



UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE FILOSOFÍA

**"Calidad de vida vs. Santidad de vida:
problemas éticos en torno al neonato."**

D. Miguel Jiménez Ruiz

2015

Emilio Martínez Navarro, Doctor en Filosofía y Profesor Titular del Departamento de Filosofía de la Universidad de Murcia

CERTIFICA:

Que el presente trabajo de investigación titulado: “Calidad de vida vs. santidad de vida: problemas éticos en torno al neonato”, presentado por el licenciado en Filosofía Miguel Jiménez Ruiz, ha sido realizado en la Universidad de Murcia bajo mi dirección y cumple las condiciones exigidas para ser presentado y defendido como Tesis Doctoral.

Murcia, 20 de julio de 2015

Doctor Emilio Martínez Navarro
Director de la Tesis Doctoral

AGRADECIMIENTOS

Al término de este trabajo, quisiera agradecer vivamente a quienes, con su apoyo y comprensión, me ayudaron a lograr este resultado, especialmente van mis agradecimientos:

- * A mi familia, a la que he sustraído tantas horas de convivencia. Gracias por soportarme y apoyarme en esta difícil andadura para llevar a cabo este empeño.
- * A Emilio, mi Director, por tomarse tan en serio su trabajo, como gran profesional y referente de la Ética que es.
- * A Brenda Almond, que me introdujo en el fascinante mundo de la Ética Aplicada.

DEDICATORIA:

A Manuela, que ilumina mis días y da sentido a mi vida.

«Vivir no es sólo existir,
sino existir y crear,
saber gozar y sufrir
y no dormir sin soñar.
Descansar, es empezar a morir.»

Gregorio Marañón (1887-1960) Médico y escritor español.

ÍNDICE

ÍNDICE	5
RESUMEN:.....	11
PALABRAS CLAVE:.....	11
ABSTRACT:.....	12
KEYWORDS:.....	12
0.INTRODUCCIÓN	13
0.1. Justificación de la investigación.....	13
0.2. Motivos.....	14
0.3. Hipótesis y objetivos.....	15
0.3.1. Hipótesis.....	15
0.3.2. Objetivo general.....	15
0.3.3. Objetivos específicos.....	15
0.4. Estructura del contenido de esta tesis.....	17
0.5. Metodología.....	20
I. RECORRIDO HISTÓRICO - GEOGRÁFICO DEL INFANTICIDIO	25
I.1. Aproximación histórica.....	26
I.2. Aproximación etnográfica.....	54
I.3. Aproximación Nomotética.....	66
II. SER HUMANO Y PERSONA. SOBRE LA VIDA Y LA MUERTE	87
II.1. Los distintos conceptos interpretativos del término ‘persona’.....	87
II.1.1. Persona en sentido biológico o fisiológico.....	89
II.1.2. Persona en sentido sociológico.....	89
II.1.3. Persona en sentido psicológico.....	93
II.1.4. Persona en sentido jurídico.....	95
II.1.5. Persona en sentido metafísico.....	96
II.1.6. Persona en sentido fenomenológico y ontológico.....	101
II.1.6.1. Del sujeto trascendental a la persona.....	103
II.1.6.2. La fenomenología en Max Scheler.....	106
II.1.6.3. La cuestión de “ser persona” en Martin Heidegger y la comparación con Scheler y Husserl.....	108
II.1.7. Persona en sentido religioso y “persona eclesial”.....	108
II.1.8. Persona en sentido antropológico.....	114
II.1.8.1. La cuestión de la naturaleza humana.....	116
II.1.8.1.1. Tesis naturalistas o monismo antropológico (Spencer, Nietzsche, Marx, Engels).....	116
II.1.8.1.2. Tesis esencialistas o dualistas.....	117
II.1.8.1.3. Tesis hermenéuticas.....	118
II.1.9. Persona en sentido ético o moral.....	119
II.1.10. Conclusión.....	123
II.2. Génesis, desarrollo gradual y fin de la vida humana.....	125
II.2.1 Etapas de la reproducción humana.....	125
II.2.1.1. Gametos-fecundación-cigoto.....	125
II.2.1.2. Cigoto-mórula-blastocito-anidación.....	126
II.2.1.3. Anidación-feto.....	126
II.2.1.3.1. Embrión.....	126
II.2.1.3.2. Feto.....	127
II.2.2. Definición técnica de muerte.....	127
II.2.2.1 Diferencia entre muerte cerebral, estado de coma y otros estados similares.....	131
II.3. Estatuto legal y moral de la persona desde el momento de la concepción hasta después de su nacimiento. Feticidio, aborto e infanticidio.....	137
II.3.1. Estatuto Legal del neonato.....	137
II.3.1.1. Estatuto legal del feto. El aborto en España.....	140
II.3.1.2. Legislación sobre el aborto en otros países.....	144
II.3.1.2.1. En Europa.....	145
II.3.1.2.2. En los países anglosajones.....	151
II.3.1.2.3. En América Latina.....	154

II.3.1.2.4. Conclusión.....	157
II.3.2. Estatuto legal del neonato.....	159
II.3.2.1. Eutanasia y sus diversas formas.....	159
II.3.2.2. Infanticidio y eutanasia precoz.....	162
II.3.2.2.1. Legislación sobre infanticidio y eutanasia precoz en España.....	163
II.3.2.2.2. Legislación sobre infanticidio y eutanasia precoz en otros países europeos.....	165
II.3.2.2.3. Legislación sobre infanticidio y eutanasia precoz en los países anglosajones.....	181
II.3.2.2.4. Legislación sobre infanticidio y eutanasia precoz en América Latina.....	184
II.3.2.3. Conclusión.....	189
II.3.3. Estatuto moral.....	190
II.3.3.1. Dos formas de entender la ética según el deber o las consecuencias de las acciones.....	192
II.3.3.1.1. Éticas deontológicas.....	193
II.3.3.1.1.1. La teoría del Mandato Divino.....	193
II.3.3.1.1.2. Principio de no agresión, de no coacción o no invasión.....	197
II.3.3.1.1.3. Otras éticas deontológicas.....	200
II.3.3.1.1.3.1. La ética de Adela Cortina.....	200
II.3.3.1.1.3.2. La ética de Juan Carlos Siurana.....	204
II.3.3.1.1.3.3. La ética de Diego Gracia.....	205
II.3.3.1.2. Éticas teleológicas.....	208
II.3.3.1.2.1. Utilitarismo.....	210
II.3.3.1.2.1.1. Objeciones al Utilitarismo.....	211
II.3.3.1.2.1.1.1. Incoherencia.....	211
II.3.3.1.2.1.1.2. Justificación.....	215
II.3.3.1.2.1.1.3. Intuición.....	215
II.3.3.1.2.1.2. Argumentos contra las objeciones al utilitarismo.....	216
II.3.3.1.2.1.3. R.M. Hare y el Utilitarismo de dos niveles.....	217
II.3.3.1.2.1.4. Críticas al utilitarismo de dos niveles.....	219
II.3.3.1.3. Conclusión.....	220
II.3.3.2. La Bioética desde sus diferentes fundamentos éticos.....	222
II.3.3.2.1. Bioética contractualista.....	225
II.3.3.2.2. Bioética personalista con fundamentación metafísica – ontológica.....	226
II.3.3.2.3. Bioética del cuidado.....	227
II.3.3.2.3.1. Moral para médicos.....	230
II.3.3.2.4. Bioética casuística.....	232
II.3.3.2.5. Bioética narrativa.....	240
II.3.3.2.6. Conclusión.....	243
II.3.3.3. Principios, teorías, doctrinas y argumentos utilizados en el debate ético en torno a la eutanasia precoz.....	243
II.3.3.3.1. Principio o doctrina de Calidad de la Vida Humana (P.C.V.H.).....	243
II.3.3.3.1.1. Calidad e igualdad de oportunidades frente a la vida. El deseo de los padres de tener un hijo con “calidad de vida”.....	245
II.3.3.3.2. Principio de la Santidad o Sacralidad de la Vida Humana (P.S.V.H.).....	246
II.3.3.3.2.1. El ocaso del P.S.V.H.....	253
II.3.3.3.2.2. Contra la ética cristiana, Tooley y Preston.....	264
II.3.3.3.2.2.1. La complicada relación entre cristianismo y ética.....	268
II.3.3.3.3. Autonomía, Principio de Autonomía y el Principio de respeto por la autonomía.....	270
II.3.3.3.4. Argumento del mejor interés.....	279
II.3.3.3.5. Doctrina de los actos y omisiones.....	281
II.3.3.3.6. Argumento de la pendiente resbaladiza.....	283
II.3.3.3.6.1. Formulaciones de la pendiente resbaladiza.....	285
II.3.3.3.6.2. La falacia del argumento de la pendiente resbaladiza.....	288
II.3.3.3.7. Argumento del doble efecto y del mal menor.....	290
II.3.3.3.8. El argumento de la potencialidad.....	295
II.3.3.3.9. El argumento de la personalidad moral.....	299
II.3.3.3.10. El argumento de la dignidad de la vida humana.....	303
II.3.3.3.11. El argumento de la reemplazabilidad.....	305
II.3.3.3.11.1. Peter Singer y Jonathan Glover.....	307
II.3.3.3.11.2. Michael Tooley.....	309

II.3.3.3.11.3. Uniacke y McCloskey.....	311
II.3.3.3.11.4. Brenda Almond.....	312
II.3.3.3.11.5. Una revisión actualizada del tema de la reemplazabilidad por Dominic Wilkinson.....	313
II.3.3.3.11.5.1. El problema de la no-identidad y el argumento a favor del reemplazamiento.....	316
II.3.3.3.11.5.2. Objeciones contra el reemplazamiento.....	320
II.3.3.3.11.5.2.1. La discapacidad no está tan mal.....	320
II.3.3.3.11.5.2.2. El estatuto moral del niño.....	321
II.3.3.3.11.5.2.3. Conclusiones absurdas y consecuencias inaceptables.....	322
II.3.3.3.11.5.3. Argumento de razón insustancial contra el reemplazamiento.....	322
II.3.3.3.11.5.4. Hare y los intereses del próximo hijo en la cola.....	327
II.3.3.3.11.5.5. Contra el argumento de razón insustancial.....	330
II.3.3.3.11.5.6. Separar el reemplazamiento de la decisión de concebir o no concebir.....	333
II.3.3.3.11.5.7. Conclusión de Dominic Wilkinson acerca de la cuestión de la reemplazabilidad.....	337
II.3.3.3.12. Conclusión.....	339
II.3.3.4. Debate ético en torno a la eutanasia de recién nacidos con discapacidad.....	343
II.3.3.4.1. Consideraciones previas.....	345
II.3.3.4.1.1. Algunos aspectos sobre el infanticidio.....	347
II.3.3.4.1.2. Breves consideraciones sobre la eutanasia.....	349
II.3.3.4.1.2.1. El caso de Ramón Sampredo Camean.....	350
II.3.3.4.1.2.2. El caso de Brittany Maynard.....	352
II.3.3.4.1.3. Despenalización del aborto y viabilidad del feto.....	354
II.3.3.4.1.4. Investigación con fetos.....	355
II.3.3.4.1.5. Investigación con neonatos.....	356
II.3.3.4.1.6. Investigación con células madre.....	358
II.3.3.4.1.6.1. Controversia en la investigación con células madre.....	359
II.3.3.4.1.6.2. Transferencia nuclear de células somáticas.....	360
II.3.3.4.1.6.3. Clonación de células madre embrionarias.....	361
II.3.3.4.1.6.3.1. Conclusión sobre la clonación de células madre embrionarias.....	365
II.3.3.4.2. La discusión ético-filosófica sobre cuándo un ser humano adquiere el estatuto moral de persona.....	366
II.3.3.4.2.1. Michael Tooley y su postura frente al derecho a la vida de los neonatos.....	368
II.3.3.4.2.1.1. Tres argumentos para demostrar que los recién nacidos no son personas.....	369
II.3.3.4.2.1.2. Acabar con la vida de un neonato puede ser religiosamente incorrecto pero no moralmente incorrecto.....	370
II.3.3.4.2.1.3. Argumentos contra el pensamiento de que hay que preservar la vida humana desde el momento de la concepción.....	373
II.3.3.4.2.1.4. Las interrelaciones personales como derecho a la vida.....	384
II.3.3.4.2.1.5. El deseo de vivir como derecho prima-facie a la vida.....	384
II.3.3.4.2.2. ¿Es inmoral acabar con la vida de los seres humanos?.....	385
II.3.3.4.2.2.1. El homicidio desde una perspectiva utilitarista.....	385
II.3.3.4.2.2.2. Objeciones al homicidio (Jonathan Glover).....	386
II.3.3.4.2.2.2.1. Objeciones directas.....	386
II.3.3.4.2.2.2.2. Objeciones intrínsecas.....	387
II.3.3.4.2.2.3. ¿Por qué es inmoral matar seres humanos adultos potenciales? La posición de Don Marquis.....	388
II.3.3.4.2.3. El estatuto moral del 'pre-embrión'. Argumentos y contra-argumentos.....	391
II.3.3.4.2.3.1. Objeciones de a. holland contra quienes consideran que los embriones carecen de las características propias de los seres humanos.....	391
II.3.3.4.2.3.2. Holland contra Williams. ¿La vida humana comienza con la concepción?.....	392
II.3.3.4.2.3.3. Argumento de A. McLaren y B. Williams: una vida humana no es un ser humano desde el momento de la concepción. Dos presunciones.....	394
II.3.3.4.2.3.4. El argumento de Michael Lockwood: un ser humano comienza a existir cuando se forma su cerebro.....	395
II.3.3.4.2.3.5. Cuatro casos contra la posición concepcionista.....	396
II.3.3.4.2.3.5.1. Primer caso: gemelos.....	396
II.3.3.4.2.3.5.2. Segundo caso: bifurcación cerebral.....	397
II.3.3.4.2.3.5.3. Tercer caso: bisección y reproducción asexual.....	398
II.3.3.4.2.3.5.4. Cuarto caso: experimentación con embriones en la primera etapa de su gestación.....	400

II.3.3.4.2.4. El estatuto moral del ser humano: ¿existe vida humana desde el momento de la concepción? P. Singer y H. Kuhse.	403
II.3.3.4.2.4.1. Argumentos contra los que creen que hay que conferir un estatuto especial a la unión de un espermatozoide con un óvulo.	404
II.3.3.4.2.4.1.1. Primer argumento: No existe una vida humana desde el momento de la concepción.	404
II.3.3.4.2.4.1.2. Segundo argumento: la potencialidad.	405
II.3.3.4.2.4.1.3. Tercer argumento: La unicidad.	406
II.3.3.4.2.4.1.4. Cuarto argumento: identidad y continuidad numérica.	407
II.3.3.4.2.4.2. Conclusiones de Singer y Kuhse respecto al estatuto moral del ser humano y de otras especies.	410
II.3.3.4.2.5. Giubilini y Minerva: aborto postparto: ¿por qué debería vivir el bebé?	412
II.3.3.4.2.5.1. Réplicas al artículo de Giubilini y Minerva.	417
II.3.3.4.2.5.1.1. Respuesta del Dr. Nicolás Jouve de la Barreda.	417
II.3.3.4.2.5.1.2. Respuesta del Dr. Trevor Stammers.	418
II.3.3.4.2.5.1.3. Defensa del Dr. Julian Savulescu.	420
II.3.3.4.2.5.2. Amenazas y coacciones contra los que opinan diferente.	421
II.3.3.4.2.6. ¿Qué es la eugenesia?	423
II.3.3.4.2.6.1. Seres humanos aptos y no aptos.	424
II.3.3.4.2.6.2. La eugenesia en nuestros días.	430
II.3.3.4.2.6.2.1. Los peligros de la eugenesia y de la “Nueva Genética”.	436
II.3.3.4.2.6.3. Conclusión sobre eugenesia.	437
II.3.3.4.2.7. Pruebas prenatales, diagnóstico prenatal y aborto selectivo: ¿una nueva forma de eugenesia?	439
II.3.3.4.2.7.1. La cuestión india (Louhiala, 2004).	441
II.3.3.4.2.7.1.1. Argumentos contra la selección prenatal del sexo.	442
II.3.3.4.2.7.2. Tres aproximaciones al problema de las pruebas prenatales: Beenson, Singer y Wilkinson.	443
II.3.3.4.2.7.2.1. Posición de Diane Beeson.	443
II.3.3.4.2.7.2.2. Posición de Peter Singer.	449
II.3.3.4.2.7.2.3. Posición de Dominic Wilkinson (La máquina Carmentis).	458
II.3.3.4.2.7.4. Conclusión sobre el dilema ético en torno a las pruebas prenatales.	463
II.3.3.4.2.8. Infanticidio por discriminación sexual: feminicidio y aborto selectivo.	465
II.3.3.4.2.8.1. Consecuencias del feminicidio.	473
II.3.3.4.2.8.2. Niños huérfanos.	475
II.3.3.4.3. Conclusión.	476
III. LOS COMITÉS.	487
III.1. Los diversos tipos de comités.	487
III.1.1. La clasificación de F. Abel.	487
III.1.2. La clasificación de J.J. Ferrer.	488
III.2. Los comités éticos de investigación clínica (C.E.I.C.) o comités de ética de investigación (C.E.I).	490
III.2.1. Recorrido histórico.	490
III.2.1.1. Estados Unidos.	490
III.2.1.2. Reino Unido.	492
III.2.1.3. Unión Europea.	492
III.2.1.4. España.	493
III.2.1.4.1. La Asociación Nacional de Comités de Ética de la Investigación (ANCEI).	498
III.3. Los comités institucionales de ética (CIE), comités asistenciales de ética (CAE) o comités de ética asistencial (CEA).	500
III.3.1. Recorrido histórico.	501
III.3.2. Composición y características de los CAEs.	502
III.3.3. Funciones de los comités.	502
III.4. Los comités nacionales (C.N.).	503
III.4.1. Recorrido histórico.	504
III.4.2. Distinción entre Comités Nacionales e Instancias Nacionales de Ética.	505
III.4.3. Sobre la necesidad de los C.N.	506
III.5. Los comités supranacionales o internacionales.	507
III.5.1. El Consejo de Europa.	508
III.5.2. La Unión Europea.	509
III.5.3. La UNESCO.	510
I.5.3.1. El Comité Intergubernamental.	512

III. 6. Los comités de bioética (C.B.)	513
III.6.1. Clasificación de los Comités de Bioética en cuanto a su forma y funciones:	515
III.6.2. Características fundamentales de los Comités de Bioética:	516
III.6.2.1. Deliberación Colectiva.	516
III.6.2.2. Resolución de conflictos éticos.	516
III.6.2.2.1. Aproximación dilemática.	517
III.6.2.2.2. Aproximación problemática.	517
III.6.2.3. Interdisciplinariedad.	518
III.6.3. Tipología metodológica en los Comités de Bioética	519
III.6.3.1. Método deductivo: el principialismo.	519
III.6.3.2. Método inductivo: El casuismo	520
III.6.3.3. Método deliberativo o dialógico.	521
III.6.3.4. Metodología en el análisis de casos (A. Cortina).	521
III.6.4. Comités de Bioética nacionales.	525
III.6.4.1. El Comité de Bioética de España.	525
III.6.5. La ética de los comités de bioética.	526
III.6.6. Conclusiones y recomendaciones.	527
IV. PROPUESTA DE PROTOCOLO DE ACTUACIÓN. GUÍA PRÁCTICA CLÍNICA PARA PROFESIONALES EN NEONATOLOGÍA.	531
IV.1. Guías, protocolos y recomendaciones neonatales en España.	533
IV.2. Guías, protocolos y recomendaciones neonatales en el extranjero.	533
IV.3. Elaboración de protocolos clínicos.	534
IV.3.1. Características.	534
IV.3.2. Pasos a seguir.	535
IV.3.2.1. Elegir el problema a protocolizar.	535
IV.3.2.2. Definir el grupo de trabajo que va a elaborar el protocolo.	536
IV.3.2.3. Identificar y evaluar la evidencia.	536
IV.3.2.4. Traducir las evidencias en protocolos.	536
IV.3.2.5. Revisión y actualización del protocolo.	537
IV.4. Conclusiones.	537
IV.5. Recomendaciones.	537
V. CONCLUSIONES.	551
V.I. Conclusión final	561
VI. BIBLIOGRAFÍA.	565
VI.1. Bibliografía general.	565
VI.2. Páginas web consultadas.	579
VI.3. Webs de grupos, sociedades y organizaciones nacionales e internacionales con interés en el área fetal y neonatal.	580
VI.4. Otras webs de interés para Neonatología.	581
VI.5. Páginas webs y blogs de grupos y asociaciones pro-life:	581
VI.6. Bibliografía complementaria recomendada:	583
VII. ANEXOS	585
VII.1. ANEXO I: Novísima Recopilación de las Leyes de España.	587
VII.2. ANEXO II. Sobre diagnóstico prenatal.	595

Resumen:

Esta tesis doctoral trata de abarcar los dilemas éticos que se presentan en torno a los niños recién nacidos con graves enfermedades al nacer. Dilemas que se generan alrededor de las decisiones que afectan a la vida o la muerte de dichos seres humanos. Dilemas que tienen que afrontar tanto los profesionales de la medicina como los padres o familiares más cercanos de estos niños, que se ven gravemente afectados por una malformación o una enfermedad incurable.

A lo largo de este trabajo se da a conocer la realidad del infanticidio a lo largo de la historia de la humanidad hasta nuestros días, en diferentes localizaciones geográficas. Se analiza el estatuto legal y moral tanto del nonato como del neonato. Se exponen detalladamente todas las posiciones, tanto a favor como en contra, que afectan a la defensa de la vida humana en sus comienzos.

El objetivo de esta tesis es reflexionar sobre esta problemática desde el punto de vista de la ética y ofrecer las herramientas con las que poder afrontar con garantías los problemas planteados en las unidades de cuidados intensivos en neonatología. Para ello le conferimos una mayor relevancia a los comités de bioética y proponemos un protocolo de actuación unificado que sirva de guía práctica tanto a los comités como a los profesionales de la salud involucrados en la toma de decisiones de estos pacientes.

Palabras clave:

Aborto, adistanasia, autonomía, bioética, cacotanasia, comité, discapacidad, distanasia, ética, eutanasia, ortotanasia, infanticidio, moral, muerte, muerte cerebral, neonato, neonatología, utilitarismo, vida.

Abstract:

This PhD Thesis attempts to cover the ethical dilemmas that arise with reference to newborns infants with severe illness at birth. Such dilemmas occur when professionals and parents or closest relatives of these infants are forced to make decisions affecting the life or death of infants who are severely affected by severe malformations or incurable disease.

Throughout this work it is important to consider and understand the reality of infanticide from the beginning of humanity to until today and in different geographical locations. The legal and moral status of both the unborn and the neonatal infant is discussed. All positions, for and against, that affect the defense of human life at its beginning is discussed in detail.

The objective of this thesis is to reflect on all problems occurring from an ethical point of view. In addition to provide suggestions to successfully tackle the problems arising in intensive care neonatal units. To do this we confer greater relevance to bioethics committees and propose a unified protocol. A practical guide should be issued to both committees and the health professionals involved in the decision-making of these patients.

Keywords:

Abortion, adysthanasia, autonomy, bioethics, cacoathanasia, committee, disability, dysthanasia, ethics, euthanasia, orthoathanasia, infanticide, morality, death, brain death, infant, neonatology, utilitarianism, life.

0. INTRODUCCIÓN.

En todo análisis se comienza por establecer la realidad del asunto que se trata; en este caso, cuál es la realidad de las decisiones que se han de tomar en las unidades de cuidados intensivos neonatales sobre la vida o la muerte del recién nacido. Después de analizar esa realidad trataremos de ver cuál es su sentido, para dar respuesta a esa cuestión, donde el Derecho cumple un rol muy importante, si bien no de modo exclusivo, estando involucrados otros sistemas normativos. Asimismo podría afirmarse que el Derecho constituye una dimensión insoslayable de la Bioética, formando parte fundamental de su temática y metodología, esencialmente interdisciplinaria. Ello es así por la simple razón de que los problemas, conflictos y dilemas bioéticos que se presentan a diario – tanto en la clínica médica, cuanto en lo concerniente a temas incluidos dentro de lo que se denomina “bioética general” (v. gr., preservación del medio ambiente; bioeconomía, biopolítica, bioderecho, etc.) -, requieren necesariamente una prudente y adecuada respuesta ética, dado que, en esencia, se trata de cuestiones que hacen a la vida más humana.

0.1. Justificación de la investigación.

Es evidente que corren nuevos tiempos, y con éstos surgen nuevos avances tecnológicos, nuevos descubrimientos, nuevas enfermedades y, por ende, nuevos dilemas que afectan al ser humano. Pero también hay muchos problemas que venimos arrastrando desde nuestros ancestros, y otros que antes no lo eran y ahora nos replanteamos desde una nueva perspectiva. Indudablemente, todos estos cambios han provocado una serie de problemas y desajustes en las sociedades más desarrolladas, difíciles de digerir por una gran parte de la población mundial.

La globalización, el desmesurado desarrollo de las telecomunicaciones, los asombrosos descubrimientos en biomedicina y otros acontecimientos de gran magnitud con implicaciones morales dudosas, han hecho sobrecogerse a muchos, alumbrar falsas expectativas en otros y preguntarse acerca de estos brutales cambios a todos.

