, 113,
114, 115, 120
– informado 59, 66, 67,
71, 110, 114, 120

ÍNDICE ALFABÉTICO

Convicciones 52, 73, 110
Costumbre 53, 84
Creencia 111
Cuidados 14, 19, 20, 51,
52, 60, 85, 89, 102, 118

D

Delito 44, 84
Deontología 53, 54, 56, 72
Derecho 10, 14, 20, 35, 38, 39,
41, 44, 46, 47, 54, 55, 57, 58,
59, 61, 62, 63, 64, 66, 67, 68,
71, 72, 73, 75, 76, 77, 78, 79,
80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87,
88, 89, 90, 93, 96, 107, 110,
111, 112, 115, 116, 117, 119,
120, 122, 124
– subjetivo 61
Documentación 66, 73, 122, 124
– clínica 66, 73, 122, 124
Dolor 100, 105, 114
DUDDHH (Declaración
Universal de Derechos
Humanos) 75, 77

E

Educación 43, 52, 56, 57, 78,
83, 85, 87, 89, 99, 122
Embrión 33, 35, 36, 37, 38,
39, 43, 45, 49, 61, 108
Empoderamiento 81
Enfermedad 29, 42, 51, 58,
79, 85, 90, 96, 100, 102
– de transmisión sexual
(ETS) 28, 81, 85, 88, 89

Entorno 52, 89
Episiotomía 89
Estado 27, 41, 51,
54, 58, 76, 78,
80, 105, 112
Esterilidad 26, 27, 31,
35, 38, 41, 48, 49
Ética 10, 11, 19, 26, 35,
36, 37, 38, 40, 41, 49,
53, 54, 55, 56, 58, 60,
63, 66, 68, 72, 79, 90,
95, 97, 98, 110, 113,
114, 115, 120, 121, 122
– de la justicia 115
– del cuidado 115
Evaluación 60, 94

F

Falta 93, 96, 97
Fecundación in vitro
31, 39, 40, 41, 48
Fecundidad 42, 77,
80, 87, 93, 120
Federación
– de Planificación
Familiar de España
(FPFE) 82, 93, 94
– Internacional de Planificación
Familiar (IPPF: *International
Planned Parenthood
Federation*) 80, 82

G

Gestión 14
Guía 56, 58

ÍNDICE ALFABÉTICO

I

IA (Inseminación artificial)
28, 30, 31, 34,
35, 38, 39, 48
Información 36, 41, 42, 45, 46,
47, 57, 60, 66, 68, 71, 73,
78, 79, 80, 83, 85, 87, 89,
93, 110, 113, 115, 122, 124
Infertilidad 26, 27, 28,
29, 31, 48, 87
Intimidación 57, 59, 85
Investigación 14, 44, 46,
56, 57, 59, 60, 61, 77,
78, 93, 94, 97, 98

J

Juicio 41, 57, 97, 113, 115
Jurisprudencia 63, 65, 125
Justicia 64, 75, 97,
98, 116, 117

L

Legalidad 62
Legislación 19, 49,
64, 66, 71, 72
Lex artis 62
Ley 44, 45, 46, 47, 48, 49,
52, 54, 55, 56, 59, 61, 62,
63, 64, 65, 66, 67, 68, 71,
72, 73, 95, 96, 99, 110,
111, 122, 123, 124
Libertad 42, 47, 61, 63, 64,
72, 73, 75, 76, 79, 80, 82,
83, 84, 88, 96, 97, 107, 112

M

Maleficencia 98
Manipulación 29, 39, 44, 49
Medicalización 87, 94, 99, 100,
105, 106, 108, 118, 120
Modelo 52, 95, 96, 98, 104,
105, 106, 116, 117, 119
Muerte 44, 85, 102

N

Natalidad 78, 80, 120
No maleficencia 66, 117
Norma 99, 123
Normativa 39, 45,
54, 55, 67, 77

O

Objeción de conciencia
46, 60, 61, 62, 63,
64, 65, 71, 72, 73
Obligaciones 39, 53,
54, 55, 56, 66, 68,
73, 100, 109, 110,
112, 113, 122, 124
Ordenamiento jurídico
55, 61, 111, 123
Organización 45, 53,
54, 55, 72, 75, 80, 82,
93, 122, 124, 125
– de Naciones Unidas
(ONU) 75
– de la Sociedad Civil
(OSC) 88
Oxitocina 89, 104

ÍNDICE ALFABÉTICO

P

Paciente 47, 65, 66, 67,
68, 71, 73, 95, 96, 97,
99, 109, 110, 113, 114,
115, 116, 117, 122, 124
Paternalismo 66
Personal sanitario
61, 62, 63, 64,
65, 79, 109, 112
Persuasión 113, 117
Píldora del día después
(*After day pill*) 43
Práctica clínica 98
Preembrión 45
Prevención
14, 45, 48, 51, 94
Procreática 25, 29, 48
Promoción
14, 51, 56, 81, 90
– de la salud 14, 51
Protección del
embrión 37, 38
Protocolo
44, 45, 58, 124

R

Recursos 58, 60,
77, 89, 93
Representación 67, 71
Responsabilidad 20, 45,
51, 59, 60, 68, 72,
81, 115, 116
Riesgo 67, 71, 83,
86, 105, 106
Roles 13

S

Salud 10, 11, 13, 14, 19, 20,
25, 26, 30, 44, 46, 47, 49,
52, 54, 56, 57, 58, 59, 63,
64, 65, 66, 67, 68, 71, 73,
75, 76, 77, 78, 79, 80, 81,
82, 83, 85, 87, 88, 89, 90,
93, 94, 98, 99, 102, 104,
106, 109, 110, 112, 114,
117, 121, 123
– mental 79
Seguridad 63, 83, 84, 86, 105
SIDA (Síndrome de
Inmunodeficiencia
Adquirida) 85, 89, 93

T

Tratamiento 29, 31, 45, 48,
62, 65, 66, 68, 85, 103
Tribunal Supremo 63

U

Unión 26, 35, 36
Usuario 66, 72, 95, 119

V

Valor 13, 35, 36, 39, 40,
41, 43, 46, 53, 56, 60,
110, 114, 115, 117
VIH (Virus de Inmunodeficiencia
Humana) 29, 85, 86, 89, 93
Voluntad 46, 63, 81, 86, 112