Nuestro sólido y bien estructurado edificio axiológico ha visto cómo sus cimientos se agrietaban durante los últimos tiempos, y las fisuras son tan profundas

que una buena parte ya se ha desmoronado. Como consecuencia de este fenómeno, vivimos una crisis que no afecta sólo a la economía. La corrupción, el latrocinio generalizado, el abuso o el mal uso del poder y el tráfico de influencias, hacen que el edificio que alberga a los poderes ejecutivo y legislativo se haya desequilibrado y corre el peligro inminente de caer junto al de los valores morales, baluarte imprescindible para nuestro desarrollo y comportamiento como personas dentro de una sociedad bien ordenada.

La respuesta a esta situación no se ha hecho esperar por parte de políticos, juristas, filósofos y demás especialistas en la materia, de manera que, lo que antes fue el tema de discusión de una élite intelectual y mera especulación, hoy es un hecho y tema de gran relevancia y difusión, que ocupa un lugar privilegiado en parlamentos, ministerios de salud, tribunales de justicia, incluso en bares y peluquerías. Aborto, eutanasia, clonación y fertilización artificial, entre otros, son temas estudiados por la Bioética, pero en la actualidad también lo son de dominio público, siendo impensable e inimaginable que se hablase de ellos con tanta frecuencia hace tan sólo algunos años, cuando pensar en que un ser humano pudiera ser concebido artificialmente, o incluso clonado, era pura ciencia ficción.

Todo esto hace que nos planteemos la necesidad de repensar la ética desde un nuevo prisma, desde una nueva perspectiva y con argumentos que se adapten a los nuevos problemas, propios de los tiempos que corren e inexistentes tan sólo unos años atrás.

0.2. Motivos.

La presente tesis doctoral es fruto de nuestra preocupación por el dilema moral que se plantean padres y profesionales de la medicina en las unidades de cuidados intensivos neonatales, cuando viene al mundo un niño con graves enfermedades que le ocasionan un sufrimiento insoportable y no le permiten mantenerse con vida por mucho tiempo.

Hemos observado que no hay en la actualidad un único protocolo de actuación a nivel nacional, y mucho menos internacional, por el que puedan guiarse los profesionales de la salud y los comités de bioética a la hora de enfrentarse a

situaciones difíciles en neonatología y poder tomar decisiones en este sentido. Por ello ofrecemos en el presente trabajo las bases para la elaboración de un protocolo que tenga validez oficial y sea aceptado y seguido por todos los profesionales del ámbito nacional.

También nos hemos percatado de que los Comités de Bioética en la actualidad, son meramente consultivos y en pocas ocasiones son consultados por los profesionales médicos. Asimismo consideramos que carecen de la relevancia que deberían de tener, por lo que proponemos que adquieran un carácter más determinante, en última instancia, que sean más decisorios, es decir, que sus dictámenes sean más vinculantes en algunas cuestiones, proporcionando así una especie de aval ético en cuestiones muy problemáticas.

0.3. Hipótesis y objetivos.

0.3.1. Hipótesis.

No es inmoral permitir morir dignamente y sin dolor a aquellos niños recién nacidos con graves malformaciones, que padecen un sufrimiento insoportable y que no tienen posibilidad de mantenerse con vida por mucho tiempo.

0.3.2. Objetivo general.

Reflexionar sobre los dilemas éticos que surgen de la toma de decisiones en neonatología, dando una mayor relevancia a los comités de bioética y proponiendo la elaboración de un protocolo de actuación que unifique los criterios a tener en cuenta a la hora de administrar, no administrar, limitar o interrumpir el tratamiento de soporte vital para los recién nacidos en estado crítico.

0.3.3. Objetivos específicos.

- Dar a conocer una realidad: que el infanticidio ha existido siempre y en todo lugar desde los orígenes de la humanidad y aún hoy en día se sigue practicando por

diversos motivos: culturales, económicos, de género, etc. Sin embargo no justificaremos por ello cualquier tipo de infanticidio.

- Definir persona y distinguir entre persona y ser humano u organismo humano.

- Analizar el estatuto legal del neonato y del nonato.

- Analizar en qué medida la decisión de procurar una muerte digna y sin dolor a recién nacidos con graves discapacidades o malformaciones congénitas es un derecho humano y no constituye un delito ni es equiparable al homicidio de personas humanas sanas adultas.

- Aclarar cuál debe ser el estatuto moral del neonato y si ha de ser el mismo que el de una persona adulta o no. Y si ha de ser el mismo, o no, que el de un feto, y el de un embrión humano.

- Argumentar nuestra oposición a cualquier tipo de medida eugenésica que se practique de forma involuntaria y opaca o que vulnere los derechos de los seres humanos. Asimismo, argumentar a favor de cualquier medida orientada a evitar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de los seres humanos actuales y futuros.

- Conferir mayor importancia a los Comités de Bioética a la hora de guiar y coadyuvar a la toma de decisiones con respecto a la vida o la muerte de niños gravemente discapacitados.

- Proponer argumentadamente que los Comités de Bioética deben contar con medios suficientes para desarrollar su cometido, que deben ser interdisciplinarios, que sus miembros deben estar abiertos al diálogo, que se dé prioridad a la casuística y la deliberación en la resolución de conflictos.

- Proponer argumentadamente que se fomente la formación específica y continuada en bioética para los profesionales de la salud, así como la implantación de una asignatura de bioética tanto en las universidades, como en las enseñanzas medias.

- Ofrecer argumentos a favor de fomentar la proliferación de consultoras y expertos en Bioética.

- Proponer unos fundamentos para la elaboración de un Protocolo de Actuación o una Guía Práctica unificada que aglutine los protocolos ya existentes

que traten sobre las decisiones que afectan a la vida o la muerte de recién nacidos gravemente enfermos.

0.4. Estructura del contenido de esta tesis.

Esta tesis doctoral es el resultado de un largo y arduo proceso de investigación y reflexión, comenzado en 1997 y culminado en 2015. Este trabajo estaría estructurado de la siguiente forma:

En primer lugar, una introducción en donde se trata de justificar la necesidad de esta investigación, los motivos por los cuales se ha realizado este trabajo, la hipótesis, los objetivos específicos que desarrollaremos a lo largo de este documento, el objetivo general que debemos conseguir a la finalización de esta tesis, la estructura de la misma y la metodología utilizada.

A continuación se dedica una primera parte de esta tesis a realizar tres aproximaciones al fenómeno del infanticidio: una histórica, otra etnográfica y, por último una aproximación nomotética. Se hace un recorrido desde el paleolítico hasta nuestros días, pasando por varias culturas y civilizaciones tanto del pasado como del presente. Más tarde se detalla una relación de hechos, leyes, declaraciones, etc., por orden cronológico, que afectan a los derechos humanos y a los derechos del niño. Para terminar con una serie de conclusiones parciales.

Posteriormente se desarrolla la segunda parte de esta tesis doctoral. Esta parte será la más extensa y estará dividida en múltiples apartados, pero agrupados en tres grandes bloques:

El primer bloque de la segunda parte está dedicado exclusivamente al estudio del concepto de persona, y a una reflexión sobre la vida y la muerte. Comenzamos esta segunda parte de la tesis estableciendo una distinción entre persona y ser humano en sentido biológico, que nos servirá para el resto del trabajo, y nos extendemos más en los distintos conceptos de persona que existen (en sentido biológico, sociológico, psicológico, jurídico, metafísico, fenomenológico, ontológico, religioso, antropológico, ético o moral). Dentro de este primer bloque, se ofrece un apartado para el estudio de la génesis, desarrollo gradual y fin de la vida humana, donde destacamos las diferentes etapas de la reproducción humana:

Gametos-fecundación-cigoto. Cigoto-mórula-blastocito-anidación. Anidación-feto. Embrión. Feto. Se concluirá este primer bloque con la definición técnica de muerte, definición de muerte tradicional (circulación – respiración) y la definición de muerte cerebral, cortical, etc.

El segundo bloque de la segunda parte de este trabajo lleva por título: “Estatuto legal y moral de la persona desde el momento de la concepción hasta después de su nacimiento. Feticidio, aborto e infanticidio”; en este bloque se aborda el estatuto legal del nonato y el del neonato. Así, trataremos asuntos relativos al aborto en España y la legislación sobre el aborto en otros países, tanto europeos, como americanos. También analizaremos aspectos relativos al estatuto legal del neonato, tales como la eutanasia y sus distintas formas: según la voluntad (voluntaria – involuntaria); según la acción (activa – pasiva). A continuación se abordará el asunto del infanticidio y la eutanasia precoz en España y en otros países europeos y americanos.

Una vez expuestos estos dos bloques, entraremos por fin a desarrollar el tercer bloque de la segunda parte de la tesis; este es el apartado más extenso de este trabajo y es donde se centra principalmente el debate sobre el estado de la cuestión. En este apartado, se desarrolla el tema del estatuto moral del recién nacido; para ello consideramos dos formas de entender la ética según la acción: una deontológica (la teoría del Mandato Divino; el principio de no agresión, de no coacción o no invasión, etc.); y otra teleológica (utilitarismo y funcionalismo). Analizaremos también la Bioética desde sus diferentes fundamentos éticos: contractualista, personalista con fundamentación metafísica – ontológica, de mínimos, del cuidado, casuística y narrativa.

Estudiaremos los principios y argumentos utilizados en el debate ético en torno a la eutanasia precoz: el Principio de la Calidad de la Vida Humana, el Principio de la Santidad de la Vida Humana, el Principio de autonomía y de respeto por la autonomía, el argumento del mejor interés, el de los actos y omisiones, el de la pendiente resbaladiza, el del doble efecto, el de la potencialidad, el de la personalidad, el de la dignidad de la vida humana y el de la reemplazabilidad.

Una vez explicada la diferencia entre las éticas deontológicas y teleológicas, expuestos los distintos tipos de Bioética que hay y esgrimidos los principios y

argumentos más utilizados en Bioética, procedemos a entrar de lleno en el debate ético en torno a la eutanasia de recién nacidos con discapacidad. Para ello tendremos en cuenta las consideraciones actuales sobre el infanticidio y la eutanasia. A continuación hablaremos de la despenalización del aborto y de la viabilidad del feto, de la investigación con fetos, neonatos, células madre y sobre la clonación de células madre embrionarias.

Después analizaremos desde diferentes puntos de vista (Tooley, Noonan, Glover, Don Marquis, Holland, Williams, McLaren, Lockwood, Kuhse y Singer) la discusión ético-filosófica sobre cuándo un ser humano adquiere el estatuto moral de persona.

A continuación dedicaremos un espacio a analizar el polémico artículo de Giubilini y Minerva publicado en 2012 por el *Journal of Medical Ethics*: aborto post-parto: ¿por qué debería vivir el bebé? También analizaremos las réplicas a dicho artículo.

Más adelante procederemos a explicar en qué consiste la eugenesia y a analizar si las pruebas prenatales, el diagnóstico prenatal y el aborto selectivo son nuevas formas de entender la eugenesia; para ello nos centraremos en el debate surgido a través de tres posiciones distintas de ver el asunto: Diane Beeson, Peter Singer y Dominic Wilkinson.

Una vez concluida la segunda parte, procederemos a analizar la importancia de los comités de ética en lo que supondrá la tercera parte de esta tesis doctoral, donde desarrollamos los diversos tipos de comités que existen (CEIC, CEI, CIE, CAE, CEA, CN, CI) así como los Comités supranacionales o internacionales, tanto en el Consejo de Europa, la Unión Europea o el Comité Intergubernamental de la UNESCO. Terminamos esta tercera parte con un apartado dedicado a los Comités de Bioética (CB), destacando la necesidad de reforzar su cometido, la importancia de la interdisciplinariedad en su composición, y la tipología metodológica de los CB. El último apartado de esta tercera parte lo dedicamos a los CB nacionales, y más concretamente al español.

Más adelante seguimos con la cuarta parte de esta tesis doctoral, donde desarrollamos una propuesta de protocolo de actuación o de una guía práctica clínica para profesionales en neonatología. Así procederemos a explicar cómo deben

elaborarse los protocolos clínicos, sus características y los pasos a seguir en su elaboración (elegir el problema a protocolizar: definir el grupo de trabajo, identificar y evaluar la evidencia, traducir las evidencias en protocolos, revisar y actualizar los protocolos). Concluiremos esta cuarta parte con unas recomendaciones y una serie de condicionantes a tener en cuenta a la hora de tomar decisiones.

A continuación, en la quinta parte de esta tesis, aportaremos las conclusiones extraídas en cada una de las cuatro partes anteriores, así como una reflexión o conclusión final.

En la sexta parte de esta tesis expondremos las fuentes documentales que hemos utilizado en la elaboración de esta tesis: libros, artículos, revistas, ponencias, actas de congresos, páginas de internet, etc.

Para concluir, en la séptima parte de esta tesis, añadiremos algunos anexos, que pueden ser relevantes para la comprensión de la presente tesis doctoral.

0.5. Metodología.

Para la realización de esta tesis doctoral no se ha seguido un único método filosófico de investigación, sino que han sido diversos los métodos empleados, y diferentes los puntos de vista manejados, obteniendo como resultado la diversidad como expresión de la riqueza del pensamiento filosófico y el único camino válido para la resolución con éxito de dilemas éticos complejos que afectan directamente a la vida o la muerte de nuestros congéneres, y de nosotros mismos en algún momento de nuestras vidas.

Se inició esta investigación por la detección de un problema, no sólo filosófico o ético, sino también médico, sociológico, político y, en última instancia, humano. Se definió el problema concreto que se iba a investigar, se trató de identificar una hipótesis inicial, unos objetivos específicos y un objetivo general, que han quedado reflejados en el apartado anterior. También se calcularon las posibilidades de realización de este trabajo y el interés de la investigación que aquí se plantea. A continuación se procedió al análisis del problema, mediante la recopilación de información y la reflexión sobre la misma. Esta primera etapa fue

muy laboriosa, pues consistía en leer y analizar las obras de los autores más relevantes en el debate ético que aquí se examina.

Posteriormente se utilizó el método comparativo para comparar la información recogida en la primera fase y así poder ofrecer posibles explicaciones y objeciones a los principios, teorías y doctrinas utilizadas en dicho debate.

Después se procedió a escoger las explicaciones más probables, lo que nos llevó a utilizar el método deductivo y de verificación de las teorías empleadas. También en esta fase se procedió a la contraposición de ideas, doctrinas y principios (a favor y en contra de la preservación de la vida a toda costa).

También se ha utilizado en la primera parte de esta tesis un método cronológico-histórico-etnográfico-nomotético para conseguir una perspectiva global del problema a tratar.

A lo largo del presente trabajo el método más utilizado ha sido el descriptivo: la recolección de datos se asienta sobre la base de una hipótesis que ha permitido describir los aspectos más importantes dentro del debate ético suscitado en las unidades de cuidados intensivos de las áreas de neonatología. En este sentido, se han ido describiendo las distintas teorías, doctrinas, argumentos y principios esgrimidos tanto por los que están a favor de una posición como por los que están en contra. También se han descrito los distintos tipos de comités que han existido y existen en la actualidad.

Esta tesis doctoral también ha contado con un componente de trabajo de campo desarrollado por su autor, que ha realizado distintos estudios en algunos centros, como por ejemplo el Servicio de Neonatología del Hospital Universitario de San Vicente de Paul (Medellín – Colombia) donde fue miembro, en calidad de invitado, del comité de ética de dicho hospital; también se ha tenido en cuenta la opinión de algunos actores que intervienen en la toma de decisiones, tales como médicos y enfermeras que trabajan en estas unidades así como madres y padres afectados por alguna de estas situaciones. Sin embargo, no hemos considerado necesario reflejar en este trabajo las entrevistas realizadas, ni los casos estudiados, sino más bien los resultados obtenidos de la reflexión sobre el análisis de estos casos. Tan sólo hemos utilizado y reflejado en esta tesis los casos más relevantes y

conocidos en la literatura sobre este aspecto de la ética. No obstante, quizás este trabajo de campo pueda ser utilizado para un estudio posterior.

Para concluir esta introducción, cabe aclarar que en este trabajo apostaremos por la interdisciplinariedad de los saberes, sin perder de vista los aspectos científico, político, social y económico del presente. Consideramos que ésta es la principal meta de la Filosofía Aplicada. En este trabajo ofreceremos una aproximación entre dos posiciones extremas anteriormente expuestas, dejando a un lado los aspectos negativos de ambas, e intentando sacar la parte positiva de cada una de ellas. Para llegar a esta aproximación, argumentaremos que es estrictamente necesario tener en cuenta la ineludible contribución de los comités de Bioética, que tienen como objetivo proponer una legislación y cimentar la base para formular unas leyes que regulen la investigación y experimentación con seres humanos.

PARTE I

RECORRIDO HISTÓRICO,

ETNOGRÁFICO Y

NOMOTÉTICO

I. RECORRIDO HISTÓRICO - GEOGRÁFICO DEL INFANTICIDIO.

Por infanticidio se entiende, en un sentido amplio del término, el acto de acabar con la vida de un niño en las primeras etapas de su vida. Este vocablo procede del latín: *infanticidium*, que, se compone de dos vocablos: *infans* que significa infante (niño menor de siete años) y *occidere* que significa matar (o el sufijo *-cide / -cidium* que en español es *-cidio*). Según la RAE, infanticidio significa “Muerte dada violentamente a un niño de corta edad”. Actualmente también se utiliza la palabra infanticidio (en inglés *infanticide*) en los casos de eutanasia precoz, aunque la muerte del recién nacido no se produzca de forma violenta, sino planificada, en un hospital y sin dolor.

En tiempos remotos fue practicado sistemáticamente por la mayoría de las sociedades (bien mediante el asesinato directo, o bien por exposición o abandono del niño) ya sea como una forma de sacrificio ritual, o únicamente como forma de control de la población. En algunas de estas sociedades antiguas el infanticidio no fue siempre legal, aunque en determinadas circunstancias específicas era moralmente aceptado y necesario. Por lo que, matar a un niño débil, discapacitado o defectuoso no era considerado, normalmente, como algo incorrecto o inmoral.

Por norma general, en la actualidad tendemos a pensar que el infanticidio es algo que ocurría en la antigüedad, o que es un acto cruel e inhumano llevado a cabo muy excepcionalmente por unas pocas personas extremadamente desesperadas o desequilibradas, o bien por pueblos primitivos que viven en ambientes hostiles, tales como los esquimales del Ártico, los indígenas del Amazonas o los aborígenes australianos, que están muy lejos de nosotros tanto cultural como geográficamente, pero la realidad es muy diferente. Como veremos más adelante, en la actualidad y en nuestras sociedades occidentales tecnológicamente avanzadas y civilizadas se sigue practicando el infanticidio por diversos motivos (por desesperación, por deshonra, por pobreza o miseria, por tráfico de órganos, por despecho o para hacer daño al otro progenitor).

I.1. Aproximación histórica.

Se podría afirmar sin temor a equivocarse, que la práctica del infanticidio es tan antigua como la existencia del hombre. De hecho, el infanticidio se practicó en la mayoría de las sociedades primitivas como consecuencia de las duras condiciones de vida a las que estaban sometidos aquellos habitantes, y porque la comida disponible era muy escasa en ese prehistórico periodo de tiempo. En palabras de Williamson (1978: 61) «El infanticidio ha sido practicado en todos los continentes y por gente de todos niveles de complejidad cultural, desde los cazadores nómadas hasta nuestros propios ancestros. Más que una excepción, ha sido la regla».

En algunos pueblos primitivos el infanticidio era considerado como un acto de amor para salvaguardar la vida de un hermano mayor, que es demasiado joven para ser destetado y que ya está considerado como miembro del grupo social al que pertenece.

La teoría sobre la práctica habitual y generalizada del infanticidio en la mayor parte de la humanidad ha sido defendida por muchos autores, como por ejemplo la antropóloga Layla Williamson, tal y como acabamos de ver. Con respecto a esta posición, el profesor español Álvarez Santaló (1995: 18) afirma que «el hecho del abandono infantil (alternativa “escapista” del infanticidio, mejor o peor adornada y matizada con algún pretexto de esperanza) es consustancial, al parecer, con las sociedades humanas desarrolladas y desde la antigüedad; el infanticidio crudo y directo también». Ya en el Paleolítico pueden encontrarse evidencias de estas prácticas, desde la época de los cazadores nómadas hasta las sociedades modernas. Durante el período preagrícola del Paleolítico, que comprende casi el 99 por ciento de la historia de la Humanidad, y se extiende desde hace 2,85 millones de años hasta hace sólo 10 mil años, el infanticidio fue probablemente universal. Sobre la base de evidencias arqueológicas desde los cementerios paleolíticos y estableciendo una analogía entre los cazadores–recolectores modernos, el porcentaje de infanticidio en el Pleistoceno (Paleolítico Inferior) ha sido estimado entre el 15 y el 50 por ciento de los nacimientos vivos. Entre los Yanomami, que son cazadores–agricultores, el porcentaje de infanticidio está entre el 15 y el 20 por ciento (Williamson, 1978: 66).

Algunos antropólogos comparativos han calculado que el 50% de los neonatos de sexo femenino fueron eliminados por sus padres en el Paleolítico. Se estima que durante el Pleistoceno, el infanticidio fue el principal mecanismo para estabilizar la población, siendo preferido por aquellas sociedades el feminicidio.

En el asentamiento troglodita del Guanartemato de Teide, en la isla de Gran Canaria, se han encontrado evidencias arqueológicas de la práctica del infanticidio por parte de los aborígenes canarios, como forma drástica de controlar la natalidad en momentos desfavorables para el abastecimiento alimenticio de una población insular que no practicó la navegación (Cuenca, Betancor y Rivero, 1996: 103-180).

En varios lugares se han hallado esqueletos decapitados de niños homínidos con evidencia de canibalismo. Tanto Joseph Birdsell, como Layla Williamson creen que los índices de infanticidio en la prehistoria fueron muy elevados y persistieron hasta el desarrollo de la agricultura.

En algunos yacimientos arqueológicos se han encontrado pruebas físicas de sacrificio ritual de niños. Algunos de los casos mejor atestiguados son los diversos ritos que eran parte de prácticas religiosas en Mesoamérica y el Imperio Inca. También los indios costeros del Sureste de Norteamérica, los Chibcha de Suramérica, los mayas y los aztecas de México, tal y como narra Díaz del Castillo (1632: 25).

Estos rituales se practicaron inicialmente en cacicazgos y estados, raramente en sociedades a pequeña escala, y muy pocas veces entre pueblos pre-cristianos del Mediterráneo. Sin conocer su estructura demográfica, es muy difícil determinar con exactitud si el sacrificio de niños tuvo algún efecto significativo sobre las poblaciones de las sociedades que lo practicaban. Es poco probable que los rituales de sacrificios infantiles afectaran de una forma importante al porcentaje total de mortalidad infantil, por la sencilla razón de que algunos de aquellos que fueron sacrificados hubieran muerto irremediabilmente en su infancia (Williamson, 1978: 72).

Pero también en el Viejo Mundo se han encontrado más de tres mil huesos de niños pequeños, con evidencia de sacrificio ritual, en Sardinia (también llamada en la antigüedad Danaba o Saydnaya) que es una localidad de Siria, situada en una zona montañosa a 35 km al noroeste de Damasco, donde todavía se conserva el uso de la lengua aramea. En la Antigüedad eran los estamentos sociales o religiosos quienes imponían la ejecución del sacrificio. En Asia Menor, podemos encontrar los

sacrificios de niños a la diosa Istar en Babilonia. Los pelasgianos de la antigua Grecia inmolaban a uno de cada diez infantes en tiempos difíciles. Los sirios también llevaron a cabo esta clase de ofrendas ante los altares de Júpiter y Juno. Muchos restos de niños con señales de sacrificio fueron encontrados en las excavaciones de Gézer (Gazara, ciudad del antiguo Israel). Actualmente se la identifica en general con el Tell Gézer (Tell el-Jézer), que se encuentra aproximadamente a mitad de camino entre Jerusalén y Tel Aviv.

Como bien es sabido, los fenicios y los cartaginenses sacrificaban infantes a sus dioses, pero no sólo ellos, también los cananitas, moabitas y los de Sefarvayim, que ofrecían a su primogénito como sacrificio a sus dioses Baal o Moloch. En tiempos modernos se han encontrado miles de huesos chamuscados de infantes en multitud de excavaciones arqueológicas. Una de esas áreas albergaba unas 20.000 urnas de entierros. Se calcula que el sacrificio de niños se realizó durante siglos en esa región. Plutarco (aprox. 46-120 d.C.) menciona esa práctica, como también lo hacen Tertuliano, Orosio, Diodoro Sículo y Filo. La Biblia¹, en algunos libros del Antiguo Testamento, también menciona los sacrificios de niños practicados en un sitio llamado Tofet (del hebreo *taph* o *toph*, que significa quemar) por los cananitas, ancestros de los cartaginenses, y por algunos israelitas que se habían desviado del Dios “Verdadero” tomando consigo las doctrinas de Babilonia. Escribiendo en el siglo III a.d.C, Cleitarco, uno de los historiadores de Alejandro Magno, describió cómo veía a los infantes rodar dentro del flameante altar sacrificial de los dioses. Diodoro Sículo escribió que los bebés eran asados hasta morir en el fuego sagrado adentro del dios Baal Hamon, representado en una estatua de bronce. En Egipto, fueron encontrados esqueletos de pequeños con marcas de sacrificios realizados entre 950-720 a.d.C.

¹ «Profanó también el Tofet que está en el valle de Ben-Hinnom, para que nadie hiciera pasar por el fuego a sus hijos o a sus hijas en honor de Molok» II REYES, 23:10.

«Han edificado los altos lugares de Tófet, que está en el valle de Ben-Hinnom, para quemar en el fuego a sus hijos y a sus hijas, cosas que yo no mandé ni me vino a la mente» JEREMÍAS 7:31.

«Y han edificado los lugares altos de Baal, para quemar en el fuego a sus hijos como holocaustos a Baal, cosa que no mandé ni dije ni se me vino a las mientes. Por eso, mirad que vienen días – oráculo de Yahvéh – en que no se llamará más a este lugar Tófet ni valle de Ben-Hinnom, sino valle de la matanza» JEREMÍAS 19:5-6.

«y construyeron los lugares altos de Baal en el valle de Ben-Hinnom, para ofrecer a sus hijos y a sus hijas a Molok – cosa que no les mandé, ni se me vino a las mientes que cometieran tal abominación -, haciendo pecar así a Judá» Jeremías 32:35.

Tanto los cartagineses como sus antecesores (cananeos, mohabitas y fenicios) practicaron con gran profusión estas ofrendas a sus divinidades. Donde se han encontrado más restos de esqueletos humanos en sus necrópolis de incineración infantil ha sido en las excavaciones de los pueblos púnicos, pruebas fehacientes de su inclinación a estos holocaustos. En yacimientos arqueológicos situados en el Mediterráneo occidental, es decir, en África del Norte, Sicilia y Cerdeña, se han descubierto y excavado los campos de urnas denominados “tophets”, con traducción aproximada de quemados. Los tophet o tofet eran necrópolis de incineración infantil usadas por el pueblo fenicio-púnico y que, según la Biblia hebrea, era donde se “pasaba por el fuego” a niños en las afueras de Jerusalén, en el valle de la Gehenna. Las evidencias de infanticidios son numerosas, y existen gran cantidad de pruebas arqueológicas y de textos clásicos que pueden confirmar la existencia de estos cementerios infantiles, así como la ritualización de los sacrificios infantiles.

La arqueología ha descubierto en Cartago, Susa, Mactar, Constantina, Sabratha (África del Norte) Mozia (Sicilia), Nora, Sulcis, Tharros, Monte Sirai, Bithia (Cerdeña) una serie de recintos funerarios o “campos de urnas” en cuyo interior se encontraban los huesos calcinados de niños y animales recientes, separados o combinados, en secuencias estratigráficas que abarcan desde el S. VIII al II. Los restos infantiles corresponden fundamentalmente a infantes inmaduros (fetos), prematuros, recién nacidos o de meses (0-6), el límite es un caso aislado de unos 5 años de edad. Se sabe que los destinatarios últimos del ritual eran las divinidades cartaginesas Baal Hammón y Tanit.

Las fuentes escritas clásicas representadas por Clitarco, Porfirio, Filón de Biblos, Quinto Curcio, Diodoro de Sicilia, Plutarco y Justino, aseveran que los cartagineses practicaban el sacrificio de infantes y que incluso las pequeñas víctimas eran colocadas en las manos de la estatua del dios, de donde resbalaban a la hoguera o caldera de fuego. Los púnicos llevaban a cabo estas prácticas conocidas con el nombre de “molk” por ser un ritual ofrecido al dios Moloc. Hay discrepancia entre los especialistas en este tema; mientras que para algunos consistía en un hecho regular, para otros, sin embargo, constituía un fenómeno excepcional. Muchas y variadas son las interpretaciones dadas a este tipo de ceremonial: divinización de la víctima, presión demográfica, ritual iniciático, etc., todas ellas sometidas a una gran

controversia². No obstante, y sea cual sea la interpretación, lo que no se puede negar es el hecho de la gran cantidad de infanticidios producidos por estos pueblos antiguos a lo largo de siglos.

El sacrificio ritual de los niños fue practicado habitualmente por los celtas, galos y escandinavos, asentados en Irlanda, donde sus habitantes «Mataban a las infelices y miserables criaturas con mucho lamento y riesgo, para regar la sangre alrededor de Crom Cruach, una deidad pre-cristiana de Irlanda » (Dorson, 1968: 351). Así como en los pueblos instalados en el norte y centro de Europa. Según John Boswell, las antiguas tribus germánicas abandonaban en los bosques a los niños no deseados. Además, era costumbre y norma entre los teutones paganos concederles opción a aquellos que desearan deshacerse de un hijo: debían efectuarlo antes de darle su primera comida, a la madre del niño se le otorgaba este derecho. No queda fuera de estas prácticas la misma Bretaña; John Lubbock descubrió unos huesos quemados en su territorio, indicativos de sacrificios de niños antes de la conversión de Bretaña al catolicismo. En Gotland, Suecia, también eran sacrificados los niños.

Pero el infanticidio no fue practicado en todas las civilizaciones antiguas o, al menos, no de la misma forma. Además, no fue sólo practicado por sociedades primitivas, prehistóricas y nómadas, sino que también era habitual entre sofisticadas y bien organizadas comunidades urbanas como la China Imperial, la antigua Grecia y el Imperio Romano.

En la antigua Grecia, los niños no disfrutaban del mismo reconocimiento que los hombres adultos, incluso los adolescentes carecían de dicho estatuto. Aunque en aquel contexto esto era algo normal, ya que las mujeres, los esclavos y los metecos tampoco eran considerados como ciudadanos de la comunidad política. Tan sólo los varones libres hijos de padre ateniense (a partir de la ley de Pericles de 451 a.d.C., también de madre ateniense) y mayores de veinte años, podían optar a dicha condición. Tanto los esclavos, como las mujeres y los niños han tenido que ir conquistando paulatinamente sus derechos a lo largo de la historia, y no lo consiguieron hasta muchos siglos después.

² Del Olmo Lete, (1994). El molk púnico: interpretación de un ritual. En Govern Balear, Conselleria de Cultura, Educació i Esports. *La problemática del infanticidio en las sociedades fenicio-púnicas*. IX Jornadas de Arqueología fenicio-púnica. pp: 9-18. Sobre la misma temática son muy interesantes las aportaciones hechas por otros investigadores contenidas en la citada publicación (Carlos G. Wagner), M^a Cruz Marín Ceballos y Ramón Corzo Sánchez.

Con respecto a los niños, los pensadores griegos tenían su peculiar punto de vista, sobre todo con aquellos que venían al mundo con algún tipo de tara o defecto físico o psíquico. Aristóteles, en su *Ética a Nicómaco* (1099b 1-9) establece algunos límites a la hora de conseguir la auténtica felicidad siendo virtuoso:

«Pero es evidente que la felicidad necesita también de los bienes exteriores, como dijimos; pues es imposible o no es fácil hacer el bien cuando no se cuenta con recursos. Muchas cosas, en efecto, se hacen por medio de los amigos o de la riqueza o el poder político, como si se tratase de instrumentos; pero la carencia de algunas cosas, como la nobleza de linaje, buenos hijos y belleza, empañan la dicha; pues uno que fuera de semblante feísimo o mal nacido, o solo y sin hijos, no podría ser feliz del todo, y quizá menos aún aquel cuyos hijos o amigos fueran completamente malos, o, siendo buenos, hubiesen muerto» (Aristóteles, 1988: 146).

De manera que, bajo un prisma aristotélico, los defectos o taras físicas no permiten alcanzar la felicidad, y por lo tanto, impiden a un hombre llegar a ser virtuoso. Por esta razón estaría permitido el infanticidio de aquellos niños defectuosos, tal y como queda reflejado de forma más explícita en su *Política* (Libro VII, cap. 16, 1335b), donde dice claramente que los niños deformados no deberían vivir. Sobre esto afirma:

«Respecto de la exposición y crianza de los niños al nacer, que haya una ley que prohíba criar a cualquier niño deforme. Y, en caso de que el número de nacimientos sea excesivo, dado que el estatuto de las costumbres se opone a la exposición de todo recién nacido, debe entonces establecerse un límite numérico a la procreación; y si alguna pareja resulta fecunda fuera del límite legal, se practicará el aborto antes que aparezcan la vida y la sensibilidad en el embrión; el que tal práctica sea respetable o despreciable se determinará por la ausencia o la presencia de la sensación y la vida» (Aristóteles, 1982: 969).

Como se puede observar, la eugenesia no es una invención moderna, sino que ya en la antigüedad se promovía y practicaba en las sociedades más avanzadas y desarrolladas.

En esa misma obra, la *Política* (Libro VII, cap. 17, 1336 a), Aristóteles describe cómo otras naciones han recurrido a aplicaciones mecánicas que rectifican los cuerpos de los niños para preservar sus frágiles extremidades de la deformación. Dice así:

«Ahora bien, observando lo que pasa con los demás animales y teniendo en cuenta el ejemplo de las naciones extranjeras que se preocupan en especial por el desarrollo de los hábitos guerreros, resulta que la alimentación rica en leche es la más conveniente para el cuerpo de los niños, con la menor cantidad posible de vino, a causa de las enfermedades que el vino trae consigo. Además es provechoso someterlos a todos aquellos movimientos o ejercicios que son compatibles con su edad. Para impedir que los miembros se tuerzan debido a su blandura, algunas naciones, aún hoy en día, emplean ciertos instrumentos mecánicos que conservan rectos los cuerpos de los niños. Y es también provechoso acostumarlos a la vez, desde la misma niñez, al frío, porque es en gran manera útil para la salud y en orden al servicio militar. Por eso, entre muchos pueblos bárbaros, algunas personas tienen la costumbre de lavar a los recién nacidos sumergiéndolos en un río de agua fría, y otras gentes, como, por ejemplo, los celtas, acostumbran darles poca ropa, pues es mejor habituarlos a esto desde el mismo comienzo todo lo posible, si bien hay que habituarlos gradualmente; y la complexión corporal de los niños está naturalmente bien dotada de calor para que puedan ser ejercitados en resistir el frío» (Aristóteles, 1982: 970-971).

Aristóteles también nos suministra una detallada y exhaustiva descripción sobre la edad idónea en la que se debe concebir un hijo, sobre lo que la gente tiene que hacer cuando se da a luz un recién nacido con malformaciones, y sobre el cuidado del niño desde su nacimiento hasta que se hace adulto. Así, por ejemplo, en *La Política* (Libro VII, 1335b) afirma que los hombres que son demasiado viejos, como los hombres que son demasiado jóvenes, producen niños que son defectuosos en cuerpo y mente; los niños de hombres muy viejos son débiles.

Platón en *La República* va aún más lejos, y aboga por la destrucción no sólo de los niños defectuosos, sino de aquellos que son el fruto de padres “inferiores” o de individuos que pasan la edad ideal de tener hijos. Afirma que: Los niños que nacen de los matrimonios de la República son recogidos por magistrados especiales, quienes deciden que sean criados y educados si sus condiciones físicas son aceptables, o que sean eliminados en caso contrario, «...en cambio, a los hijos de los peores o a cualquiera de los otros que nazca lisiado, los mantendrán ocultos, como es natural, en un lugar secreto y desconocido» (Platón, 1977: 746).

Mientras que Platón, en *La República*, defiende abiertamente el infanticidio, Aristóteles apela a la exposición o abandono, sólo para niños con malformaciones, y al aborto como medios de control de la población. En cuanto al aborto, afirma

Aristóteles, debe estar condicionado a que el embrión no haya llegado aún a la etapa del desarrollo en la que se manifiesta la vida sensitiva, es decir, hasta los cuarenta días después de la concepción. En *Historia de los Animales* (Cap. VII, 3, 583b) afirma: «Los abortos que tienen lugar hasta los siete días reciben el nombre de derrames, y los que se producen desde entonces hasta los cuarenta: pérdida de un hijo, y es en esos días cuando se produce la mayor parte de los abortos» (Aristóteles, 1990: 388).

Tanto Platón como Aristóteles propusieron el infanticidio, la exposición o abandono y el aborto como medidas políticas de control de la población que el Estado debía tomar en pro del bienestar social y la paz entre sus comunidades. Sin embargo, Aristóteles critica a Platón que éste no regulase el número de ciudadanos en la *República*, dejando sin control el número de nacimientos. Aristóteles piensa que esto debería regularse en la República mucho más de lo que estaba regulado en las polis de la época, de manera que propone una restricción en la tasa de natalidad, más bien que sobre la propiedad, de manera que no se permitiera engendrar más que un número determinado de hijos. Y establecer los límites teniendo en cuenta la eventualidad de que pueden morir accidentalmente algunos de los nacidos y contar con la infecundidad de otros. Desentenderse de esta cuestión, como acontece en la mayoría de las ciudades, es el motivo de que haya pobreza en algunos estados y, por consiguiente, delincuencia y crímenes. Fidón de Corinto, que fue uno de los legisladores más antiguos, juzgó que las casas y el número de los ciudadanos debían conservarse iguales, aunque en un principio los lotes de tierra de todos eran desiguales en su extensión. En *Las Leyes* de Platón sucede lo contrario... Y queda por decir en las mencionadas Leyes los puntos en que los gobernantes se distinguirán de los gobernados.

También es un gran error, cuando se llega hasta dividir los bienes en partes iguales, no establecer nada sobre el número de los ciudadanos y el dejarles que procreen sin limitación alguna, abandonando al azar que el número de las uniones estériles compense el de los nacimientos, cualquiera que él sea, so pretexto de que en el estado actual de las cosas este equilibrio parece establecerse naturalmente. Está muy distante de ser exacto este cálculo. En nuestras ciudades nadie se queda desnudo, porque las propiedades se dividen entre los hijos, cualquiera que sea su número. Admitiendo, por lo contrario, que sean indivisas, todos los hijos, salvo un número igual al de éstas, sean pocos o muchos, se quedarían sin poseer nada. Lo más

prudente sería limitar la población y no la propiedad, determinando un máximo del cual no se pudiera pasar, fijar el que habría de tenerse en cuenta a la par de la proporción eventual de los hijos que mueren y la esterilidad de los matrimonios. Dejándolo al azar, como hacen en los más de los Estados, sería una causa inevitable de miseria en la República de Sócrates y la miseria engendra las discordias civiles y los crímenes. Al intento de prevenir estos males, uno de los legisladores más antiguos, Fidón de Corinto, quería que el número de familias y de ciudadanos fuese inmutable, aun cuando los lotes primitivos hubiesen sido desiguales. En las Leyes, precisamente, sucede lo contrario. Aristóteles, Política Libro II, Cap. VI, 1265a 1265b, pp.728-729.

Fidón se preocupa por el problema de la población, mientras que Platón propugna la igual distribución de los bienes y descuida el problema de la población.

En Roma no se decía que un ciudadano tenía un hijo, sino que lo tomaba o acogía. El padre inmediatamente después de nacido su hijo, debía levantarlo del suelo, donde lo había depositado la comadrona, para tomarlo en brazos y manifestar así que lo reconoce como suyo y rehúsa exponerlo. La criatura a la que su padre no levantaba, se vería expuesto ante la puerta del domicilio o en algún basurero público y lo podía recoger quien lo deseara. También era práctica usual exponer o ahogar a los niños malformados, como decía Séneca: «Los fetos monstruosos los eliminamos, a los hijos, si han sido paridos inválidos o deformes, los ahogamos; y no es ira sino discreción apartar lo sano de lo inútil» o en referencia a la eutanasia afirmaba: «cuando el cuerpo no presta ya sus servicios ¿por qué no liberar al alma de su sufrimiento?». El abandono de hijos legítimos se podía deber a la miseria o a la política matrimonial. Los pobres abandonaban a los hijos que no podían criar y los otros pobres (lo que hoy podríamos considerar clase media) exponían a los suyos para no verlos "echados a perder" por una educación mediocre, es decir, preferían concentrar sus esfuerzos y sus recursos en un número reducido de descendientes. En las provincias orientales algunos campesinos se repartían los vástagos, es decir si un matrimonio habiendo llegado al límite de bocas que alimentar, concebían más hijos, éstos eran dados a familias vecinas que los adoptaban considerándolos como sus hijos y a su vez, futuros trabajadores (Ariès-George Duby, 1987: 23).

Esta práctica fue llevada a cabo en muchas civilizaciones, pero sobre todo se utilizó en mayor medida aplicada al sexo femenino, lo que provocó que, al principio de nuestra Era, en Atenas y Roma hubiese más hombres que mujeres. Entre las

familias romanas de aquella época era normal no tener más de una hija, dando lugar a una proporción de tres hombres por cada mujer romana. De acuerdo con un estudio arqueológico realizado por Lindsay, de seiscientas familias estudiadas en una de las ciudades del imperio solo seis —es decir, el 1 por 100— contaba con más de una hija (Lindsay, 1968: 168). Sin embargo, no es este, ni mucho menos, un hecho propio y exclusivo de la antigüedad, hoy en día ocurre exactamente lo mismo en países como China y la India, entre otros. Lo cual supone un gran problema no sólo demográfico, sino también psicológico; actualmente en China hay ciudades en donde es prácticamente imposible encontrar mujeres casaderas y muchos hombres jóvenes no pueden encontrar pareja, hasta el punto de tener que “alquilar” por internet a una chica para acudir acompañado a actos sociales y familiares; es una práctica habitual en la China contemporánea. No nos extenderemos en esta cuestión por ahora para no salirnos del tema que estamos abordando.

En Esparta, los neonatos discapacitados eran arrojados por el monte Taigeto con el objetivo de mejorar la raza y deshacerse de aquellos que no estaban capacitados para la guerra. Filón fue el primer filósofo opuesto a tal hecho. En el siglo IV a.C. Aristóteles abogaba por una ley prohibiendo criar los niños deformes. Con las leyes de Licurgo, se pretendió una mejora de la raza, así como la pertenencia total del individuo al Estado; dichas leyes estaban orientadas a propiciar que todo aquel que al nacer presentase una deformidad física fuese eliminado. Esto cambió tras la reforma de Pericles (495-429) a.C y se comienzan a atender en Centros Asistenciales. De acuerdo con la Ley de las Doce Tablas³ era obligatorio dar muerte a los infantes lisiados. Esta Ley concedía al padre todos los derechos sobre sus hijos, incluso la muerte de estos. En la Roma Imperial se arrojaba al vacío a los niños con malformaciones congénitas y a los ancianos en su última etapa de la vida por la roca Tarpeia. Sin embargo, no siempre se eliminaba a los niños deformes o tullidos, sino que a veces se les abandonaba en las calles, o se les dejaba navegar por el Tíber, en un cesto para que cualquier persona que los encontrase pudiera quedarse con ellos y utilizarlos como esclavos o mendigos. Pasado el tiempo, en la ley promulgada en el

³ La Ley de las XII Tablas (462 a. C.) - *lex duodecim tabularum* o *duodecim tabularum leges* - o Ley de igualdad romana fue un texto legal que contenía normas para regular la convivencia del pueblo romano. El historiador Tito Livio dijo de ellas que eran la fuente de todo el derecho romano, tanto público como privado.

año 374 de nuestra era, se consideró ya como un crimen capital, pero a sus infractores raramente se les perseguía (Vázquez Lesmes, 2010: 40).

El cristianismo, desde sus inicios, rechazaba el infanticidio considerándolo como un asesinato. Así lo pone de manifiesto en la Enseñanza de los Apóstoles o Didaskhe, compendio de sus primeras reglamentaciones. Ya, en 319, el emperador Constantino consideró el infanticidio como un acto reprobable. Valentiniano ordenó la crianza de todos los niños. Posteriormente, en el concilio de Constantinopla, volvió a declararse el infanticidio como una acción inhumana, en tanto que en el III Concilio de Toledo fueron tomadas medidas para impedir a las mujeres españolas la costumbre de matar a sus crías (Radbill, 1974: 173-179).

Llegados a la época medieval aún se contempla la persistencia del crimen de infantes, a pesar de los preceptos impuestos por la Iglesia y ya expuestos. Un caso del seguimiento de esta práctica nos lo cuenta Trexler, quien dice que las mujeres romanas a finales del siglo XII y a pesar de todos los dictámenes en contra, arrojaban al río Tíber a sus recién nacidos, a plena luz del día⁴. Precisamente por este motivo, la primera institución de acogida de niños expósitos fue creada en 1198, primer año del Pontificado de Inocencio III, ya que eran cientos de cadáveres de niños los que podían verse en las orillas del río Tíber en aquella época. Ese mismo año comienza a utilizarse el torno en Montpellier. La Casa de Expósitos más antigua de España fue la de Segovia, y la de Toledo que fue creada allá por 1504.

En Europa, durante la Edad Media, además de perseguirse el abandono de los recién nacidos, se impedía el intento de su asfixia. En los inicios de esta época, las leyes y los libros penitenciales dan testimonio de las tentativas para impedir la muerte de los niños por asfixia, mediante la pretensión de echarse sobre ellos en la cama, sea intencionadamente o no (Vázquez Lesmes, 2010: 42). Desde la antigüedad hemos tenido constancia de casos de asfixia de niños por sus propias madres; el más conocido quizás sea el que se recoge en el Juicio de Salomón (I Reyes, 16-28):

⁴ R. Trexler, (1979) "Infanticide in Florence: new sources and first results", en *History of Childhood quarterly*. 1; 99. Esta noticia es confirmada por fray Tomás de Montalvo, quien relatando las visiones de Inocencio III, afirma que este pontífice encontró "cuatrocientos niños ahogados que las impías romanas, más crueles que los tigres, sepultaron en sus olas..." citado por Tarifa fernández, (1996: 281).

«Acudieron por entonces al rey dos prostitutas, y se presentaron ante él. Díjole una de ellas: ¡Óyeme, señor mío! Yo y esta mujer vivimos en la misma casa; y yo di a luz estando con ella en la casa. A los tres días de mi alumbramiento, también esta mujer dio a luz. Estábamos nosotras juntas, y ningún extraño había con nosotras en la casa. Estábamos nosotras dos solas. Pero el hijo de esta mujer murió una noche, porque ella se había acostado encima de él. Ella se levantó a medianoche, tomó a mi hijo de mi lado mientras tu sierva dormía, y lo recostó en su regazo, y en mi regazo puso a su hijo muerto. Cuando me levanté por la mañana para dar el pecho a mi hijo, vi que estaba muerto; pero después, a la luz del día, lo miré atentamente y vi que no era mi hijo, el que yo había dado a luz. Replicó la otra mujer: No es verdad, mi hijo es el que está vivo, y el tuyo es el muerto. ...

Trajéronle al rey una espada y él ordenó: Partid en dos al niño vivo y dad una mitad a una y la otra mitad a otra. Entonces la mujer de quien era el hijo vivo, dirigiéndose al rey, porque se le habían conmovido las entrañas por su hijo, le dijo: ¡Por favor, señor mío! Entregadle a ésta el niño vivo, pero no lo matéis. Por el contrario, la otra decía: No sea para mí, ni para ti; que lo partan.

Entonces el rey intervino diciendo: Entregad a aquélla el niño vivo y no lo matéis; ella es su madre. Se enteró todo Israel de la sentencia que había pronunciado el rey, y sintieron temor reverencial ante él, pues vieron que en él había sabiduría divina para administrar justicia.» I Reyes, 16-28.

En el S. IX se dicta la primera prohibición concreta de acostar a los infantes con sus padres. Aunque las primeras representaciones pictóricas de la cuna datan del siglo XIII, con toda seguridad se utilizaba con anterioridad. Fue en el momento de esa prohibición cuando el uso de la cuna aumentó considerablemente. Para salvaguardar la vida de los infantes, los obispos exhortaron a los fieles a mantenerlos en este nuevo lecho hasta la edad de tres años.

Uno de los textos más explícitos al respecto, que incluso llega a condicionar la elección de la nodriza, es uno atribuido por Antonio Gonçalez de Reyes al médico Bernardo Gordonio de Montpellier en el S. XIV, que dice así:

«La dizimaquarta condición, que guarde el ama que no tenga al niño consigo acostado cerca de sí, lo qual es de mucho peligro, mas esté acostado el niño en la cuna, porque à vezes acontece peligro, y escándalo, porque quando el ama duerme puede por caso poner el braço sobre la boca del niño, o el pecho; y assi puede se ahogado el infante; y por esso mandamos, y defendemos al ama, que no acostumbre al niño a ponerlo al lado cerca de sí; por quanto lo huviere assi acostumbrado, no seria ligero de removerlo de aquella ama, se

embuelto el niño en pieles, y sea puesto en la cuna, y la cara sea cubierta con arco puesto sobre el rostro»⁵.

El Concilio de Trento (entre 1545 y 1563), en sus resoluciones, ratificó la prohibición de dormir el infante en la cama de sus padres, para evitar esos accidentes. Así nos lo recuerda el P. Rodríguez (1769: 54): «según las sinodales se deberá conferir el bautizo a los niños antes del tercero día, y se deberán tener en cuna hasta cumplir dos años, para evitar que se sofoquen en la cama de sus padres»

La Iglesia, al adoptar la teoría de la animación del cuerpo fijó la naturaleza del crimen al dar muerte al recién nacido, hasta que, poco a poco aceptó y recomendó a la autoridad civil castigarlo con las máximas penas. Según Adela Tarifa Fernández (1996: 1642), se produce un importante cambio de mentalidad en este tema durante el Antiguo Régimen, debido a la fuerte influencia provocada por la población a causa de la crisis económica y su inevitable consecuencia en la subsistencia de una parte importante del pueblo. Con la apoyatura de esta argumentación, contemplamos con más clarividencia la tolerancia de la sociedad de aquella época ante la aberración del infanticidio y la exposición y abandono de niños, admitiendo que esta última no deja de ser un filicidio retardado.

La Iglesia, en sus doctrinas, defendía la vida de los neonatos; sin embargo, los infanticidios y los expósitos se practicaron en abundancia y gozaron de absoluta impunidad. En realidad, lo que más preocupaba en esta época era que las criaturas pudieran morir sin recibir el sacramento del bautismo. No es extraño, ya que el riesgo de deshonor o la pobreza eran eximentes para alimentar o cuidar a los hijos, como manifiesta Machado de Chaves (1641: 631):

«Es también regla general que quando los padres oprimidos por la necesidad, o por peligro de la honra o vida exponen a sus hijos en algún hospital ó a puertas ajenas, como esto se haga de manera que la criatura no peligre, en ninguna manera pecan; porque en tal caso cessa la obligación que los padres tienen de alimentar a sus hijos».

⁵ González Reyes, Antonio (1697: 308). Una copia de esta edición se conserva en la Biblioteca Histórica Marqués de Valdecilla de la UCM y ha sido digitalizada en el proyecto Dioscórides de la propia universidad: https://alfama.sim.ucm.es/dioscorides/consulta_libro.asp?ref=X532987283&idioma=0. El texto atribuido a Bernardo Gordonio fue recogido y comentado por Martínez Blanco, Carmen María (1991: p. 338). Citado por Irene González Hernando en Revista Digital de Iconografía Medieval, vol. V, nº9, 2013, pp. 29-42.

Medio siglo más tarde se puede observar que nada ha cambiado la forma de pensar en cuanto a la exposición de niños, tal y como nos cuenta el R. P. Fr. Martín De Torrecilla (1696: 371):

«...que si los padres fuesen tan pobres que no le pudiesen criar: o si huviesse peligro de vida o de infamia contra la madre si ella lo criase, o hubiese otra semejante causa, seria lícito exponer al hijo procurando no muera de frío y poniendo una cédula de como esta bautizado...»

La infamia sigue siendo un eximente de culpa tal y como se puede observar casi un siglo más tarde en la *Suma moral* de fray Bernardo Pacheco (1760: 295):

«... también pecan los padres que a sus hijos echan a puertas ajenas para que los alimenten, menos cuando estos padres son pobres o cuando son infamados no echándolos; que en estos casos no pecan».

En su *Discurso de ingreso en la Real Academia de la Historia*, Vicente Pérez Moreda (2005), se pregunta ¿de dónde procede este nuevo interés por el niño, y en particular por la conservación o salvación del expósito? Cabe destacar en primer lugar la influencia de las doctrinas de Jonh Locke⁶, y su insistencia en la perfectibilidad humana a través de la educación, que está en la raíz misma de todo el pensamiento ilustrado. Otro factor a tener en cuenta es la normalización del registro de la mortalidad infantil llevada a cabo por las inclusas y hospicios, lo cual hizo reflexionar a las autoridades eclesiásticas sobre el elevado número de niños que fallecían sin recibir el Sacramento del Bautismo, lo cual ayudó a extender la preocupación por la infancia en general. También el ideario ilustrado de muchos obispos reformadores impulsó sus actuaciones en favor de los expósitos, a finales del siglo XVIII prevalecen los objetivos filantrópicos de la salud y la supervivencia del niño, aunque también el beneficio político y económico que se espera de esos futuros ciudadanos, quedando así patente el utilitarismo de la acción benéfica con fines sobre todo poblacionistas.

Pérez Moreda (2005) duda sobre la época en que se da el descubrimiento de la infancia, entre la segunda mitad del siglo XVIII y principios del XIX, pero lo que no le cabe lugar a dudas es que sí es el descubrimiento del expósito. La persistencia

⁶ Locke (1632-1704), en su tratado *Pensamientos sobre educación* (1693) considera que el niño es un ser racional, bueno y perfectible al que habrá que enseñar partiendo de él mismo. En este contexto, el niño será protagonista de la acción educativa y por ende tendrá mayor importancia frente al mundo.

del infanticidio, el abandono de los recién nacidos en las calles, umbrales, escaleras, portales, zaguanes de las casas, en los pórticos de las iglesias, en los soportales de las plazas, la abundancia de pequeños cadáveres que, como en Granada en 1788, se encontraban frecuentemente en los campos, darros, pozos, ríos y acequias de la ciudad, y el mal funcionamiento de las inclusas, donde morían la mayoría de los expósitos que llegaban vivos, se convirtieron en estímulos directos del impulso filantrópico y asistencial. Todo ello sirvió para alertar sobre los riesgos de la vida de los recién nacidos, y para multiplicar la fundación de centros encargados del recogimiento de los que eran abandonados con vida. Con la consecuencia de la legislación de Godoy en 1794 y 1796, que despenalizaba el abandono en el torno y trataba de aliviar la condición jurídica y social del expósito.

La institución del torno, central en la historia de la exposición en los países del sur de Europa, se generalizó con la intención de remediar el alto índice de infanticidios que asolaba Europa. En Portugal, la circular de Mayo de 1783 de Diogo Inácio de Pina Manique tenía como objetivo evitar la muerte de muchas criaturas que podrían ser útiles al Estado, y gloria para la Nación. En Francia se institucionalizó con el decreto napoleónico de enero de 1811, con la loable intención de evitar el aborto y el infanticidio.

Una vez extendido el torno por toda la geografía nacional, aumentó considerablemente el número de expósitos, debido en gran parte, al anonimato y a la protección jurídica de aquellas personas que depositaban a las criaturas en el torno, que gozaban de total impunidad.

Los motivos del abandono en aquella época eran principalmente: el temor a la deshonra o a la infamia, la extrema pobreza o miseria y en menor medida, la eliminación de aquellos hijos que venían al mundo con defectos o taras físicas, así como los gemelos. Los expósitos eran considerados hijos de la pobreza y de la vergüenza.

Al principio, las inclusas evitaron la muerte de muchos niños que, de otra forma, hubiesen muerto indefectiblemente; sin embargo, con el paso del tiempo, se convirtieron en instituciones gestoras de un infanticidio masivo, donde los índices de mortalidad llegaron en algunos casos hasta el 90 o incluso del 100 por ciento, ya que la lactancia no estaba asegurada, debido a la escasez de nodrizas; en algunos casos

había ocho o diez niños por cada ama de leche. Y los niños que habían ingresado en mal estado físico, o con síntomas de contagio por Morbo Gálico o mal de Venus, también llamado sífilis, eran destinados a las salas de “no conservables”, donde se les dejaba sobre la estila (encima de una tabla, como es el caso del Hospital de Santiago de Compostela) hasta morir por inanición o se les amamantaba con cabras o burras para evitar el contagio de los niños sanos; así queda reflejado en Pérez Moreda (2005).

En esta época, como consecuencia del movimiento cultural ilustrado, se produce la aparición de una corriente de evidente significación jurídica denominada “humanitarismo”, con una considerable influencia y carga en los juristas del momento. Su pensamiento se encamina a contemplar el infanticidio con otros ojos; al menos en lo que respecta a su consumación, determinada por una defensa de la honra u honor, implicando, bajo un punto de vista jurídico, una atenuante en la aplicación de la pena a imponer. En ese orden de cosas, Montesquieu, el Marqués Cesare de Beccaria Bonesana, Romagnosi, Bentham y Paul Johann Anselm Ritter von Feuerbach, iniciadores de la corriente “humanitarista” y de una reforma del sistema judicial europeo, se erigen como los iniciadores y principales representantes de la defensa del infanticidio con atenuación de su pena, al contemplar aquellos y sus circunstancias, como argumento o prueba más que suficiente para motivarla⁷.

Paul Johann Anselm Ritter von Feuerbach, en su *Lehrbuch des gemeinen in Deutschland geltenden Peinlichen Rechts, -Tratado de Derecho penal común vigente en Alemania-* de 1801, define el infanticidio como “la muerte del hijo recién nacido, ilegítimo y viable, causado por la madre, previa ocultación de su embarazo”⁸. Medio siglo más tarde, Tardieu lo define como el asesinato del niño recién salido, nacido vivo del seno de la madre. Pero Feuerbach se ciñe a una delimitación más estricta en su definición, siendo fiel a sus principios humanitario-utilitaristas, con origen en el Enciclopedismo, capaces de transformar los supuestos fundamentales de la justicia

⁷ Dos estudios sobre la temática, magníficamente expuestos y argumentados desde una perspectiva puramente jurídica, nos los encontramos en J. M. Stampa Braum, “Las corrientes humanitaristas del siglo XVIII y su influencia en la concepción del infanticidio como «delictum exceptum»” y “El objeto jurídico del infanticidio «honoris causa», en *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*, t.6, año 1953, 47-78 y t.8, año 1955, 27-38.

⁸ Tomado de J. M. Stampa Braum (1953: 56).

punitiva. En esta época su concepción del infanticidio “honoris causa”⁹ se presenta como el más adecuado, dadas las circunstancias envolventes a cada uno de los casos a estudiar.

En 1791, el devoto cristiano Thomas Percival, médico y moralista inglés, recibió el encargo de redactar un código de conducta para resolver el eterno dilema moral sobre quién debía ser, en última instancia, el responsable de un paciente. En 1803 publicó en Manchester su *Medical Ethics; or, a Code of institutes and precepts, adapted to the professional conduct of physicians and surgeons* - Ética Médica, o bien, un Código de Instituciones y Preceptos, adaptado a la Conducta Profesional de Médicos y Cirujanos -. Este Código de Ética sentó las bases para los futuros códigos y declaraciones internacionales, como por ejemplo el Código de Ética adoptado por la Asociación Médica Americana en 1847, el Código de Nüremberg de 1946, o la Declaración de Helsinki de 1964.

Hasta la mitad del siglo XVIII, persiste la concepción del infanticidio como merecedor del máximo castigo. A partir de ahí se va a hacer presente, dentro del ámbito de la justicia, un sentimiento unánime de benignidad hacia la madre deshonrada, según comenta el profesor Stampa Braum, originado en la corriente humanitarista.

Vázquez Lesmes, en *Aborto e infanticidio en Córdoba en el tránsito al siglo XIX* afirma que la protección de la honra y la defensa del honor son percepciones subyacentes, tanto en la persona afectada directamente como en el pensamiento de aquellos que en su entorno conforman en conjunto una variedad de normas a tener

⁹ Históricamente, a la atenuación de la pena del delito de infanticidio, se le han asociado dos aspectos; el primero de ellos el orden psicológico que atiende a un “motivo de honor” o “causa de honor”, que atiende al temor de la madre por la deshonra por no ser la criatura fruto de legítimo matrimonio, esto es solo en la hipótesis de gravidez ilegítima; el obsesivo recelo de que se descubra su error, que la sociedad no perdona crea en la mujer que aun no ha perdido el pudor y que fue embarazada estando soltera o en evidente adulterio, un verdadero estado de angustia por el que gradualmente se va apagando el propio instinto de piedad con el fruto de su amor ilegítimo, Asimismo socialmente influyen muchos factores en la madre cuando se trata de una madre soltera que necesita trabajo con numerosa prole, miseria, hogar con reducidos ingresos económicos, mujer abandonada por el esposo o conviviente y aun con otros hijos. Hoy en día no puede admitirse el “honoris causa” ni los factores sociales como fundamento de atenuación de la figura penal del infanticidio, puesto que la maternidad en soltería empieza a considerarse seriamente en varios países, como una alternativa en quienes quieren realizar su motivación de madre sin el prerrequisito del matrimonio. Además la mojigata del pasado no se da en el presente, el motivo será moral en cuanto merezca la consideración de valioso desde el punto de vista de la ética social vigente en el momento del hecho. [Publicado por: lizbethesplana (4 de octubre de 2014). *Delito de infanticidio*. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/34584691/INFANTICIDIO-TRABAJO-MONOGRAFICO>]

presentes y a acatar en una sociedad en donde los dos conceptos aludidos se imponen como preceptos ineludibles. Causas de honor y defensa de la honra constituyen, desde el Siglo de Oro de nuestra literatura, argumentos básicos de un gran número de obras –rememorando de entre ellas las “lopescas”- reflejo de una sociedad encorsetada en su devenir cotidiano (Vázquez Lesmes, 2010: 137).

Sin embargo, honor y honra no son la misma cosa, y tienen claras connotaciones sexistas. La noción de honor era (y sigue siendo) empleada en los casos en donde un caballero se encuentra implicado, mientras que la noción de honra es utilizada para defender los valores privativos cuando una mujer está implicada.

Vázquez Lesmes hace una exhaustiva descripción de la situación de la Córdoba de finales del S. XVIII, que no es muy diferente de la de España en general. En su libro hace referencia a los múltiples informes de setenta y tres párrocos de la diócesis de Córdoba, en respuesta a una petición del obispo de Ayestarán, que, a su vez, había sido exigido por el Consejo de Castilla al respecto, con motivo de una denuncia de un capellán de Villafranca, que se había dirigido directamente al Rey, saltándose el protocolo propio de la jerarquía. Dicha denuncia se refería a lo que él consideraba una situación lamentable de la conducta de su feligresía y otras adyacentes respecto a la abundancia de abortos e infanticidios. En dichos informes se pueden apreciar las muy frecuentes alusiones al abandono o exposición de niños y a las casas cunas, como fórmula para eludir el infanticidio crudo y de la que se hacen eco los curas y población. El infanticidio en esta época era una práctica muy común entre la población, que a veces consistía simplemente en dejar morir a los recién nacidos en un pozo, en un establo, o a la intemperie en las noches heladas.

Entre las causas expuestas por Rafael Vázquez Lesmes para explicar el elevado número de casos de infanticidio en la España de finales del S.XVIII se encuentra la corrupción de costumbres, el cambio de valores debido a un liberalismo incipiente, la ruptura con los preceptos eclesiásticos, el cambio de mentalidad ocurrido en el Antiguo Régimen, debido a la crisis económica y su consecuencia sobre la subsistencia de las capas menos favorecidas de la población (Vázquez Lesmes, 2010: 138).

Entre las páginas 142 y 147 de su libro *Aborto e infanticidio en Córdoba en el tránsito al siglo XIX*, Vázquez Lesmes (2010) va presentando casos documentados y

debidamente catalogados, sin la menor duda, de infanticidio. Al conocimiento por parte de la justicia ordinaria de dichos casos será de aplicación la pena máxima, al igual que ocurre con la justicia eclesiástica, que castigará a los imputados con la excomunión “*ipso facto incurrenda*”. Al adquirir la categoría de crimen horrendo, moverá a ambas justicias a la búsqueda de los autores de tal cometido. Sin embargo, la condena y persecución por parte de ambas justicias no impedirá que se sigan cometiendo tales crímenes con bastante frecuencia e impunidad. En este recorrido por los casos más significativos, cabe resaltar los que relata el vicario de Villa del Río (Exp. De Villa del Río, fol. 72v.) que va relatando conforme a sus recuerdos haciendo uso de su memoria, como el del cadáver de un niño que se encontró en la ribera del Guadalquivir, o la de unas mujeres que fueron obligadas a salir del pueblo por haber arrojado a otros niños a un estercolero, o el de otra mujer que en tiempos de recolección de la aceituna, parió en plena faena y enterró a su cría al pie de un olivo. También cuenta otro caso de un niño que fue hallado en el río “a el sitio del vado o charco de las vacas”. En el mismo Expediente se cita otro caso en la villa de Castro del Río, en 1791 y en tiempos de cuaresma, se le notificó al párroco el haber arrojado a un estercolero una criatura recién nacida y ya corrompida, puesta al descubierto por un perro.

En estos informes se hace mención a gran cantidad de infanticidios, incluyendo aquellos fetos vivos, productos de abortos provocados, pero sería imposible cuantificar la cantidad exacta. En Iznájar, según da fe su párroco, la falta de vigilancia de la justicia y la consiguiente corrupción de costumbres, fue causa de la comisión de esta clase de contravenciones públicas, de tal manera que muchos de ellos no reciben las aguas bautismales y son arrojados, para el ocultamiento de sus flaquezas, a lugares indecentes e inmundos. El de Palma del Río, se queja amargamente de las desgracias sobrevenidas en su pueblo con los fetos e hijos no deseados y abandonados, fruto de ilegitimidades y los consabidos ocultamientos experimentados en su pueblo, «unos echados al río ..., otros, en posos, i otros, que son los más, colgados de los cerrojos de las puertas...» (Exp. De Plama, fol. 88r.).

Los casos aquí expuestos son tan sólo una muestra de lo que en aquella época era habitual y frecuente. Vázquez Lesmes, (2010: 147) continúa en su trabajo preguntándose sobre si el expósito es un infanticidio frustrado. Etimológicamente,

dice, la palabra expósito se identifica con expuesto, aplicándose a aquel niño recién nacido que es abandonado por sus padres, sin entrar en más disquisiciones. Sin embargo, en una forma más extensiva, calificamos como expósito a ese mismo niño no deseado por sus progenitores, adicionándole una característica muy singular, pero ya abarcando un concepto más genérico y expresivo de un posible deseo de los padres: la de ser recogido y criado, bien por particulares o en un establecimiento benéfico. Perspectiva contradictoria con otra, en donde la intención de los progenitores fue conducirlos a una muerte prevista y casi segura.

En el reinado de Carlos IV, siendo Primer Ministro Godoy, se constata la colaboración directa del Gobierno en la creación de nuevos establecimientos en aras de la protección y salvaguarda de los niños. En este orden de ideas, el Real Decreto de 5 de enero de 1794 fijó la legitimación para efectos civiles de todos los expósitos de padres desconocidos, asimilándolos a cualquier otro ciudadano de origen conocido, castigando «como injuria y ofensa a qualquiera persona que intitulase y llamase a expósito alguno con los nombres de borde, ilegítimo, bastardo, espúreo, incestuoso, o adulterino» (*Novísima Recopilación*, Libro VII, Tít. 37, Ley4. Véase Anexo I).

Anteriormente, Alfonso X, ya abordó el tema de la protección de los niños abandonados en *Las Partidas*, más concretamente en la Partida IV, Título XX, Leyes I, II, III y IV.

Sobre 1796 se promulgan varias órdenes reales, con fuerza de ley para proteger a los expósitos e intentar así evitar los infanticidios. Cabe destacar la Ley V, apartado 23, donde se dice que «a fin de evitar los muchos infanticidios que experimentan por el temor a ser descubiertas y perseguidas las personas que llevan a exponer a algunas criaturas, por cuyo medio las arrojan y matan, sufriendo después el último suplicio...» (*Novísima Recopilación*, Libro VII, Tít. 37, Ley5, p. 696. Ver Anexo I) y se ordena a las justicias de los pueblos que, en caso de encontrar persona llevando criatura y aduciendo conducirla a casa de expósitos o al párroco de algún pueblo cercano, no se detendrá. Es más, si pidiese protección, estarán obligados a dársela hasta tanto se verifique la entrega, sin preguntar cosa alguna de tipo judicial. Esta prohibición de informar o seguir a quien o quienes depositaren a un niño en el torno fue suprimida por Francisco Franco en 1955.

El conjunto legislativo más completo – un reglamento sobre las inclusas – se emitió en 1796, por Real Cédula de 11 de diciembre de ese año, en la que se encargaba a las autoridades eclesiásticas en sus respectivas jurisdicciones que hiciesen una demarcación por partidos de extensión más reducida, en cada uno de los cuales se fijaría una Casa Cuna de admisión de expósitos, también llamadas hijuelas, dependiente de la Casa Central de Expósitos de cada Diócesis (Pérez Moreda, 1980: 174).

En Murcia no aparecerán las hijuelas hasta la segunda mitad del S. XIX. La primera de la Región fue la de Cartagena, fundada en 1857, a la que siguieron la de Caravaca de la Cruz, la de Jumilla y la de Lorca. En dicha Cédula se despenalizaba el abandono público de niños, impidiendo a las justicias locales detener o examinar a aquellas personas que fueran a llevar a un niño a una casa cuna o de expósitos, o a entregarlo a un Párroco, con el fin de evitar los muchos infanticidios que se daban en la época (Nov. Recop. Libr. VII, Tít. 37, Ley5).

En el siguiente apartado, complementario al anterior, especifica cómo por ese medio:

«o por entregarse los neonatos al párroco donde ha nacido o al de otro cercano, cesa toda disculpa y excusa para dexar abandonadas las criaturas, especialmente de noche, a las puertas de la Iglesia o de casas de personas particulares, o en algunos lugares ocultos, de que han resultado la muerte de muchos expósitos, serán castigados con toda severidad de las leyes las personas que lo ejecutaren, las cuales en el caso reprobado de hacerlo, tendrán menos pena si inmediatamente después de haber dexado la criatura en alguno de los parrages referidos, donde no tengan peligro de perecer, dan noticia al párroco personalmente, o al menos por escrito, expresando el parage donde está el expósito, para que sin demora lo haga recoger».

Las primeras medidas desamortizadoras en 1798, significaron la disminución de los medios regulares de supervivencia. Entre 1798 y 1808 muchas instituciones asistenciales, como hospitales, hospicios, cofradías, obras pías y casas de expósitos verían perder sus fuentes habituales de financiación a cambio de unas compensaciones que frecuentemente no eran más que tímidas promesas por parte de un Estado agobiado por los problemas de la Hacienda. De esta forma, unas drásticas medidas de saneamiento económico ponían en peligro, o llegaban a anular incluso, los planteamientos de política asistencial que habían aflorado entre los responsables de la comunidad civil hacía sólo unos pocos años (Pérez Moreda, 1980: 176).

La crisis económica y la conducción de los expósitos hasta la inclusa correspondiente incrementó notablemente el número de niños muertos en esta época, ya que la gran mayoría de ellos no soportaban el viaje, a veces de varias leguas por malos caminos, sin una madre o ama que les pudiese amamantar y cuidar durante la travesía. Al llegar a sus destinos, los niños que habían conseguido sobrevivir al viaje, llegaban en muy malas condiciones y con poca esperanza de seguir vivos. Dentro de las inclusas las condiciones no son las más óptimas para fortificarse, ya que hay masificación, las nodrizas están mal alimentadas o enfermas y la higiene dejaba mucho que desear. Entre 1785 y 1798 las defunciones de expósitos ingresados en las inclusas de toda España varía entre el 432 por mil de Oviedo y el 979 por mil de Jaén, pasando por los 799 por cada mil en Murcia. Pero estas cifras no son exclusivas de España, sino que la situación en toda Europa es similar. La mortalidad, hasta los seis años inclusive de edad, de los hospicianos de la inclusa de París hacia 1784 fue estimada en un 857 por 1.000, y también en la segunda mitad del siglo XVIII la mortalidad de los expósitos de 14 parroquias londinenses, para el mismo grupo de edades aproximadamente, fue estimada en un 880 por 1.000. En Rouen, en la misma época, el 80 por cien de los niños abandonados no alcanzaban a cumplir un año de edad (Pérez Moreda, 1980: 180-181).

En 1780, el lugarteniente de policía Lenoir constató que sobre los veintiún mil niños que nacían por año en París, apenas mil eran criados por sus madres. Otros mil privilegiados eran amamantados por nodrizas en la casa paterna. Todos los demás pasaban del seno materno al domicilio más o menos lejano de una nodriza a sueldo. (Badinter, 1981: 11). En la misma época, comienzan las críticas a los hospicios, la crianza por los domésticos y la llamada educación artificial de los niños ricos. Estas críticas a estos “tres blancos privilegiados” (Donzelot, 1979: 13) incitaban a la conservación de los hijos, como forma de cambiar las altas tasas de mortalidad infantil. Tal como señala Donzelot, conservar a los hijos va a significar terminar con los daños causados por los domésticos y promover nuevas condiciones de educación (Domínguez Lostaló, Pérez, Ascaini, Lucsole, Odorizzi y Alessandro, 2007: 233-246). En esta época, menos de un 10% de los expósitos que lograban entrar en las inclusas, lograban salir con vida de ellas a los 6 ó 7 años, pero el mayor porcentaje de muertes se daba en el primer año de vida.

Las inclusas que presentan menor porcentaje de decesos es porque sacaban a los lactantes fuera de la casa y los entregaban a nodrizas o amas de leche de los pueblos cercanos; en aquellas inclusas que no disponían de nodrizas suficientes ajenas a la casa, los porcentajes de muertes se disparaban; Arteta (1802: 88), citado por Pérez Moreda (1980: 184) pone como ejemplo la de Zaragoza, donde el 79 por 100 del total de los fallecidos lo fueron dentro de la inclusa, y de los sobrevivientes al cabo de cinco años se pudo constatar que todos ellos habían sido criados fuera: «de los lactados en la casa no vivió ninguno».

Esto explica que muchos autores como Stone (1966: 42), citado por Pérez Moreda (1980: 184) consideren aquellos establecimientos como «agencias infanticidas sumamente eficaces». En palabras de Alberto de Megino (1805: 1), citado por Pérez Moreda (1980: 184) se denominan casas de expósitos o inclusas a lo que se «deberían llamar potros del infanticidio». Sólo en un sentido figurado, aunque no demasiado alejado de la realidad, puede considerarse como tal infanticidio a la mortalidad de los expósitos una vez que las instituciones destinadas a su cuidado se habían hecho cargo de ellos. Pero sí es cierto que el mismo fenómeno de la exposición, o las condiciones del traslado de los niños, favorecían la aparición de algunos casos aislados que de hecho eran juzgados, y perseguidos, como tales infanticidios. El obispo de Lugo se quejaba al Consejo de que por no haber en su diócesis casa alguna de expósitos, muchos de éstos eran abandonados «en las calles y puertas, donde morían de frío o hambre, o comidos de puercos y perros, como sucedía no pocas veces» (Pérez Moreda, 1980: 185). Relatos muy similares a estos se dan por toda España, así como los casos de infanticidio en el arzobispado de Zaragoza, por parte de los conductores de los expósitos a la inclusa de la capital. Por este motivo y “para evitar los muchos infanticidios” se promulgó la Real Cédula de 1796. Vicente Pérez Moreda opina que el infanticidio era una práctica más frecuente de lo que pudiera pensarse a fines del siglo XVIII. Arteta (1802: 80), citado por Pérez Moreda (1980: 185) denunciaba el hecho de que:

«no han faltado (madres) bárbaras e inhumanas que por sí mismas le han quitado la vida» al propio hijo, y el arzobispo de Santiago, al describir hacia 1790 la desgraciada suerte que corría todo expósito, colocaba al menos en favor suyo que no hubiesen tenido «la de ser víctimas en las crueles manos de sus madres, o en el profundo de

*pozos y ríos, o en el pasto de animales, como poco ha se experimentó»
(De Murcia, (1798), citado por Pérez Moreda, 1980: 185).*

Como se ha mencionado con anterioridad, las leyes de la época son permisivas con las mujeres que abandonan a sus hijos y sus colaboradores, siempre y cuando los depositen en los lugares habilitados para ello. Todo esto para evitar los infanticidios masivos que preocupaban tanto al gobierno, como al clero. Incluso se mantiene en el anonimato la identidad de las madres que dejan a sus hijos recién nacidos en las casas cunas.

Sacerdotes y matronas se conciencian de que la mejor manera de evitar los infanticidios es conducir a las parturientas o a los recién nacidos a las casas cuna y así lo hacen tal y como se ve reflejado en los siguientes expedientes.

El cura de Palma del Río, alentaba a todas aquellas embarazadas, deseosas de ocultar su flaqueza, a avisarle en el momento del parto. Una vez ocurrido, recomienda conduzcan a su presencia la criatura, encargándose de vestirla y bautizarla y, a renglón seguido, llevar a cabo su traslado a la casa-cuna de la vecina Écija. Agrega ser ésta una práctica habitual en él con todos los expósitos, con el fin de evitar desgracias mayores, tales como las ya narradas en páginas anteriores, ratificando su actuación al presentar dos casos sucedidos hace poco tiempo (Exp. De Palma del Río, fol. 887 v-88r.).

Otras veces son otras mujeres particulares las que ayudan de forma anónima a las que van a parir, llevando sus criaturas hasta las casas de expósitos de localidades vecinas. En El Carpio, sobre el año de 1795, metido en un canasto, se expuso a un niño recién nacido en la puerta de la casa del vicario, quien tuvo cuidado de bautizarlo y de ponerle un ama. A pesar de las indagaciones hechas por el alcalde, fue imposible averiguar si la madre era vecina de la localidad o de otra inmediata” (Exp. De El Carpio, fol. 71 v.). La conservación del anonimato primó en este caso en la madre, arriesgándose a ser castigada, según la citada normativa, al infringir la prohibición de no exponer la criatura en las casas de los curas (Vázquez Lesmes, 2010:154).

A finales del siglo XVIII se pueden contabilizar unas 75 inclusas a las que se deben añadir otras inauguradas en los primeros años del Ochocientos. Alberto de Megino, a principios del siglo XIX estimaba que el número de expósitos que morían

anualmente en España era de 21.000. El número de expósitos se incrementa a principios del s. XIX, sobre todo en 1804, debido a la grave crisis económica y situación de hambre masiva. En 1859 se registraron un total de 17.077 niños expósitos en las inclusas de toda España. (Pérez Moreda, 1980: 169-171). Según Volker Hunecke (1989), se calcula que unos 100.000 niños fueron registrados en las inclusas de toda Europa allá por el año 1850. El primer niño expósito registrado en Madrid fue Esteban, en enero de 1578 y el último fue una niña en diciembre de 1982, que ahora podría tener 33 años.

Sólo en el siglo XIX, en las 149 inclusas registradas oficialmente en España, fueron ingresados unos dos millones de niños. En el siglo XX se debe sumar un millón más. Pérez Moreda calcula que desde finales del siglo XVI hasta el siglo XX más de cinco millones de niños fueron ingresados en las inclusas españolas. Añade que estos datos no tienen en cuenta las cifras que pudieron alcanzar otras modalidades de eliminación de la infancia o de infanticidio propiamente dicho. Y tampoco la mortalidad acaecida desde el lugar del abandono del niño hasta su llegada al torno y su registro en la institución. Calcula que por lo menos un millón de niños murieron en la conducción, por lo que, sumado a los cinco, serían más de seis millones de niños abandonados. Lo que sí es incalculable, pues no hay datos sobre ello, es el número total de infanticidios producidos en esa época, fuera de los casos registrados, posiblemente más de los seis millones de expósitos.

La herencia de estos incluseros, bordes, borts catalanes y valencianos, echadillos andaluces, los pilos y pilongos extremeños, se manifiesta en nuestros días y está viva en los apellidos de miles de conciudadanos nuestros: los “San Nicolás” de Murcia, los “Goñis” navarros, los “Gracia” o “de Gracia” zaragozanos, los “San José” de Valladolid, los “Antolín” palentinos, o simplemente los “Expósito” de todas partes. Y también muchos de aquellos cuyo apellido revela hoy el lugar donde fue encontrado un antepasado suyo: de la Calle, de la Iglesia, del Corral, de las Heras, de la Fuente, del Bosque, del Pozo, del Prado, del Río, etc.

En el origen de las culturas mediterráneas figuran casi siempre los héroes fundacionales, muchos de ellos con un primer signo común en sus biografías: el tebano Edipo en la Grecia mitológica – como el mismo Zeus, alimentado por la cabra Amaltea- Sargón el Antiguo en Asiria, Rómulo y Remo en el origen del Lacio; Paris;

Semíramis; El rey Ciro de Persia; y por supuesto Moisés, que fue arrojado en un cesto y encontrado en las aguas del Nilo por la hija del Faraón Ramsés II en el S. XIII a.d. C.

Todos ellos expósitos, ¿Por qué? Como si el esplendor, la fortaleza y la longevidad de una civilización hubieran sido mayores, cuanto mayor y más evidente hubiera sido su pecado original, o más heroica la superación de un gran reto de partida, de una dificultad aparentemente insuperable (Pérez Moreda, 2005).

El ejemplo más relevante de nuestra cultura, es representado por Jesucristo, que se salvó de un infanticidio colectivo gracias a la intercesión divina. Dios mandó un ángel para avisar a José que tomase consigo a su hijo y a su esposa y que huyese a Egipto, porque Herodes quería matar a Jesús, tal y como lo cuenta el evangelista San Mateo (2, 1-15), y posteriormente narra la matanza de los inocentes (Mateo 2, 16-18):

Es cierto que la historia está plagada de grandes nombres que fueron expósitos, pero también de millones de ellos que murieron o permanecieron en el anonimato.

Fresneda y Elgarrista, en *“Aproximación al estudio de la identidad familiar: el abandono y la adopción de expósitos en Murcia (1601-1721)”* afirman que la existencia de niños abandonados es un fenómeno que abarca, en mayor o menor grado, a todos los grupos sociales del Antiguo Régimen. Como problema social tuvo una respuesta institucional (a través de Concejos, Iglesias, Hospitales), y una calificación: la de marginados (que no vendría dada por razones de religión o raza, sino por el desconocimiento del origen).

La exposición de un niño, por lo tanto, implicaba para éste algo más que el alto riesgo de una muerte inmediata. Si tenía la suerte de sobrevivir se encontraría formando parte de una sociedad que le rechazaba por no ser miembro de una familia, núcleo básico de integración social. La mayoría de los expósitos, durante el tiempo de su lactancia, convivieron con una familia pero no formaron parte de ella. Los días, meses o incluso años que permanecieron en casa de un ama no les dio otro derecho que el de luchar por la supervivencia.

Sin embargo, no fue éste el caso de todos los expósitos. Hubo un porcentaje que, aunque mínimo, tuvo la suerte no sólo de recibir mejores cuidados y atenciones,

integrarse totalmente en una familia, perdiendo por tanto, su condición de expósito y saliendo de la marginación a la que el hecho del abandono les había conducido.

De entre estos últimos cabría distinguir dos grupos. De una parte, los que regresaron a su núcleo familiar propio, como los que fueron criados por sus madres bajo apariencia de amas que no fueron descubiertas, e igualmente los recuperados por sus padres. En estos casos, más que integración en una familia, lo que se produce es la reintegración en su familia. En este sentido todos estos niños, cuyo número es difícil determinar, no fueron expósitos en el sentido total del término ya que vivieron permanentemente en su casa y no perdieron su identidad.

El otro grupo quedaría formado por los que pasaron a integrarse en un núcleo familiar ajeno con posibilidad, incluso, de acceso a la herencia. El descubrimiento, a través de los libros de protocolos notariales, de las llamadas escrituras de prohijación, en las que el expósito es declarado “universal heredero” unido al hecho de que podían no existir hijos naturales de los adoptantes, permite afirmar que la integración del niño en su nueva familia pudo ser total. (Fresneda y Elgarrista, 1987: 110-111)

Como se puede deducir, no todo fue negativo, y así lo refleja Pérez Moreda en su *Discurso*: la prolongada y dolorosa historia de las inclusas contribuyó a mejorar la suerte de muchos niños y de sus madres. Las deficiencias y abusos de la legislación suscitaron un movimiento de reforma que impulsó el nacimiento de modernas leyes de protección de la infancia (empezando por la “ley Tolosa” de 1904), y de una copiosa normativa sobre la tutela de menores. En la administración de las inclusas y el cuidado de los expósitos volcaron su vocación filantrópica unas mujeres, las Juntas de Damas, que serían el precedente de posteriores actuaciones de voluntariado sanitario, y el germen de otros movimientos de participación femenina en el escenario de la vida pública. El problema central de la nutrición de los niños sin alimento materno potenció la experimentación y desarrollo de formas de lactancia artificial, y permitió la transformación de los objetivos mismos de las inclusas, abriendo el camino a numerosas instituciones paralelas de asistencia a niños y madres lactantes: servicios de guardería infantil (como la creada en 1870, la de los niños de las tabaquerías de la Fábrica de Embajadores, ubicada en una de las salas de Maternidad e Inclusa adyacentes), asilos de hijos de familias obreras, “Consultorios

de Lactantes y Gotas de Leche”¹⁰, instituciones todas ellas al servicio de la infancia que pueden y deben citarse como expresiones embrionarias del moderno “Estado de Bienestar”.

Los médicos e investigadores que trabajaban con expósitos hicieron una serie de contribuciones esenciales al desarrollo de la medicina y la higiene infantil. Las inclusas eran el ámbito privilegiado de observación de la patología de la infancia, y los expósitos se convirtieron en objeto de experimentación de medidas profilácticas y de nuevos métodos de crianza. Desempeñaron un papel fundamental en el desarrollo de la atención médica a la infancia, como por ejemplo la inclusa madrileña que llegó a convertirse en una verdadera institución pediátrica. Los éxitos en la lucha contra la mortalidad infantil se consiguieron gracias a la experiencia médica y asistencial que proporcionó el tratamiento de los expósitos en los tiempos anteriores. Por todo ello, Pérez Moreda (2005) concluye su discurso calificando a los expósitos como “útiles al Estado” y “Gloria de la Nación”.

En la lucha contra los altos índices de abandonos y de mortalidad infantil, los gobernantes de la época, apostaron por la creación de las casas de expósitos y por los hospicios y asilos para reducir la indigencia.

Como se ha mencionado anteriormente, estas instituciones del Estado desarrollaron un gran papel para la ayuda y salvaguarda de tantos y tantos niños y niñas que hubieran tenido una vida más miserable o, en el peor de los casos, hubieran encontrado la muerte prematuramente. Aunque también, en algunos casos, han sido caldo de cultivo de experimentación biomédica, abusos y malos tratos para muchos niños, aunque no entraré en este tema porque requeriría una investigación aparte.

Las inclusas o asilos no sólo han existido en España, sino que han funcionado en muchos otros países desarrollados, con el mismo objetivo: paliar el sufrimiento de millones de niños abandonados y evitar, en gran medida, los infanticidios. Sin embargo, en esa misma época, en otras sociedades menos avanzadas, o menos desarrolladas, no existían estos medios, por lo que seguía practicándose el infanticidio como medio eficaz de control de la población.

¹⁰ Gotas de Leche es como se conocen a las instituciones dedicadas a remediar los problemas de desnutrición y mortalidad infantil en aquellas familias que no podían permitirse el lujo de tener nodriza o ama de leche y cuyas madres no podían amamantar.

Para concluir este apartado, queremos recalcar que nuestra intención ha sido acercarnos a la problemática del infanticidio en los distintos sistemas sociales de una manera retrospectiva, haciendo un recorrido histórico desde los orígenes de la humanidad hasta nuestros días, para ayudar a entender el problema en el presente y poder pensar en el futuro, analizando el comportamiento de la Humanidad a través del tiempo.

La historia es un instrumento analítico y comprensivo que sirve a la Humanidad para conocer su pasado, el porqué del presente y explicar la problemática a través del tiempo y el espacio. Además, la historia tiene una necesidad de conocer el origen y evolución del problema para afrontar mejor la discusión filosófica desde una base sólida de conocimiento. El conocimiento de la historia nos permite reflexionar sobre los problemas sociales del presente, ya que tiene un interés específico por la génesis y la evolución de los mismos. También nos permite conocer mejor al ser humano y los problemas que le atañen. Así, de esta forma, será más fácil comprender la problemática del infanticidio, analizado dentro de la historia en su totalidad, y acercarnos de manera más eficiente al problema. Conocer nuestro pasado nos permitirá posicionarnos mejor en el presente y afrontar el futuro.

El ser humano es un ser histórico, que está sujeto al cambio, que es capaz de hacerse a sí mismo. Al igual que el ser humano, la Filosofía también tiene un carácter histórico, por lo que se encuentra determinada espacio-temporalmente y es ahí, en ese espacio y en ese tiempo, donde reflexiona sobre los problemas que afectan al ser humano en particular y a la sociedad en la que vive en general.

Una vez realizada esta retrospectiva histórica, a continuación analizaremos el infanticidio desde una perspectiva etnográfica.

I.2. Aproximación etnográfica.

Tras investigar una muestra de 561 poblaciones de 112 culturas aborígenes diferentes de Asia, África, Norteamérica, Suramérica y Oceanía, basándose en informes de etnógrafos de entre mediados del S. XIX y mediados del S. XX, los antropólogos americanos William Tulio Divale y Marvin Harris (1976: 521–538), en un artículo titulado “*Población, Guerra, y el complejo de la supremacía masculina*”,

llegaron a la conclusión de que de un total de 393 sociedades investigadas, al menos en 302 de estas sociedades se practicaba el infanticidio, pero con un predominio claro de casos de infanticidio femenino sobre el masculino. En la mayoría de estas sociedades se daba prioridad en el nacimiento al macho sobre la hembra. Ambos antropólogos añaden que esto sólo es la punta del iceberg, ya que en muchas de las sociedades investigadas, no aparecen datos documentados sobre los casos de infanticidio registrados, por lo que es imposible saber con exactitud los casos reales. Lo único que se puede afirmar al respecto es que el número real de infanticidios siempre es mayor al que aparece documentado.

El infanticidio es considerado actualmente como un crimen por prácticamente todos los gobiernos del mundo. Es verdad que, a pesar de las sanciones legales, la práctica del infanticidio sigue dándose en nuestras sociedades, aunque a una escala muy reducida. Sin embargo, esta práctica ha sido abandonada como un método aceptado de control de la población y ha llegado a ser la excepción en las sociedades occidentales civilizadas, especialmente ahora que el tamaño de la familia puede ser regulado a través de la contracepción y el aborto médicamente seguro. Además, esta práctica ha sido abandonada por la mayoría de las sociedades no occidentales por varias razones derivadas del contacto con representantes de la civilización occidental.

Las sociedades primitivas en todas partes han sido desvertebradas e influenciadas por el contacto con los europeos. Muy pocos pueblos permanecen en condiciones aborígenes hoy en día. En la mayoría de las sociedades no occidentales, los primeros contactos causaron una despoblación severa a través de la explotación y de la introducción de nuevas enfermedades epidémicas. Además, el contagio de enfermedades venéreas disminuyó la fertilidad entre algunos pueblos aborígenes. Después de la peor despoblación inicial, misioneros y gobiernos coloniales animaron a la población a crecer intentando erradicar tanto el infanticidio como el aborto. A pesar de estos y otros continuos intentos, por el contrario, el infanticidio persistiría si la comunidad local no lo desaprobaba. La influencia de la civilización occidental continúa aumentando, sin embargo, y da lugar a una integración cada vez más estrecha de las sociedades primitivas con los gobiernos nacionales y el abandono eventual del infanticidio.

Las naciones tienen que luchar con problemas de población y, esta práctica común del infanticidio en la mayor parte de la historia de la humanidad, y en muchas culturas diferentes, demuestra su aceptación en el pasado como un método efectivo de control de población. Las razones por las cuales se ha practicado el infanticidio han sido indiscutiblemente económicas y demográficas. La gran mayoría de los infanticidios han sido realizados para mantener el tamaño de familias e, indirectamente, sociedades ajustadas a sus condiciones económicas y medioambientales. La adaptación a los recursos alimenticios, al patrón de subsistencia de cada sociedad o a las condiciones nomádicas parecen ser razones muy básicas para el infanticidio, siendo en el pasado la única práctica y el único método fiable para limitar el número de niños. (Williamson, 1978: 73).

Los individuos que llevan a cabo el acto de infanticidio, generalmente mujeres parturientas, no quieren hacerlo, pero ellas consideran que no tienen otra alternativa. El asesinato se hace más fácil por la creencia cultural que mantiene que un niño no es totalmente humano hasta no ser aceptado como un miembro del grupo social. Esta aceptación se produce cuando se le da nombre, o cuando parece suficientemente fuerte para sobrevivir, o cuando muestra características “humanas”, tales como caminar y hablar. El tiempo varía desde unos pocos días hasta varios años después del nacimiento. Los peruanos Amahuaca, por ejemplo, no consideran a los niños totalmente humanos hasta que no cumplen los tres años. La carga psicológica del infanticidio puede ser disminuida también por la creencia en el renacimiento eventual de un infante muerto. Los aborígenes de Groote Eylandt, Australia, por ejemplo, creen que el espíritu de un infante muerto va a un depósito de espíritus de niños a la espera de renacer, y así el niño continúa vivo, aunque en una forma diferente (Williamson, 1978: 64).

Desde una perspectiva etnocentrista podría pensarse que estas sociedades carecen de sentimientos hacia sus hijos, que son crueles. Sin embargo, la mayoría de los pueblos primitivos aman y quieren a los niños, y son más pacientes e indulgentes con ellos que los padres en las sociedades occidentales. Ellos desaprueban la azotaina y el castigo que nosotros aceptamos como trivial con nuestros niños.

Las sociedades que han practicado comúnmente el infanticidio no son necesariamente más crueles o violentas que las otras. Pueden ser violentas, como son

los yanomami, los árabes, y algunas otras; o pueden ser pacíficas, o no bélicas, como los esquimales, los bosquimanos y los tikopia. A la inversa también es verdad: diferentes sociedades bélicas de pastores africanas practican sólo ocasionalmente el infanticidio. Además, el infanticidio es, en muy pocas ocasiones, una expresión de sentimiento cruel o violento. Más bien, la práctica se lleva a cabo por razones económicas y demográficas.

A lo largo de la historia, los métodos utilizados para deshacerse de los niños no deseados han sido múltiples, al igual que los motivos por los cuales se ha llevado a cabo dicha práctica.

El infanticidio, normalmente, se practica inmediatamente después del nacimiento del bebé. El método más común suele ser la asfixia, enterrándolo vivo nada más nacer y empujando su rostro contra la tierra. También es común el ahogamiento o estrangulamiento. Otro método usado frecuentemente es la muerte por inanición, dejando morir de hambre al neonato. El abandono y la exposición son también métodos usados ampliamente por muchas sociedades. Sin embargo, el abandono no siempre termina en muerte. En algunas sociedades, por ejemplo entre los esquimales Netsilik (Williamson, 1978: 64) el llanto de los infantes abandonados sirve como señal para aquellos miembros del grupo que no tienen hijos, que pueden recoger y adoptar al infante abandonado si lo desean. Otros métodos también utilizados, aunque menos comunes, son el empleo de un arma o de una sustancia tóxica, como el opio. Todos estos métodos tienen la misma consecuencia, que no es otra que la muerte del neonato.

No hay un único factor que pueda explicar el infanticidio en su totalidad. Son muchos y variados los factores o motivos que pueden explicar la práctica del infanticidio en casi todas las sociedades del planeta. Algunos de estos factores pueden ser los siguientes: eugenésicos (eliminación de los niños defectuosos); eliminar huérfanos de madre, los partos múltiples e ilegítimos; espaciar el parto entre un hijo y otro; regular la proporción del sexo de los futuros adultos; el control demográfico. Pero también hay otros factores como el religioso (sacrificios rituales a un dios para conseguir sus favores), o los motivos económicos.

El infanticidio puede estar muy extendido en una sociedad o puede ocurrir sólo ocasionalmente, pero hay muy pocas excepciones con respecto a un tipo

determinado de infantes, que son los recién nacidos con malformaciones. Las razones por las cuales se da el infanticidio eugenésico parecen ser obvias: aversión o incapacidad para asumir la carga de cuidar a un niño tal, cuyo futuro, en el mejor de los casos, sería incierto. Lo mismo ocurre con niños que son claramente “diferentes”, como por ejemplo, aquellos con un color de piel inusual, demasiado claro o demasiado oscuro.

Si una madre moría durante el parto, o poco después, su hijo recién nacido solía ser enterrado vivo. Anteriormente, los niños muy pequeños apenas tenían oportunidad de sobrevivir sin la leche y el cuidado de su madre. Las nodrizas fueron comunes en algunas sociedades, aunque era un lujo que sólo estaba al alcance de unos pocos (Williamson, 1978: 65).

Existen otras circunstancias atenuantes para el infanticidio, que son de carácter extraordinario, pero que también se repiten a lo largo de la historia y de la geografía mundial. En tiempos de guerra se han documentado casos en los que la gente mata a sus propios hijos para no ser descubiertos por el enemigo atraído por los gritos o llantos de estos. A veces el llanto de un bebé puede descubrir a un grupo de personas escondidas para no ser descubiertas por el enemigo (por ejemplo, los Tlingit de la Costa Noroeste de Norteamérica), o para no ser capturados, o para no morir de hambre (como por ejemplo los Maoríes de Nueva Zelanda). Diversos grupos de indios de América Central, tales como los Chontal y los indios de Haití, todos de Las Antillas Mayores, de hecho, recurrieron a los abortos, infanticidios, e incluso a los suicidios para escapar de la opresión española. El hostigamiento por los europeos se da como un motivo de infanticidio entre los tasmanios. Los bebés y niños pequeños frenaban la velocidad de desplazamiento de los adultos que tenían que huir para evitar ser asesinados por los europeos (Williamson, 1978: 71).

Como hemos podido observar, muchos son los motivos y las circunstancias por las cuales se ha practicado el infanticidio y el aborto en la mayoría de las sociedades del planeta. Sin embargo, la delgada línea que separa al aborto del infanticidio, no siempre está del todo clara. A veces, se cuestiona Williamson (1978: 62-63), es difícil saber qué actos constituyen infanticidio y cuáles son abortos. Definiéndolo como el asesinato deliberado de un niño en su infancia, hasta sus dos años de edad, cubre la mayoría de los casos. Los Kanchadal del noreste de Siberia,

por ejemplo, tienen facultativos que se especializan en matar un feto a través de la pared del abdomen, durante las últimas etapas del embarazo, de lo que resulta el nacimiento de un feto muerto o el nacimiento de un niño vivo pero lisiado, el cual es matado inmediatamente. Los indios Yanomami de Venezuela hacen lo mismo en una etapa más temprana del embarazo, durante el sexto o séptimo mes. ¿Es esto aborto o infanticidio? Otra confusa línea separa el asesinato deliberado de la omisión que causa la muerte de un infante. En algunos casos, la muerte del recién nacido, por negligencia de sus cuidadores, puede ser considerada como infanticidio, a pesar del hecho de que aquellos que lo practican niegan cualquier intención de asesinato, a veces muy elocuentemente.

Las técnicas primitivas de aborto son tan peligrosas como inefectivas. Por consiguiente, sin mecanismos contraceptivos efectivos, la abstinencia sexual y el infanticidio fueron los únicos métodos de controlar el tamaño de la familia. La abstinencia en la forma de celibato ha sido practicada ocasionalmente con efectos demográficos, como por ejemplo, en los siglos XVIII y XIX en Europa. La abstinencia sexual postparto prolongada, junto con un largo periodo de lactancia también disminuye la fertilidad; pero, a pesar de ser una costumbre en algunas sociedades primitivas, la gente muy pocas veces sigue esta regla durante dos o tres años.

Al igual que el infanticidio, la práctica del aborto, fue prácticamente universal. A veces es fructífero, y si no, los intentos terminan usualmente en infanticidio como último recurso. Las técnicas abortivas, tales como el uso de la magia, pueden ser inofensivas aunque inefectivas; o pueden ser habituales métodos mecánicos, tales como pisar fuerte el abdomen o insertar objetos extraños dentro del útero. Esto último puede dañar a la mujer seriamente, incluso fatalmente, pudiendo llegar a causarle la muerte. El infanticidio es un método más seguro para la mujer, porque no pone en peligro su vida, ya que es un miembro de la sociedad más valorado que el recién nacido, y tiene la ventaja añadida de permitir a la familia o a la sociedad seleccionar más niños de un sexo que de otro. Sociedades como los Esquimales, los Yanomami, los nativos de las Islas Fiji, y la China Imperial, que favorecen claramente a los niños de un sexo, casi siempre masculino, prefieren el

infanticidio al aborto, como hacen algunas tribus del Oeste de la India, las castas más altas permiten sobrevivir a muy pocas niñas.

En la mayoría de las sociedades, los niños son muy deseados, y los matrimonios estériles y las mujeres sin hijos son con frecuencia objeto de lástima y desdén. Todavía el aborto y el infanticidio son prácticamente universales. Una sociedad con una fuerte ideología a favor de la fertilidad puede tolerar el infanticidio al mismo tiempo que sancionarlo. Una fertilidad desenfrenada no es percibida claramente como beneficiosa por otras sociedades o individuos.

En Rusia, los campesinos los sacrificaban al dios pagano “Perun”, aunque ya las leyes religiosas en el país prohibían no sólo estas prácticas rituales, sino también cualquier tipo de muerte del recién nacido. En las zonas rurales, era habitual arrojar a los hijos no deseados a los cerdos. En la Rusia medieval las leyes seculares no intervenían en esos casos por no considerarlo delito, mientras que a ojos de la iglesia, era un crimen (Ransel, 1988: 10-12).

Los svans, una étnia del noroeste de Georgia, mataban a las niñas recién nacidas llenándoles la boca con ceniza caliente.

En la península siberiana de Kamchatka, los nativos mataban a los bebés y tiraban el cadáver a los perros salvajes (McLennan, 1886). El explorador norteamericano George Kennan (1986) señaló que entre los Koryaks, un pueblo Mongoloide de Kamchatka, el infanticidio aún era común en el siglo XIX. Uno de los gemelos siempre era sacrificado (McLennan, 1886).

Dentro del mundo árabe y con antelación a la adopción de la religión islámica, Larry S. Milner, en su tratado sobre el infanticidio, afirma que éste era común entre las tribus habitantes de Arabia, aunque sólo restringido en su vertiente femenina. Una vez convertidos a la religión de Mahoma, el Corán proscribió totalmente su muerte, abundando en significar como gran pecado su ejecución. Tanto en China¹¹ – promotora del feminicidio- como en el Japón¹², donde los índices de

¹¹ « ¿Qué horror no causa a la naturaleza la bárbara crueldad que ejercitan las mujeres de la China con sus hijos. Esta prodigiosa multiplicación, dice el Autor de la Historia Moderna, tan útil y deseada en nuestros Estados de la Europa, produce en la China los mas funestos efectos. Todos los días la pobreza reduce a los padres a exponer, o ahogar los hijos. Esto sucede entre las gentes del vulgo quasi siempre que falta leche a las madres. Muchas se contentan con criar los varones, y ahogar a las hembras. El gobierno, tan atento y tan humano en otras cosas, cierra los ojos sobre estas mortandades crueles, y este horrible espectáculo se renueva todos los días. Una de las principales obligaciones de

muerres de niños recién nacidos en esta época resultan, en algunos casos, alarmantemente elevados. En Japón la palabra del habla común que se empleaba por infanticidio solía ser "mabiki", la traducción literal sería: cortar las plantas de un jardín tupido o arrancar algunos ramos a las plantitas de arroz para permitir florecer a todos los ramos restantes, pero que terminó por indicar también el infanticidio, que era ampliamente practicado no sólo por los campesinos, que contaban con modestos pedazos de terreno, sino también por los que gozaban de buena situación. El mabiki persistió en el siglo XIX y a inicios del siglo XX. Un método típico de infanticidio en Japón era asfixiar con papel mojado al bebé cubriendo su boca y nariz. El mismo ejemplo siguen los habitantes de Pakistán, en cuanto se refiere a las niñas.

Como ya hemos señalado, el infanticidio ha sido habitual tanto en las civilizaciones más grandes y desarrolladas, como en las sociedades más pequeñas y primitivas. En la China imperial, en Japón y Europa se utilizaba un método de control de crecimiento de la población, intentando evitar así las hambrunas y los desórdenes sociales. Estaba muy extendido en China en los tiempos de la Revolución Comunista. Cuando se alcanzaban los límites de la tierra arable y la capacidad de producción de alimentos, la población tenía que ser estabilizada. El infanticidio era el principal mecanismo de control de población, aunque la edad tardía del matrimonio y el aborto era también habitual en menor grado. A la hora de llevar a cabo un infanticidio se seleccionaba antes el género femenino, pues las mujeres eran menos valoradas y se prefería a los hombres para perpetuar la línea familiar. La decisión a favor o en contra de mantener vivo a un recién nacido era tomada por el cabeza de familia en el momento del nacimiento o incluso antes. Una familia debería tener dos hijos, y al menos, una hija, que sería más tarde cambiada por una esposa para uno de los hijos. Durante las hambrunas causadas por la sequía, las inundaciones, los terremotos, etc., el infanticidio femenino alcanzaba incluso mayores proporciones, dando lugar a una escasez de mujeres más tarde. En ocasiones, un cuarto de los

los Christianos, asi Chinos, como Europeos ocultos en el Imperio, es administrar el Bautismo a los niños expuestos». (Bergier, 1777).

¹² En el Japón del siglo XVIII el infanticidio jugaba un papel dentro de las «estrategias de construcción de la casa» y en la regulación de los óptimos de tamaño y composición sexual de la familia deseados, no sólo era un instrumento de adecuación entre población y recursos, como ocurría en las regiones entre Tikopia y Polinesia contemporáneamente. En Europa la consideración criminal del infanticidio se arraiga en la legislación de esta civilización. En la Época Moderna se mostró como un delito muy extraordinario, secreto y asociado a la dureza de las condiciones de la vida diaria y a los estigmas de la ilegitimidad o bastardía" (Wrightson, 1982).

hombres de la clase campesina en edad de casarse no podían encontrar esposa. Este era el resultado del infanticidio femenino, que fue un instrumento utilizado más adelante para reducir la población, ya que al haber menos mujeres habría menos parejas y por lo tanto menos hijos, a la larga se vería reducida la población. También, en tiempos de hambruna o de aumento de los impuestos, se abandonaba y dejaba morir de hambre a las niñas pequeñas y las más mayores eran vendidas como esclavas o prostitutas para aliviar la carga en las familias de recursos reducidos (Williamson, 1978: 68-69).

El sacrificio del primer nacimiento era común entre grupos tribales en India hasta el siglo XIX, y en esa misma época era práctica común en Europa desprenderse de los hijos indeseados y entregarlos en las inclusas, donde moría la mayoría.

De la misma forma que los esquimales y los aborígenes australianos también han practicado el infanticidio desde tiempos inmemoriales otros pueblos en lugares muy remotos, como por ejemplo en las islas de la Polinesia, donde habitan los Tikopia. Este pueblo aborigen ha sabido ajustar su población según la disponibilidad de sus recursos alimenticios y es un ejemplo de grupo hortícola que vive en un estado de equilibrio con sus recursos alimenticios en un sistema social que funciona bien. Los Tikopia subsisten a base de vegetales, pescado y otros recursos marinos. Su principal medio para controlar su población¹³ fue el infanticidio, el celibato y los viajes suicidas que realizaban los muchachos jóvenes. Los niños recién nacidos no deseados, o que excedían del número idóneo considerado por el cabeza de familia, eran asfixiados o arrojados para morir al nacer. Aunque no hacían distinción de sexos a la hora de eliminar a un recién nacido, siempre prevalecían ligeramente los de sexo masculino.

Pero, ¿cómo se conseguía mantener constante la población en Tikopia?¹⁴ El antropólogo Raymond Firth descubrió que había seis métodos de control demográfico que todavía se usaban en la isla en 1929, y un séptimo que había operado en el pasado. La mayor parte de los siete métodos para mantener constante

¹³ "De los siete métodos de control de la población tradicionales de Tikopia el más sencillo era la contracepción mediante el coitus interruptus. Otro método era el aborto, provocado presionando o colocando piedras calientes sobre el vientre de una mujer embarazada próxima a término. Alternativamente, se practicaba el infanticidio enterrando vivo, asfixiando o retorciéndole el cuello a un recién nacido" (Diamond, 2005: 383).

¹⁴ *Nosotros los Tikopia*, disponible en: <http://crisisplanetaria.blogspot.com.es/2010/03/nosotros-los-tikopia.html>.

la población de Tikopia han desaparecido o declinado durante el siglo XX bajo la influencia europea. El gobierno colonial británico de las islas Salomón prohibió las travesías por mar y la guerra, mientras que las misiones cristianas predicaron contra el aborto, el infanticidio y el suicidio. Como consecuencia de ello, la población de Tikopia pasó de 1.278 habitantes en 1929 a 1.723 habitantes en 1952, momento en que dos devastadores ciclones en un plazo de trece meses destruyeron la mitad de las cosechas de Tikopia y ocasionaron una hambruna generalizada. El gobierno colonial británico de las islas Salomón respondió a la crisis más inmediata enviando alimentos, y después abordó el problema a largo plazo permitiendo o animando a los habitantes de Tikopia a que aliviaran su superpoblación instalándose en las menos pobladas islas Salomón. En la actualidad, los jefes de Tikopia limitan el número de habitantes a los que se permite residir en la isla a 1.115 personas, una cifra que se aproxima al tamaño de la población que se mantenía de forma tradicional mediante el infanticidio, el suicidio y otros medios hoy día inaceptables.

Los Tikopia fueron conscientes del delicado balance entre población y recursos, y estaban preocupados por las consecuencias de interferencia por parte de los europeos. La alteración de un sistema económico y social, que pudiera provocar mucho sufrimiento y miseria, era peor para los Tikopia que la silenciosa eliminación de los bebés superfluos (Firth, 1957: 410-530).

Algunas sociedades jerarquizadas por castas han practicado el infanticidio para mantener líneas genealógicas puras y por otras razones de estatus. Los tahitianos de la Polinesia francesa, por ejemplo, mataban a los hijos de parejas de distinto rango, (Goldman, 1970: 563) y lo hacían mediante la sofocación, el quebrantamiento del cuello y el estrangulamiento. Entre la familia real de la antigua Uganda todos los niños nacidos de las hijas de un rey eran asesinados, así como los hijos de las esposas reales cuyos hijos no tenían derecho de suceder al rey. Un caso extremo de estatus de infanticidio fue practicado entre la casta alta Jhareja Rajputs del noroeste de la India que mataban a casi todas las niñas al nacer (Pakrasi, 1970: 33). Eran conocidos incluso como los "Kuri mar", los "asesinos de hijas" Una de las razones más importantes para preferir hijos varones es la religión. Según el hinduismo, un hombre que no ha podido engendrar un hijo no puede alcanzar la salvación. Sólo un descendiente varón puede encender la pira funeraria y asegurar la redención del alma

del difunto. Además, las familias de esta casta más alta evitaban así pagar grandes dotes y los gastos de la boda. En cambio, al tener sólo hijos que se casaban con mujeres de castas inferiores, eran receptores de las dotes. En este sistema, la riqueza se mantenía moviéndose dentro de la casta más alta (Williamson, 1978: 68). Por lo tanto, los motivos de este femenicidio rutinario eran de tipo religioso, pero sobre todo económico.

También se observa la práctica del infanticidio en tribus nómadas en el desierto del Kalahari, como los Kung¹⁵, cuando una mujer daba a luz un hijo y todavía tenía otro que no podía caminar, mataba al recién nacido.

La incidencia del infanticidio en África parece ser más baja que entre los habitantes de otros continentes. Los africanos también eliminan a niños defectuosos, usualmente gemelos (Williamson, 1978: 66), y a veces ilegítimos, aunque en este último caso con frecuencia se opta por el aborto. Los cazadores-recolectores africanos (por ejemplo los bosquimanos), algunos pastores (por ejemplo los Chaga de África del Este y los Malgaches de la isla de Madagascar, que son también cultivadores de arroz), y unos pocos agricultores (por ejemplo los Bemba de África del Sur) practican el infanticidio para controlar la población o espaciar el nacimiento de los niños. Pero algunos de los agricultores y pastores de África no lo hacen. Los agricultores Bantús se han extendido relativamente pronto por la mayor parte de África. Armados con tecnología superior, herramientas de hierro y conocimientos de agricultura, se propagan rápidamente hacia el sur desde su origen, probablemente en África del Oeste, empezando su expansión hace unos 2000 ó 1500 años hasta comienzos del S. XVII (Ottenberg, S. & P. 1960: 71). Los primeros habitantes, cazadores y recolectores con escasa densidad de población, fueron empujados hacia áreas marginales. Hasta recientes décadas hubo abundancia de tierra arable disponible para soportar las crecientes poblaciones de agricultores. La disponibilidad de la tierra, sin embargo, no es una razón suficiente para renunciar o abandonar la práctica del infanticidio. Muchos cazadores-horticultores de la región amazónica, por ejemplo, han tenido tradicionalmente áreas para moverse dentro de ellas, sin

¹⁵ "... la hallamos en nómadas como los Kung, en el desierto del Kalahari, cuyas mujeres siguen matando a un recién nacido si tiene un hermano o hermana mayor que aún no sabe andar ... Las comadronas japonesas que asistían un parto no asumían que el bebé viviría; en lugar de ello, siempre preguntaban si el niño iba a ser «aceptado» o «devuelto» a dondequiera que se pensaba que había venido" Singer (1997: 214).

embargo ellos practican el infanticidio por otras razones de tipo cultural, tales como la selección del sexo de los recién nacidos y la de espaciar el nacimiento de los niños (Williamson, 1978: 69-70).

Algunos africanos también han tratado de espaciar los nacimientos, principalmente después del parto. Esta práctica es considerablemente más común en África que en otras partes del mundo (Saucier, 1972: 243). La costumbre de una larga abstinencia sexual después del parto, hasta incluso más de un año, es efectiva y reduce el número de nacimientos en una población (Nag, 1962: 79). Esto debería dar a los niños una mejor oportunidad de sobrevivir, porque les permite un periodo más largo de cuidados maternos y de lactancia. Pero, al parecer, el largo periodo de tiempo entre nacimientos de los africanos sedentarios no es suficiente para asegurar la supervivencia del hermano mayor si no tiene una dieta nutricional adecuada. Los cazadores-recolectores con niños espaciados entre tres y cinco años de separación entre unos y otros, con mejores dietas alimenticias, tienen tasas de mortalidad infantil que son considerablemente más bajas que aquellas de los agricultores y pastores, cuyos niños son usualmente destetados a la edad de dos años, con la llegada de un nuevo niño. Un niño está en gran peligro al ser destetado y muchos de ellos mueren por diarrea del destete y enfermedades epidémicas. Y algunos de aquellos que sobreviven sufren daños neuropsicológicos a causa de la malnutrición, aunque sólo tienen que vivir una corta vida de sufrimientos. Algunos agricultores y pastores africanos han optado, en efecto, por la muerte natural, que siempre es más costosa y dolorosa (Williamson, 1978: 71).

Para concluir este apartado, dedicado a una aproximación etnográfica al infanticidio, cabe señalar que lo hemos utilizado como complemento a la aproximación histórica, para reforzarla desde otro punto de vista, el del estudio de las distintas étnias o grupos humanos que pueblan la Tierra. Como puede observarse, hasta aquí hemos visto que el infanticidio ha sido practicado por la mayoría de las sociedades que conocemos. A continuación ofreceremos una aproximación nomotética para completar esta primera parte de la tesis.

I.3. Aproximación Nomotética.

Primero fueron los esclavos, en una lucha que duró siglos; después, y hasta la segunda mitad del siglo XIX y primera del siglo XX, no conquistarían sus derechos las mujeres, los negros y los niños. Aún hoy en día, los derechos de las mujeres, de los grupos étnicos minoritarios y de los niños siguen siendo vulnerados a gran escala, por lo que queda mucho trabajo por hacer.

A continuación haremos un recorrido por la aparición del derecho a la educación y la conquista de los derechos del niño.

Una de las etapas fundamentales en el proceso de la educación infantil es la posterior a la Contrarreforma¹⁶, en el Estado Moderno, donde surgió un sistema pedagógico en torno al niño al que se procuraba perfeccionar mediante un proceso de civilización. Lo cual reflejaba todavía un ideal de civilidad propio del sistema tradicional y no tanto de la modernidad. Sin embargo, y a pesar de ello, este nuevo modelo pedagógico se centraba en el niño para extraer de él las máximas potencialidades que su naturaleza le permitiera. Aunque antes de esta época, en 1530, Erasmo publicó *De Pueris*, donde ya se manifestaba una cierta inclinación por la naturaleza infantil. También Luis Vives (1492-1540) expresó su interés por la evolución del niño, por las diferencias individuales, por la educación de “anormales”, y por la necesidad de adaptación de la educación a los distintos casos y niveles.

Esta nueva concepción de la infancia dio paso a pensamientos como el de Comenio¹⁷ (1592-1670) cuyas ideas fundamentales eran que el hombre se guíe por su propia razón y no por la ajena. Que la educación debe iniciarse en la infancia, sin distinción de sexo, dentro del ámbito familiar, resalta el papel de la madre como primera educadora, que debe preparar para la vida. Propone la educación obligatoria hasta los 12 años en la lengua materna y no en latín. La educación debe ser activa e

¹⁶ La Reforma Católica o Contrarreforma fue la respuesta a la Reforma Protestante de Martín Lutero, que había debilitado a la Iglesia. Denota el período de resurgimiento católico desde el pontificado del Papa Pío IV en 1560 hasta el fin de la Guerra de los Treinta Años, en 1648. Sus objetivos fueron renovar la Iglesia y evitar el avance de las doctrinas protestantes.

¹⁷ Jan Amos Komenský (Comenius) fue un teólogo, filósofo y pedagogo nacido en la actual República Checa. Estaba convencido del importante papel de la educación en el desarrollo del hombre. Se le conoce como el Padre de la Pedagogía, ya que fue quien la estructuró como ciencia autónoma y estableció sus primeros principios fundamentales. Los grandes aportes realizados a la Pedagogía, sus viajes por diferentes países de Europa (en muchos de ellos, invitado por reyes y gobernadores), y la alta preparación y constancia en su labor de educar, le valieron el título de "Maestro de Naciones".

integral, atendiendo a todas las capacidades del niño y respetando su ritmo. Por ello dice que para educar hay que dejar que todas las cosas se lleven a donde la naturaleza las inclina, sin castigos ni rigor, leve y suavemente, sin coacción alguna. Y más tarde al pensamiento de J. J. Rousseau¹⁸ (1712-1778) con quien se completará definitivamente el proceso de afirmación del niño. Sus doctrinas influyeron notablemente en las corrientes liberalistas y socialistas, sobre todo en la del socialista reformista John Dewey (1859-1952), que desarrolló una teoría pedagógica de gran repercusión en Europa y América, la denominada Nueva Escuela, que trata de adaptar la educación a los intereses del niño, otorgando una mayor relevancia a las actividades propias del niño, siendo así innecesaria cualquier autoridad externa al niño, una vez que éste ya se ha disciplinado a sí mismo en el interés por la materia que estudia. El objetivo a conseguir sería eliminar toda autoridad del mundo de la infancia y conseguir una mayor autonomía del niño.

En la misma época y paralelamente a Dewey, se desarrolló la obra de Émile Durkheim (1858-1917), que procuró resolver las contradicciones que producía la afirmación del orden social moderno apelando a una clase de autoridad en consonancia con los valores proclamados por la modernidad. Su sociología legitimó la expansión educativa que tuvo lugar en las democracias occidentales después de la Segunda Guerra Mundial. Desde este punto de vista, Durkheim rompió con el pensamiento educativo anterior, pues su propósito no era crear una sociología a la medida del niño, sino integrarlo en un orden colectivo superior por el cual sintiese veneración y respeto, y cuya autoridad fuese por tanto por él reconocida. Se pretendía así hacer de la educación un instrumento de cohesión social, evitando la desintegración de las sociedades modernas, que según Durkheim transitaban por “una de esas fases críticas” en las que “la disciplina colectiva, en su forma tradicional, había perdido su autoridad (Durán Vázquez, 2010: 7).

Aunque podríamos citar algunas grandes obras de la Historia de la Filosofía relacionadas con la educación de los niños como la *Ética a Nicómaco* de Aristóteles o el *Emilio* de Rousseau, no será hasta el siglo XIX cuando se produjeron algunos

¹⁸ El proyecto educativo del filósofo francés perseguía un modelo basado en las enseñanzas de la naturaleza, así de este modo pretendía que la infancia madurara en los niños, es decir que no hay que ver a los niños como potenciales adultos, sino como niños (personas) en sí mismos. Así los niños ya no dependían tanto de la autoridad de los adultos, sino que adquirían una autonomía inexistente hasta la época.

tímidos intentos por defender los derechos del niño. Así, por ejemplo, el escritor británico Charles Dickens, escribió entre 1837 y 1839 una de las primeras novelas sociales de la historia y la primera en lengua inglesa que tiene como protagonista a un niño; su título es *Oliver Twist* y trata de un niño huérfano que se ve obligado a vivir en un orfanato con otros niños de su misma suerte, donde pasan hambre y son maltratados sistemáticamente. Oliver Twist, que así se llama el niño, es ofrecido para trabajar como aprendiz de enterrador, pero continúan sus problemas, ya que se pelea con uno de los hijos del enterrador y tiene que escaparse. Se marcha a Londres y allí se ve envuelto en una banda de niños delincuentes. A lo largo de la novela puede percibirse la miseria, la delincuencia y otros males propios de la sociedad londinense de la época, como era el trabajo infantil o la utilización de los niños para cometer delitos. Se cree que la historia pudo estar inspirada en hechos reales.

En 1876 se publicó *Tom Sawyer*, conocidísima novela de Mark Twain, que trata de las aventuras de un niño huérfano que crece con su tía Polly y su hermanastro Sid en San Petesburgo, al Sur de los Estados Unidos, a orillas del Misisipi, antes de la Guerra Civil.

En 1879, el escritor francés Jules Vallès, escribió *El niño*, donde cuenta la historia de Jacques, un niño maltratado por sus padres, los cuales pensaban que esa era la forma correcta de educarle. Su madre, procedente de un entorno rural y humilde, inadaptada a la ciudad y que reniega de sus orígenes, ridiculiza a su hijo en público haciéndole una ropa horrible por la que el niño siente vergüenza. Su padre, que era maestro, le trata con más dureza que a sus compañeros de clase, descargando sobre él las humillaciones de un sistema educativo estricto, obsoleto y deshumanizador. Jules Vallès fue encarcelado por sus ideas y fue condenado a muerte en rebeldía en 1872; escribió su obra en su exilio a Londres.

En 1892, Kate D. Wiggin, una maestra de Pensilvania, retoma la idea de J. Vallès y escribe *Children's Rights*; este libro versa sobre los derechos de los niños, e inspiró a muchos políticos a lo largo del siglo XX. Durante el primer cuarto de siglo, surgieron varias declaraciones de los derechos del niño, bien sea en la literatura o como resoluciones de diversas organizaciones pedagógicas o científicas.

A pesar de estos antecedentes, no se reconocerá plenamente la infancia como etapa del desarrollo humano, con sus propias necesidades y características hasta bien

entrado el siglo XX, de forma que una niña o un niño pudiera convertirse en titular de los derechos humanos, no ya como un beneficiario de aquellos, sin haber cumplido la mayoría de edad y sin ser adulto, capaz de poder firmar un contrato o pacto social y de afrontar sus deberes y derechos con responsabilidad, para lo cual debe comprender el reconocimiento de dichos derechos tanto desde el ámbito filosófico, como desde el ámbito político y jurídico. Hasta entonces se había visto a la infancia bajo el prisma de la mirada de los seres humanos adultos, autoconscientes, que veían a las niñas y niños como seres humanos adultos en potencia, que algún día llegarían a ser ciudadanas y ciudadanos de pleno derecho.

Sin embargo, no es hasta 1924, cuando gran parte de los líderes mundiales de la época se acogieron a una carta redactada por Eglantyne Jebb, fundadora de “Save The Children” (Organización Internacional Salvar a los Niños, que actualmente trabaja en más de 120 países de todo el Mundo), para ratificarla el 26 de diciembre de 1924 por la V Asamblea de la Sociedad de Naciones en la Declaración de Ginebra; dicha resolución fue rectificada en 1948, con la Declaración Universal de los Derechos Humanos y reestructurada por la Asamblea General de la ONU, en 1959. La Declaración de Ginebra promulga, entre otros preceptos, que la Humanidad debe proporcionar al niño lo mejor de sí misma, debiendo procurar las condiciones necesarias al niño para desarrollarse normalmente desde el punto de vista material y espiritual; el niño hambriento debe ser alimentado, el enfermo atendido, el deficiente ayudado, el desadaptado reeducado, el huérfano recogido y ayudado. El niño debe ser el primero en ser auxiliado en caso de catástrofe. El niño debe ser protegido de cualquier explotación.

En 1931 en Alemania se dictó la primera ley a propósito de los procedimientos o actos de experimentación científica con humanos, llamada “Directivas concernientes a las terapéuticas nuevas y a la experimentación científica en el hombre”. Este cuerpo normativo expresó claramente, en su artículo 12, la obligación de informar al sujeto (paciente) y prohibió cualquier experimentación científica en seres humanos sin su expreso consentimiento para la investigación. También prohibía la experimentación en menores de edad y moribundos, ya que ni unos ni otros estaban en condiciones de consentir. Estas directivas no fueron seguidas después por los responsables de la política nazi (Palomares y López, 2002).

En 1946, la Asamblea General de las Naciones Unidas creó UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund - Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia) con el objeto de ayudar a los niños europeos en la situación catastrófica después de la II Guerra Mundial. En 1953 se decidió que dicho Fondo fuera permanente, y no de emergencia, para la protección de la infancia.

El 20 de agosto de 1947 se hizo público El Código de Nüremberg. Dicho Código resultó como consecuencia del Juicio de Nüremberg, que tuvo lugar en la ciudad de Nüremberg desde agosto de 1945 hasta octubre de 1946, en el que, junto con la jerarquía nazi, resultaron condenados varios médicos por gravísimos atropellos a los derechos humanos.

El 10 de diciembre de 1948, en París, la Asamblea General de las Naciones Unidas promulga la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que incluía implícitamente los derechos del niño. No obstante, era necesaria una declaración explícita que recogiese las necesidades específicas propias de los niños, por lo que el 20 de noviembre de 1959, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó los diez principios básicos de la Declaración de los Derechos del Niño.

El 04 de noviembre de 1950 tuvo lugar la Convención Europea para la Salvaguarda de los Derechos del Hombre y de las Libertades Fundamentales, en la ciudad italiana de Roma.

Entre 1940 y 1950, siendo Primer Ministro de Quebec, Maurice Duplessis, miles de niños completamente sanos, que vivían en orfanatos bajo el cuidado de la Iglesia Católica, fueron diagnosticados como personas mentalmente incompetentes, y clasificados como pacientes psicóticos con la finalidad de trasladarlos a sanatorios mentales, donde fueron sometidos a terribles pruebas médicas para obtener ayudas fiscales. En dichos orfanatos sufrieron abusos sexuales que han sido documentados. La organización de los llamados "Hijos de Duplessis" denunció los propósitos y sigue insistiendo en la necesidad de una reparación por parte de la Iglesia Católica por los crímenes sufridos. Nacidos fuera del matrimonio y considerados "niños del pecado", miles de niños de Quebec quedaron aislados de la sociedad y enviados a orfanatos durante el periodo de mandato de Duplessis. En cooperación con la iglesia

Católica, el primer Ministro elaboró un plan para obtener fondos federales en beneficio de miles de niños, la mayoría de los cuales habían quedado huérfanos tras ser abandonados por una madre soltera.

En algunos casos, las ayudas llegaban en beneficio de estos, en cambio en otros casos, aun llegando las ayudas, los niños incomprensiblemente eran enviados desde los orfanatos a los manicomios. Su diagnóstico: niños psicóticos. Algunos de estos niños fueron tratados como verdaderos enfermos mentales de la época, por lo que fueron atados con camisas de fuerza, sufrieron todo tipo de abusos y fueron sometidos a lobotomías y electrochoques. Estas horribles experiencias en su infancia quedaron grabadas en sus mentes, lo cual es difícil de digerir y olvidar. Años más tarde, después que estos espantosos manicomios fueron cerrados, los niños que habían conseguido sobrevivir a estas terribles torturas, se convirtieron en adultos, comenzaron a relatar los malos tratos y abusos sexuales que se vieron obligados a soportar a manos de los psiquiatras, los sacerdotes, monjas y los administradores de los centros. En 1990, tres mil sobrevivientes formaron un gran grupo para iniciar una campaña; se llamaban a sí mismos, "los huérfanos de Duplessis", consideraban al gobierno como responsable de sus difíciles vidas, por lo que solicitaron indemnizaciones. Además de la responsabilidad del gobierno y la Iglesia, también se vio implicado el colegio de médicos de Quebec, tras encontrar algunos de los huérfanos copias de sus registros médicos que se habían falsificado. El gobierno de Quebec ofreció unas ridículas indemnizaciones, pero estas no incluyeron compensación alguna para las víctimas de abuso sexual o de otra índole. Los huérfanos han rechazado la oferta y siguen esperando una disculpa de la Iglesia Católica y del Colegio de Médicos de Quebec. En 1997 se rodó la película de terror "Los huérfanos de Duplessis" donde un periodista investiga los sucesos paranormales ocurridos en el orfanato y que forman parte de las leyendas urbanas del país. No hay duda que los "huérfanos de Duplessis" sufrieron maltrato cuando estuvieron internados. A muchos se les drogaba, encarcelaba, restringía y abusaba física y emocionalmente. Algunos sufrieron otras formas de abuso.¹⁹

El 4 de junio de 2014 salió a la luz pública en Europa un asunto que es de sobra conocido pero que se ha venido silenciando durante largo tiempo. Se trata de lo

¹⁹<http://lacomunidad.elpais.com/sibyllanetcom/2011/11/4/una-terrible-historia-real-huerfanos-quebec>. Escrito por: sibyllanetcom el 04 Nov 2011.

que ocurría en las casas de acogida de mujeres embarazadas solteras, normalmente regentadas por congregaciones religiosas, y la labor de las monjas que “ayudaban a deshacerse” de los recién nacidos a dichas madres solteras sin recursos y con miedo a ser repudiadas por sus propias familias y por la sociedad en general. Muchas mujeres acudían desesperadas para abortar, otras entregaban a sus vástagos a las monjas para que éstas les buscasen familias de acogida, pero un alto porcentaje de niños moría al no tener los medios y cuidados necesarios y suficientes para sobrevivir. Tanto la literatura como el cine se han ocupado ampliamente de este tema, pero no son muchos los casos investigados y resueltos. La noticia salió en muchos medios de comunicación de todo el mundo, y yo me hago eco de un caso publicado por Antena 3 noticias²⁰ que narra el descubrimiento de 800 esqueletos de bebés en una cuba de cemento, al lado de un antiguo convento católico de Tuam (Irlanda) que albergó entre 1925 y 1961 la Casa de madres y niños de St. Mary, institución católica que acogía a madres solteras embarazadas que huían de la deshonra y de la presión social a la que estaban sometidas entonces las jóvenes que habían sido embarazadas fuera del matrimonio. Allí, las monjas del Buen Socorro habrían depositado a los recién nacidos muertos durante varias décadas. Las causas de dichas muertes pudieron haber sido múltiples: desnutrición, neumonía, tuberculosis y sin duda malos tratos. "Alguien me había mencionado la existencia de un cementerio para recién nacidos, pero lo que he descubierto es mucho más que eso", declaró la historiadora Catherine Corless, autora del descubrimiento. Al investigar los archivos de un antiguo convento de Tuam (oeste de Irlanda), hoy convertido en urbanización, la historiadora descubrió que 796 bebés habían sido enterrados sin ataúd ni lápida. William Joseph Dolan, familiar de un niño que estuvo en esa institución, interpuso una querrela para entender lo que ocurrió en esa época.

El 16 de noviembre de 1966, en la resolución 2220 de la Asamblea General de Naciones Unidas, se promulgó el Pacto Internacional de derechos civiles y políticos y Pacto Internacional de derechos económicos, sociales y culturales. Fue Ratificado por España el 17/04/1977 (BOE de 30/04/1977). Se estableció que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la

²⁰ http://www.antena3.com/noticias/espana/descubren-800-esqueletos-bebes-antiguo-convento-irlanda_2014060400167.html.

dignidad inherente a todos los miembros de la familia humana y de sus derechos iguales e inalienables.

En abril de 1967, se promulgó la Carta Médico-social de Hospitales de la C.E.E, en Nüremberg, donde se exponen los "derechos de los enfermos". En noviembre de 1967, el Comité Permanente de Médicos Europeos (CPME), promulgó la Declaración de Nüremberg sobre la práctica de la profesión en los países comunitarios. Según la cual, la vida humana desde su comienzo y la persona humana en su integridad material y espiritual deben ser objeto de un respeto absoluto.

El 25 de julio de 1968 fue publicada la Encíclica *Humanae Vitae*, que llevaba por subtítulo "Sobre la regulación de la natalidad"; fue encargada por el Papa Pablo VI y supuso un antecedente indudable para el posterior nacimiento de la Bioética. Esta encíclica mostraba la postura de la Iglesia Católica con respecto al aborto, los métodos anticonceptivos y otras medidas relacionadas con la sexualidad humana. La posición de la Iglesia era contraria a cualquier método de control artificial de la natalidad.

En 1969, en un hospital de Virginia, en EEUU, nació un niño con una atresia de píloro (obstrucción intestinal) que además padecía síndrome de Down. Tras ser informados los padres tomaron la decisión de no proceder a la pilorotomía (operación quirúrgica) así que el niño fue depositado en un lugar habilitado para ello en el Hospital Universitario John Hopkins sin proporcionarle tratamiento alguno, así que se fue consumiendo poco a poco hasta que murió a las dos semanas. Este caso, conocido como caso *baby Doe*, se hizo público e incluso se realizó una película financiada por la Fundación Kennedy que fue proyectada en 1971 durante un Symposium sobre «Human Rights, Retardation, and Research». Se puede afirmar sin lugar a dudas que el Caso Baby Doe marca un antes y un después en el nacimiento de la Bioética, pero éste no se hubiese hecho público y no hubiera tenido la repercusión que ha tenido de no ser por el apoyo de la familia Kennedy a través de su Fundación y de su Centro para el Estudio de la Reproducción Humana y Bioética.

En 1972, el Tribunal Supremo de los EE.UU., en el caso Roe contra Wade, mantuvo la decisión de que la palabra 'persona', tal y como era utilizada en la IV Enmienda, no incluyera al no-nacido y no fuera considerado como tal a todos los efectos.

En 1972, Michael Tooley publica: “Abortion and Infanticide” en *Philosophy & Public Affairs*. En su trabajo, M. Tooley defiende que, tanto los fetos humanos como los niños recién nacidos, no satisfacen la condición necesaria que un organismo debe satisfacer para ser considerado como persona y, por lo tanto, poseer un derecho indiscutible a la vida. Además, mantiene que la inmoralidad del infanticidio no puede ser defendida desde una apelación a intuiciones morales. Examina tres argumentos principales en relación al infanticidio: el argumento especiecista, el argumento de la reemplazabilidad y el de la potencialidad, dichos argumentos serán desarrollados más adelante.

Ese mismo año de 1973, en EE.UU se produce la liberalización del aborto.

El 14 de febrero de 1974 la ONU promulgó la Declaración sobre la Protección de la mujer y el niño en estados de emergencia o de conflicto armado, la cual consta de 6 artículos en los que se prohíben los ataques y bombardeos contra la población civil, el empleo de armas químicas y bacteriológicas, se insta enérgicamente a todos los Estados que cumplan con los derechos a favor de las mujeres y los niños.

En 1974, en EE.UU. se creó la Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos en la Investigación Biomédica y del Comportamiento (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research) con el objeto de analizar bajo un punto de vista ético los proyectos de investigación biomédica financiados con dinero federal. El informe final (Belmont Report²¹) confirma que el Comité cumplió con éxito su cometido, y así, siguiendo este ejemplo, se han creado muchos comités más en el ámbito internacional, nacional y local a lo largo y ancho de toda la geografía mundial. Esta Comisión promovió la moratoria a la ley del aborto del Congreso bajo patrocinio federal de investigación fetal y desarrolló las directrices para tal investigación.

En 1974, Henry Kissinger encarga el Documento “NSSM 200” de Seguridad Nacional, del Departamento de Estado de los EE.UU, donde se insta a la Agencia de Desarrollo Internacional de los Estados Unidos a promover el control de natalidad en todo el orbe, independientemente de sus métodos, fundamentalmente en todos los

²¹ El informe Belmont. Principios éticos y recomendaciones para la protección de las personas objeto de experimentación. Comisión Nacional para la Protección de Personas Objeto de la Experimentación Biomédica y de la conducta, en Couceiro (1999).

países en desarrollo. Se trata pues de una acción eugenésica a gran escala y sin precedentes en la historia de la humanidad.

En 1977 Jonathan Glover²², en *Causing Death and Saving Lives*, defiende el argumento de la reemplazabilidad, según el cual cuando viene al mundo un hijo defectuoso debe ser eliminado y reemplazado por otro sano. Más tarde también Peter Singer, entre otros utilitaristas, utilizará este mismo argumento.

Brian Johnstone distingue tres usos del término “potencia”. Establece una importante distinción entre embrión y gameto, ya que atribuye los tres sentidos anteriores de la potencia al embrión humano, contrastándolos con la ausencia del sentido fuerte o estadístico de 'potencia' en el gameto. Lo verdaderamente relevante aquí es que los embriones humanos, en virtud de sus mayores potencialidades para desarrollarse, tienen un estatuto moral que se encuentra situado entre esos gametos y los seres humanos ya nacidos.

Después de los horrores del Experimento Tuskegee²³ y basado en el trabajo de la Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos ante la Investigación Biomédica y de Comportamiento (1974-1978), el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos revisó y amplió las regulaciones para proteger a los sujetos humanos a finales de la década de los '70 y principios de los '80.

El 18 de abril de 1979 se publicó el Belmont Report; se trata de un informe creado por el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos, titulado "Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación", y es un importante documento histórico en el campo de la ética

²² Jonathan Glover (nació en 1941) es un filósofo británico conocido por sus estudios en bioética. Fue educado en Tonbridge School, después asistió al Corpus Christi College en Oxford. Fue tutor de filosofía en el New College, Oxford. Actualmente enseña ética en el King's College London. Es miembro del Hastings Center (una institución independiente de investigación bioética en los Estados Unidos).

²³ Fue un estudio realizado en Estados Unidos de Norteamérica entre los años de 1932 a 1972. Dicha investigación fue financiada con fondos federales y su diseño fue un estudio de casos y controles. El Servicio de Salud Pública aprobó la realización de una investigación para conocer los efectos de la sífilis en el ser humano y su evolución en la población negra de Tuskegee. Este hecho comienza en 1932 cuando el Servicio Público de Salud de los Estados Unidos decide llevar a cabo un estudio sobre la evolución de la sífilis en la población negra de Tuskegee, en el Condado de Macon (Alabama). Se estudió a cuatrocientos varones negros sífilíticos y otro grupo similar de doscientos no sífilíticos sirvió de control. El objetivo fue de comparar la salud y longevidad de la población sífilítica no tratada con el grupo control. [<http://aguedamunozbioetica.blogspot.com.es/2009/12/el-experimento-de-tuskegee.html>].

médica. Toma el nombre del Centro de Conferencias Belmont, donde fue elaborado el documento. El Informe Belmont explica y unifica los principios éticos básicos de diferentes informes de la Comisión Nacional y las regulaciones que incorporan sus recomendaciones. Según este Informe, los tres principios éticos fundamentales para usar sujetos humanos en la investigación son:

-Respeto por las personas: protegiendo la autonomía de todas las personas y tratándolas con cortesía, respeto y teniendo en cuenta el consentimiento informado.

-Beneficencia: maximizar los beneficios para el proyecto de investigación mientras se minimizan los riesgos para los sujetos de la investigación, y

-Justicia: usar procedimientos razonables, no explotadores y bien considerados para asegurarse que se administran correctamente (en términos de costo-beneficio).

Las aplicación de los principios generales de conducta en la investigación lleva a la consideración de los siguientes requerimientos: 1) consentimiento informado (información, comprensión y voluntariedad); 2) evaluación de la relación riesgo/beneficio (su naturaleza y alcance, su evaluación sistemática); y 3) la selección de los sujetos de la investigación.

En 1991, otros 14 departamentos federales y agencias de investigación adoptaron como normativa oficial las reglas para proteger a los sujetos humanos del Informe Belmont. Esta uniformización de las regulaciones a nivel federal se conoce informalmente como "Regla Común" (Common Rule).

Actualmente, el informe Belmont es utilizado como marco de referencia ético para entender las regulaciones del uso de sujetos humanos en la investigación experimental en los Estados Unidos. Por ello, continúa siendo una referencia esencial para que los investigadores y grupos que trabajan con sujetos humanos en investigación, se aseguren de que los proyectos cumplen con las regulaciones éticas.

El 20 de julio de 1979, la Asamblea de Jefes de Estado y de Gobierno de la Organización para la Unidad Africana, reunida en su XVI Sesión Ordinaria en Monrovia (Liberia) promulgó la Declaración sobre los derechos y bienestar del niño africano.

El 13 de septiembre de 1979, el Comité de los Ministros, en virtud del artículo 15.b) del Estatuto del Consejo de Europa, adopta la Recomendación del

Consejo de Europa (79) 17, sobre protección de los niños contra los malos tratos. Donde se recomienda a los gobiernos de los Estados miembros tomar todas las medidas oportunas para asegurar la salvaguarda de los niños objeto de malos tratos.

1979 se declaró oficialmente Año Internacional del Niño, y a partir de esa fecha se comenzó a debatir una nueva declaración de los derechos del niño, basada en nuevos principios. Como consecuencia de ese debate y 30 años después de la Declaración del 59 tendrá lugar la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, de 20 de noviembre de 1989, y que entra en vigor el 2 de septiembre de 1990. Esta Convención tiene como último objetivo garantizar la protección y el desarrollo de todos los niños, y supone el primer Tratado internacional que reconoce a los niños y niñas como agentes sociales y como titulares activos de sus propios derechos. Se compone de 54 artículos que tratan derechos tan diversos como los culturales, económicos, sociales, civiles y políticos que asisten a todos los niños sin tener en cuenta sexo, raza o religión. La Convención se complementará en el año 2000 con dos protocolos: el relativo a la venta de niños y prostitución infantil y el relativo a la participación de los niños en conflictos armados.

La diferencia entre la Declaración de 1959 y la Convención de 1989 radica en que ésta última es vinculante, como afirma el que fuera Defensor del Pueblo y Presidente del Comité Español de UNICEF:

«Su trascendencia reside en el carácter obligatorio que para los Estados conlleva su ratificación, y, en este sentido, se puede afirmar que supone la culminación del proceso de positivación de los Derechos del Niño ... Este carácter de Ley internacional obliga a los Estados Partes, como tratado internacional que es, a observar sus disposiciones (que sólo pueden ser derogadas, modificadas o suspendidas en la forma prevista en la propia Convención o de acuerdo con las normas internacionales del derecho Internacional), a asegurar su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción, a promover las medidas adecuadas para garantizar su protección y, en consecuencia, a adaptar su legislación interna al texto convencional, resultando, en caso contrario, jurídicamente responsables, ante la Comunidad Internacional, de sus acciones respecto de los derechos del niño. En resumen, la Convención es un texto legalmente vinculante para todos aquellos estados que la ratifiquen (en la actualidad, sólo Estados Unidos y Somalia no han ratificado la Convención)» (Ruiz-Giménez Cortés. 1998: 4).

Entre los derechos del niño podemos destacar los siguientes:

- Todos los niños tienen derecho a la nutrición.*
- Todos los niños tienen derecho a un nombre y una nacionalidad.*
- Todos los niños tienen derecho a la protección contra todas las formas de explotación y abuso sexual.*
- Todos los niños tienen derecho a la protección contra la trata y el secuestro.*
- Todos los niños tienen derecho a la protección contra el trabajo infantil.*
- Todos los niños tienen derecho a la protección contra el descuido o el trato negligente.*
- Todos los niños tienen derecho a la protección durante los conflictos armados.*
- Todos los niños tienen derecho a la protección contra las minas terrestres.*
- Todos los niños tienen derecho a una familia que les dé afecto y amor.*
- Todos los niños tienen derecho a conocer y disfrutar de su cultura.*
- Todos los niños tienen derecho a la intimidad.*
- Todos los niños tienen derecho a vivir en armonía.*
- Todos los niños tienen derecho al juego y la diversión.*
- Todos los niños tienen derecho a la libertad de asociación y a compartir sus puntos de vista con otros.*
- Todos los niños tienen derecho a la libertad de expresión y de conciencia.*
- Todos los niños tienen derecho a la información adecuada.*

En 1984 el Comité Warnock introduce el término pre-embrión para designar la colección de células que constituye la vida humana hasta la formación de la línea primitiva (14 días después de la concepción).

En 1985 Michael Lockwood, en *When does a life begin?* Defiende que el embrión, en su primera etapa, no es todavía un ser humano porque no se puede decir que un ser humano individual empiece a existir hasta que se haya formado el cerebro.

En 1985, John Harris en *The Value of Life*, distingue dos tipos de dificultades con respecto al argumento de la potencialidad; que la vida humana en sí misma no empieza con la fertilización, ya que el óvulo y el esperma también están vivos. La vida continúa, y lo que necesitamos no es un argumento de cuándo empieza la vida, sino de cuándo empieza la vida moralmente hablando.

El 3 de diciembre de 1986, la Asamblea General de Naciones Unidas aprobó la Declaración sobre principios sociales y jurídicos relativos a la protección y el

bienestar de los niños, con particular referencia a la adopción y la colocación en hogares de guarda, en los planos nacional e internacional.

En 1986 Anne McLaren, en *Prelude to embryogenesis*, defiende que durante la primera quincena desde la concepción, el óvulo fertilizado no es un embrión, sino un pre-embrión.

En este mismo año de 1986 Bernard Williams, en *Types of Moral Argument against embryo research*, defiende que un pre-embrión no es un ser humano por el mero hecho de que en el futuro llegará a desarrollarse como un ser humano adulto.

En 1987 Ruth F. Chadwick, en "The Perfect Baby" in *Ethics, Reproduction and Genetic Control*, habla sobre el deseo que todo el mundo tiene de tener un hijo de 'calidad', es decir, tener un hijo sano y perfecto. Discute si el principio de igualdad es un principio moral o biológico, y se pregunta si dicho principio apoyaría una política que diese prioridad a la eugenesia negativa y a la ingeniería genética.

El 23 de marzo de 1988, la Asamblea invita al Comité de Ministros a adoptar la Recomendación del Consejo de Europa 1071(1988), relativa a la protección de la infancia, según la cual se debe crear una instancia permanente para dicho fin.

En 1989, Don Marquis en *Why abortion is immoral* argumenta que el aborto, al igual que el homicidio de un ser humano adulto inocente, es inmoral. Consecuentemente, no distingue entre un embrión, un feto, un recién nacido, un niño, y un ser humano adulto, todos tienen el mismo estatuto moral, porque considera que el futuro de este ser humano tiene un valor importante.

El 20 de noviembre de 1989 fue aprobada, como ya se ha mencionado, la Convención sobre los Derechos del Niño.

A partir de la Convención de 1989 se produce un cambio de paradigma en la concepción del niño, que deja de ser un sujeto pasivo de derechos o un adulto potencial, para ser considerado un sujeto activo de derechos y es visto como una persona que tiene grados progresivos de autonomía, y que está en proceso de maduración, crecimiento y desarrollo.

El 1 de febrero de 1990, la Asamblea invita al Comité de Ministros a adoptar la Recomendación del Consejo de Europa 1121(1990), sobre los derechos del niño, donde se recomienda a los Estados Miembros, hacer todo lo posible para la rápida

ratificación y aplicación de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño.

El 11 de julio de 1990, en la XXVI Sesión Ordinaria de la Asamblea de Jefes de Estado y de Gobierno de la OUA, se adoptó la Carta Africana sobre los Derechos y el Bienestar del Niño, en Addis Abeba, Etiopía, y que consta de 48 artículos, divididos en dos partes, la primera que vela por los Derechos y Deberes, y la segunda que versa sobre la creación y organización del Comité sobre los derechos y el bienestar del niño.

El 30 de septiembre de 1990, la ONU proclama la Declaración mundial sobre la supervivencia, la protección y el desarrollo de niño y su anejo «Plan de acción» (para el decenio 1990-2000), aprobados en la Cumbre Mundial de Jefes de Estado y de Gobierno, celebrada en Nueva York.

En 1991, Alan Holland publica un documento titulado: “*A Fortnight of my Life is Missing: A discussion of the Status of the Human Pre-embryo*” como contra – argumento a B. Williams. Defiende que un ser humano lo es desde el momento de su concepción (contra lo que dice el Comité Warnock acerca de los 14 primeros días), se manifiesta en contra de la posición que mantiene que los individuos no son humanos en virtud de sus propiedades intrínsecas, sino en virtud de sus relaciones extrínsecas con los demás. En contra de lo que opina Michael Lockwood (un ser humano no lo es hasta que no se forma el cerebro).

El 8 de julio de 1992 El Parlamento europeo en la Resolución A3-0172/92 formula la Carta Europea de derechos del niño, inspirada en los textos normativos precedentes, pero añadiendo determinadas valiosas propuestas, para reforzar el aparato de fiscalización y, en su caso, sanción de las infracciones, como la instauración de los Ombudsmen o Defensores de los niños (a nivel comunitario y en los niveles nacionales), y otros valiosos aspectos complementarios. (Ruiz-Giménez Cortés, 1998: XV).

El 24 de enero de 1996, la Asamblea recomienda al Comité de Ministros adoptar la Recomendación del Consejo de Europa 1286(1996), relativa a una estrategia europea para los niños, en la que se insta a los Estados miembros, entre otras cosas, a ratificar todos los convenios sobre los derechos del niño, tanto de la

ONU como del Consejo de Europa, así como constituir una estructura intergubernamental permanente para ocuparse de los asuntos relativos a los niños.

El 25 de enero de 1996 se aprueba en Estrasburgo el Convenio Europeo sobre el Ejercicio de los Derechos de los Niños, ratificado el 11 de noviembre de 2014.

El 31 de agosto de 1996, la ONU aprueba la Declaración de Estocolmo contra la explotación sexual infantil con fines comerciales y su Anexo I que hace referencia a diferentes instancias internacionales, recomendaciones y objetivos relativos a los niños y sus familias.

En 1997, El Consejo de Europa aprobó 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. El Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina tiene como objetivos: Proteger al ser humano en su dignidad y su identidad y garantizar a toda persona, sin discriminación alguna, el respeto a su integridad y a sus demás derechos y libertades fundamentales con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina. Cada parte aportará en su legislación interna las medidas necesarias para dar aplicación a lo dispuesto en este Convenio.

El 25 de mayo de 2000, por medio de la Resolución A/Res/54/263, La Asamblea General de la ONU aprobó dos Protocolos facultativos de la Convención sobre los Derechos del Niño: uno sobre la participación de niños en conflictos armados, según el cual, se aumenta de 15 a 18 años la edad para poder participar en ellos, prohibiendo expresamente reclutar soldados menores de 18 años, que entró en vigor el 12 de febrero de 2002; y otro sobre la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía.

En diciembre de 2001, en la ciudad japonesa de Yokohama, se celebró el II Congreso Mundial contra la Explotación Sexual Comercial de la Infancia, organizado por UNICEF y el Gobierno japonés, donde se demostró el compromiso de Estados, Organismos Internacionales y ONGs para tratar este asunto que afecta a los niños de todo el planeta.

Del 25 al 28 de noviembre de 2008, en la ciudad brasileña de Río de Janeiro tuvo lugar el III Congreso Mundial contra la Explotación Sexual Comercial de la Infancia, el tema de apertura del Congreso fue la Garantía de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes y su Protección contra la Explotación Sexual.

El 23 de febrero de 2012, Alberto Giubilini y Francesca Minerva publican un artículo titulado *After-birth abortion: why should the baby live?* (Aborto postparto: ¿por qué debería vivir el niño?) Este artículo ha despertado el debate en torno al infanticidio y ha suscitado una gran polémica a nivel mundial, sobre todo en internet. Los autores de este artículo han recibido incluso amenazas por defender el infanticidio. En resumen, viene a decir lo siguiente: el aborto es comúnmente aceptado incluso por razones que no tienen nada que ver con la salud del feto. Para mostrar que (1) ambos, el feto y el recién nacido no tienen el mismo estatus moral que una persona adulta, 2) el hecho que ambos son personas potenciales es moralmente irrelevante y (3) la adopción no siempre es en el mejor interés de la gente actual, los autores arguyen que el “aborto postparto” (matar a un recién nacido) debería ser permisible en todos los casos donde lo es el aborto, incluyendo casos donde el recién nacido no es discapacitado.

En 2013, Dominic Wilkinson²⁴ publica un libro titulado *Death or Disability*, donde habla de un experimento mental según el cual, existe una máquina que es capaz de predecir con exactitud el futuro de un niño recién nacido, incluso antes de nacer, y así saber si el niño padecerá alguna enfermedad o si por el contrario crecerá sano y normal, pudiendo así calcular el nivel de calidad de vida que tendrá en el futuro. De esa forma, los padres podrán tomar una decisión sobre la vida o la muerte de sus hijos, según el pronóstico de dicha máquina.

El 16 de julio de 2015 se aprueba en el El Pleno del Senado, en su sesión extraordinaria número 76, el Dictamen de la Comisión de Sanidad y Servicios Sociales sobre el Proyecto de Ley de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.

Concluimos aquí este apartado y cerramos así la primera parte de esta tesis, dedicada a la aproximación al problema desde tres perspectivas diferentes, aunque complementarias entre sí (histórica, etnográfica y nomotética). En esta última aproximación, hemos realizado un recorrido cronológico por las leyes, las normas y los hechos acontecidos que han contribuido de una u otra forma a la situación actual

²⁴ Dominic Wilkinson es Director de Medical Ethics en el Oxford Uehiro Centre for Practical Ethics, es un consultor neonatólogo y miembro del Nuffield Medical Research, Universidad de Oxford y Hospital John Radcliffe, Oxford. Ejerció como médico en cuidados intensivos de neonatología, pediatría y adultos en Australia, estudió un Master en Bioética Humana en la Universidad de Monash, Melbourne, antes de doctorarse en Oxford y trabajar como consultor.

y a la legislación vigente para la defensa y protección de los niños en el mundo o, por lo menos, en aquellos países que han suscrito las leyes y las convenciones establecidas a tal efecto.

A continuación desarrollaremos la segunda parte, la más extensa de esta tesis, donde se desarrollará el estado de la cuestión; se analizará en detalle el concepto de persona y se reflexionará sobre la vida y la muerte. Como ya se adelantó en la “Introducción” de este trabajo, hablaremos del estatuto legal y moral de la persona, pero también sobre aborto e infanticidio. Estudiaremos los principios y argumentos más utilizados en el debate ético en torno a la eutanasia precoz y procedemos a entrar de lleno en el debate ético en torno a la eutanasia de recién nacidos con discapacidad. Para ello tendremos en cuenta las consideraciones actuales sobre el infanticidio y la eutanasia. Después analizaremos desde diferentes puntos de vista la discusión ético-filosófica sobre cuándo un ser humano adquiere el estatuto moral de persona. Más adelante procederemos a explicar en qué consiste la eugenesia y a analizar si las pruebas prenatales, el diagnóstico prenatal y el aborto selectivo son nuevas formas de entender la eugenesia.

PARTE II

SER HUMANO Y PERSONA.

SOBRE LA VIDA Y LA MUERTE

II. SER HUMANO Y PERSONA. SOBRE LA VIDA Y LA MUERTE.

II.1. Los distintos conceptos interpretativos del término ‘persona’.

Definir lo que es un ‘ser humano’, en principio y a simple vista no es muy difícil, simplificándolo al máximo podríamos decir que un ser humano es un miembro de la especie animal *homo sapiens*. En este sentido, no hay ningún dilema ético en torno la pertenencia a dicha especie, pues hay un criterio claro y objetivo: el código genético, de forma que todo ser que posea dicho código, inmediatamente será reconocido como miembro de esta especie.

Los problemas surgen cuando empezamos a usar el término ‘persona’²⁵. Para empezar, no se sabe exactamente cómo, ni por qué se empezó a utilizar este vocablo. Sobre su origen etimológico existe una gran confusión, al parecer, el término persona procede del latín *persōna*, que a su vez procede del etrusco *phersu*, cuyo equivalente griego es *πρόσωπον / prósōpon*, que significa ‘máscara’, aquella que llevaban los actores griegos en el teatro clásico. Por lo tanto, persona equivale a personaje. Otra concepción etimológica de persona es *persono*, infinitivo de *personare*, que significa ‘hacer resonar la voz’ como hacía el actor griego a través de la máscara. En este sentido, persona, también significó ‘desempeñar un papel’. Sus equivalentes en etrusco, persa y sánscrito, hacen pensar en una raíz común indoeuropea. Pero todavía podríamos considerar otro origen, en sentido jurídico, y considerar a la persona como ‘sujeto legal’, este sentido es el más utilizado. En el derecho judío se utilizó como ‘patriarca’, que era el propietario de bienes y esclavos, y en el derecho romano el término persona era utilizado para designar a los ciudadanos romanos plenos o asimilados. En filosofía, el concepto de persona expresa la singularidad de cada individuo, frente al concepto de naturaleza humana, que expresa lo común que hay en todos los individuos. Tampoco se sabe a ciencia cierta si en la Antigua Grecia se utilizaba un concepto de persona en cuanto ‘personalidad humana’, que trascendiese a su ser parte de la fisis y de la polis, lo que sí podemos aseverar es que los griegos

²⁵Por su estudio sistematizado del concepto de persona he utilizado, entre otras fuentes, el *Diccionario de Filosofía* de José Ferrater Mora (1981: 2550-2555).

concibieron el ser del hombre como parte del cosmos o como miembro del Estado-ciudad. A diferencia de la concepción griega, el judaísmo se preocupa más por la historia que por la naturaleza. El hombre ya no es un elemento más de la naturaleza, sino que se convierte en una pieza angular; esta diferencia se percibe a través de la llamada que Dios hace al hombre en su Palabra y en la historia, ante la cual el hombre es libre para responder.

Sin embargo, y a pesar de encontrar el origen del término ‘persona’ en la Antigua Grecia, y del lugar privilegiado del hombre en el universo judío, es el cristianismo el que ha hecho una mayor aportación al significado de persona, tal y como lo conocemos en la actualidad. La primera vez que aparece el concepto de persona a nivel filosófico y teológico es con el apologista cristiano Tertuliano, en el S. III, en relación con los misterios de la Santísima Trinidad y la Encarnación, afirmando que la naturaleza infinita de Dios se realiza en tres Personas: Padre, Hijo y Espíritu Santo. En este sentido se acrecientan las polémicas discusiones cristológicas sobre las relaciones entre ‘naturaleza’ y ‘persona’ en Cristo, durante los siglos IV y V de nuestra era, animadas por los teólogos de los primeros concilios, sobre todo el Concilio de Nicea, en el año 325 d.d.C. En estos animados debates entre las distintas escuelas teológicas de la época, se acuñaron nuevos conceptos filosóficos; en última instancia, los teólogos procuraban disponer de herramientas filosóficas sobre las que mantener un debate intelectual sobre los dogmas de fe que hacían referencia a Dios Padre y para ello, la teología tomó prestada de la filosofía griega los términos *πρόσωπον* / *prósôpon* y *Λόγος*/ *Logos* (Verbo, Palabra, Razón), definiendo a este último como Persona Divina. Más tarde este término fue aplicado también al Espíritu Santo, a los ángeles y a los hombres.

En la actualidad, el concepto más generalizado de ‘persona’ es el de animal racional, autoconsciente, capaz de resolver problemas y que posee una identidad propia. Si se quiere ampliar más esta definición, combinando varias perspectivas, podríamos decir que la persona humana es una unidad espiritual, un ser único e irrepetible, que posee dignidad, autonomía, libertad e intimidad. Características estas que, al ser potenciadas con la formación de la inteligencia y de la voluntad, le permiten alcanzar el bien y la verdad para conseguir, como diría Aristóteles, su finalidad, que no es otra que la felicidad. La persona se caracteriza, además, por sus

acciones ante sus semejantes y su entorno social, lo que le condiciona en cuanto al modo de ser y de comportarse. Pero veamos a continuación otros sentidos del término 'persona'.

II.1.1. Persona en sentido biológico o fisiológico.

En sentido fisiológico, podemos definir a la persona como un ser perteneciente a la especie humana, es decir, como un individuo dotado de unas características físicas únicas que le diferencian de los demás seres vivos. Como hemos mencionado anteriormente, en sentido biológico, una persona humana es cualquier ser que posee el código genético propio de la especie *homo sapiens*.

II.1.2. Persona en sentido sociológico.

Aristóteles definía al hombre como un ser sociable o como un animal político que, necesariamente debe vivir en sociedad.

Desde el punto de vista de la sociología, se considera a la persona como un ser sociable que vive y se desarrolla en sociedad, pero que no deja de actuar como individuo. La persona es un 'yo' y un 'nosotros' al mismo tiempo, es individuo que interactúa con la sociedad en la que está inmerso. Para algunos sociólogos, el tú y el nosotros antecede al yo, y éste no existiría sin aquellos. A continuación desarrollaremos brevemente esta idea en la ideología de algunos filósofos que representan este movimiento.

Por ejemplo, Jacques Maritain²⁶, filósofo cristiano, comunitarista y personalista considera que el individuo, o sujeto, es un descubrimiento moderno y entiende la individuación (partiendo de Santo Tomás) como aquello que no es la misma cosa que otra, aun compartiendo la misma naturaleza, es decir que dos individuos, aun perteneciendo a la misma especie, son diferentes el uno del otro. Un ser humano es una sustancia única, formada por alma y cuerpo. Esta concepción

²⁶ Para un estudio más pormenorizado acerca de esta concepción, consultar la Tesis de Paula Donoso Vergara: «Una revisión al concepto de persona y sociedad en cuatro autores comunitarios: Charles Taylor, Alasdair MacIntyre, Jacques Maritain y Emmanuel Mounier». Santiago, Enero de 2007. http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2007/donoso_p/html/index-frames.html.

tomista del ser humano difiere de la de Descartes, según el cual el alma (*res cogitans*) existe de forma separada del cuerpo (*res extensa*).

Teniendo en cuenta que Maritain defiende una clara distinción entre comunidad y sociedad, pero también entre individuo y persona, estas dos entidades no pueden darse por separado a la hora de comprender al ser humano. Maritain da prioridad a la persona y admite una naturaleza común a todos los hombres. Concibe a la persona como un ser social que habita en comunidad, y son las demás personas que componen dicha comunidad las que le hacen ser lo que es y desarrollarse como persona.

Maritain piensa que el personalismo supera al comunitarismo, o más bien lo complementa, porque si el sujeto fuera consecuencia de las influencias sociales y culturales sin aceptar una naturaleza humana común a toda la humanidad, se estaría entrando en un aporismo propio de una ideología culturalista, relativista o cuanto menos, sociologista. La única salida a esta aporía es la que cae el comunitarismo es la creencia en la persona y en su naturaleza humana, que nos aporta el personalismo. Así entendida, la persona supone la base que facilita los vínculos entre la sociedad y el individuo. Con respecto a la filosofía política, la persona entendida de este modo facilita un entendimiento entre el colectivismo y el liberalismo individualista; de otra forma las personas quedarían aisladas o sometidas como instrumentos a la sociedad o a la comunidad.

Para Maritain, la comunicación es la característica más importante en la persona, que fluye de ella y que comparte con las demás personas. Esta característica también es fundamental para Charles Taylor, que considera que la persona puede autointerpretarse o comprenderse a sí misma gracias a su capacidad de adquirir lenguajes humanos para comunicarse con otras personas; eso es lo que le vincula con la comunidad a la que pertenece, gracias a su carácter social. Y sólo en la comunidad el hombre puede percibirse a sí mismo diferenciado de los que le rodean y definirse como individuo perteneciente a un grupo social.

Para Taylor, la comunidad es completamente necesaria para el ejercicio de la libertad. Los individuos conservan su libertad, su unidad, su dignidad e inviolabilidad a la vez que están relacionados con el todo. En este sentido, el ser humano de Taylor coincide con el concepto de persona en Maritain, ya que su

concepto de persona es simultáneo y también forma parte del todo (parte como individuo y todo como espíritu). Así, dice Maritain: «siendo la persona un universo de naturaleza espiritual, dotado de libre albedrío y constituyendo por ello un todo independiente frente al mundo, ni la naturaleza ni el Estado pueden penetrar sin su permiso en este universo.»²⁷

La diferenciación que hace el personalismo entre individuo y persona es compartida por el comunitarismo, ya que comparten también el concepto de persona vinculada a la comunidad por su constante comunicación con los demás. En este sentido, los comunitaristas están en contra tanto de las concepciones individualistas (que plantean un yo desvinculado) como de las totalitaristas (que proponen una prioridad de la colectividad sobre el individuo). Como diría Ch. Taylor (1996: 191-192): «tanto el ego freudiano como las conexiones asociativas del conductismo remiten a este modelo del yo moderno, puntiforme y desvinculado». En el pensamiento de Taylor, que tiene muchas influencias de Hegel y de la hermeneútica, se concede más importancia a las construcciones colectivas y culturales que a la naturaleza común de los individuos. Considera al ser humano como un ser que se interpreta a sí mismo y se desarrolla en un marco social y cultural concreto, por eso el yo se define haciendo referencia a la comunidad donde habita.

Como ya hemos apuntado, desde la perspectiva de Taylor y Maritain, se puede decir que el diálogo es un rasgo esencial de la personalidad. En este sentido, MacIntyre irá aún más lejos diciendo que sin la identidad individual la estructura del mundo social y humano podría dejar de existir. Para MacIntyre los individuos tienen que satisfacer al menos dos características, a saber: 1) que las personas vinculan sus acciones a la sociedad donde actúan y su reconocimiento se da a través de la sociedad, por tanto, la vida de las personas se explica y valora por la huella que dejan sus obras en beneficio o perjuicio de la colectividad a la que pertenecen. 2) que la identidad de una persona se consigue a través de su participación en la vida pública, y es consecuencia de asumir y desempeñar el papel que le corresponde dentro de la sociedad en la que está inmersa.

²⁷Maritain, J. (1955). *Humanismo Integral. Problemas temporales y espirituales de una nueva cristiandad*. Ediciones Ercilla, Santiago de Chile, pág. 41. Ver también: Maritain, Jacques. (1939). *Para una Filosofía de la Persona Humana*. Editorial Letras, Santiago-Chile, pág. 139.

James Buchanan²⁸ añade un nuevo concepto de persona a la sociología basado en la propiedad. El economista estadounidense distingue entre anarquía real y anarquía ordenada. La primera se caracteriza por la ausencia absoluta de acuerdo y respeto por lo que es propio de los demás; se trata pues de una guerra de todos contra todos, lo que describiría Hobbes como estado de naturaleza, vida social sin reglas o jungla, como lo denomina Buchanan. Para superar esta lucha de todos contra todos, surge la necesidad de definir y hacer que se respeten los límites de actuación de los individuos, límites que vienen marcados por el derecho de propiedad, que es lo que define, para Buchanan, a la persona. La acción de todos los individuos no tiene límites, dentro de un ámbito en el que cada cual es dueño y señor, es decir, hombre libre y capaz de autodeterminación. Se es persona en el marco de la ley y siempre a partir de un derecho reconocido a hacer ciertas cosas. El segundo tipo de anarquía, la ordenada, estaría formada por un conjunto de interacciones ordenadas y sin reglas de comportamiento personal formalmente definidas. Esta situación sería ideal para el individualismo puro, sin embargo es necesario un agente ejecutor institucionalizado o una estructura de derechos individuales, ya que siempre hay que resolver disputas entre las personas, si estas no se ponen de acuerdo. Estas disputas interpersonales surgen cuando no existe ninguna línea divisoria natural, o mutuamente aceptada, entre las esferas del interés individual personal.

Buchanan considera como un grave problema la expansión excesiva del Estado, de la que son responsables los políticos y burócratas; por lo que propone controlar ese “Leviatán” y además considera que es un deber y un derecho de los ciudadanos contener al Estado en sus límites, en eso consiste la anarquía ordenada, en vivir y dejar vivir.

El orden social, como tal, implica algo parecido a un contrato social, pero es esencial que se respete la distinción entre el contrato constitucional, que delinea derechos, y el contrato posconstitucional, que atañe a los intercambios de estos

²⁸ James M. Buchanan Jr. (1919-2013). Economista norteamericano, que obtuvo el Premio Nobel de Economía en 1986 por su desarrollo de las bases contractuales y constitucionales de la teoría de la adopción de decisiones económicas y políticas. Especialista en Hacienda Pública, realizó interesantes estudios sobre el papel de la inflación como impuesto y sobre la naturaleza de la Deuda Pública. Fue líder y teórico de la corriente Public Choice que analiza la forma en que se adoptan las decisiones públicas que influyen en el funcionamiento del sistema económico. Falleció en Blacksburg, Virginia, 9 de enero de 2013. Disponible en la Enciclopedia virtual: <http://www.eumed.net/cursecon/economistas/buchanan.htm>.

Además representa junto a Nozick y Rawls uno de los tres modelos neocontractualistas del S.XX.

derechos. Los hombres quieren verse libres de restricciones, y al mismo tiempo reconocen la necesidad de un orden, y ahí es donde aparece el Estado, que cumple una función doble: hacer cumplir el orden constitucional y proveer los bienes públicos.

«La anarquía es ideal para hombres ideales; los hombres apasionados deben ser razonables. Como han hecho tantos antes que yo -escribe el autor en el prefacio-, examino las bases para una sociedad de hombres y mujeres que quieren ser libres pero que reconocen los límites inherentes que la interdependencia social impone sobre ellos. La libertad individual no puede carecer de fronteras, pero las mismas fuerzas que hacen necesarios algunos límites pueden, si se les permite, restringir la amplitud de la libertad humana mucho más allá de lo sostenible». (Buchanan, 1975: 13)

El concepto de persona de Buchanan se diferencia del de John Rawls en que mientras que el primero pretende modelar a las personas como son, y únicamente les exige tener intereses propios en función de los cuales buscarán limitar las acciones distributivas en la elección constitucional; el segundo exige a las personas adoptar una postura moral y conocer los principios de justicia. Otra diferencia es que Buchanan no considera a las personas como iguales en la etapa de deliberación, por eso es necesario el contrato surgido de la anarquía hobbesiana, porque si todos fuésemos iguales no tendríamos interés alguno en realizar un contrato y éste sería innecesario.

Un concepto de persona muy distinto del que acabamos de ver es el que proponen Apel y Habermas, representantes de la ética discursiva. Para ellos, la persona es un hablante que interactúa con un oyente, y no es concebida como un simple observador. La apertura a la alteridad y el rechazo del individualismo solipsista son radicales: el yo aparece como un alter ego, de modo que la conciencia del yo mismo ya es un fenómeno generado comunicativamente.

En resumidas cuentas, la persona desde un punto de vista sociológico es un ser humano que vive, se comunica e interactúa en sociedad.

II.1.3. Persona en sentido psicológico.

En líneas generales, la psicología tiene como objeto de estudio al ser humano, su comportamiento, las causas que determinan su conducta y la forma en que ésta se

desarrolla. Ahora bien, dentro de la psicología hay unas doctrinas conductistas, que basan la conducta humana en un comportamiento adaptativo y condicionado por sus experiencias vitales; y otras doctrinas mentalistas, que consideran al ser humano como un ente pensante, cuyas experiencias no influyen demasiado en su conducta más o menos prefijada.

Con respecto al ser humano, la psicología hace una distinción entre 1) individuo: sujeto indivisible y unitario dentro de su especie; 2) persona: ser inteligente y pensante; y 3) personalidad: conjunto de cualidades psicofísicas que distinguen a unos seres de otros. En base a esta distinción, se puede entender al hombre como:

- Individuo: es un organismo humano vivo complejo, con unas funciones motoras, sensitivas y vegetativas.

- Persona: es un individuo dotado de psique, conciencia, intelecto o capacidad de raciocinio, que es lo que le diferencia del resto de los seres vivos. La persona es considerada como un individuo concreto que abarca tanto sus aspectos físicos como psíquicos para definir su carácter singular y único. La psicología percibe e interpreta el estado de ánimo, el carácter y la forma de actuar de las personas y estudia sus cualidades y facultades, tales como la razón, los sentimientos y los valores que la distinguen de los demás seres.

- Personalidad: es lo que distingue a una persona de cualquier otra. Hay una serie de cualidades o características propias e identificativas que la configuran: carácter, condicionamientos, experiencias, aprendizaje, emociones, sensaciones, etc.

Las principales dificultades con las que se encuentra la psicología a la hora de estudiar y definir a la persona son las siguientes (Delgado, 1949: 270-271):

- 1) la persona no es ni un objeto ni una manifestación susceptible de ser objetivada, sino manantial o estructura de actos;
- 2) no es una realidad fenoménica ni una suma de cualidades, sino unidad singular inabarcable;
- 3) no es formación hecha, definitiva, sino proceso concreto que termina sólo con la muerte;

- 4) los actos que origina y que constituyen su realidad no se prestan a la reflexión psicológica, pues se dan de manera inmediata y concreta, sobre todo en la participación amorosa.

A continuación expondremos la concepción de la persona desde el punto de vista jurídico.

II.1.4. Persona en sentido jurídico.

En el Derecho, una persona puede ser tanto un ser humano individual, como un conjunto de seres humanos. Desde el punto de vista del Derecho, se considera a la persona o sujeto de derecho como todo ente (ya sea un ser humano, o una sociedad) susceptible de adquirir derechos y contraer obligaciones. Mientras tales entes no adquieran la categoría de ‘persona jurídica’ no existirán en el Derecho, sino que estarán fuera de él. Por tanto, el ser humano que existe en la naturaleza, no existe en el derecho si no es juridizado. De hecho, han existido en otros tiempos o lugares seres humanos (esclavos) que a pesar de ser miembros de la especie humana, no han sido considerados como personas o sujetos de derecho, sino como objetos del mismo, es decir, que han tenido la categoría jurídica de cosas, objetos o bienes. En la actualidad se distingue entre personas físicas (ser humano capaz de derechos y obligaciones) y jurídicas (Estado, sociedades, corporaciones, fundaciones, etc.).

En el Derecho Canónico (Canon 96) se dice que:

«Por el bautismo, el hombre se incorpora a la Iglesia de Cristo y se constituye persona en ella, con los deberes y derechos que son propios de los cristianos, teniendo en cuenta la condición de cada uno, en cuanto estén en la comunión eclesial y no lo impida una sanción legítimamente impuesta».

En este sentido, un ser humano que no haya sido bautizado no es considerado como persona en la Iglesia, ni puede disfrutar de los derechos adquiridos por los que han sido ungidos por dicho Sacramento (por ejemplo: no pueden comulgar, ni acceder “al cielo” en la otra vida). Sin embargo, el Derecho Canónico considera a cualquier ser humano digno de protección desde el momento de su concepción, por ello sanciona con la excomunión a cualquiera que aborte o induzca al aborto.

En este sentido cabría hacer una aclaración: que no todos los bautizados son personas jurídicas, ya que deben cumplir también con otros requisitos tales como estar en comunión eclesial y no haber sido castigados con sanción alguna que impida el ejercicio de la personalidad. La Iglesia Católica no reconoce como personas jurídicas en su ámbito comunitario específico a aquellos que no estén en plena comunión con el Romano Pontífice, aunque hayan sido bautizados. Así se pretende impedir que adquieran personalidad jurídica plena en el seno eclesial aquellos que pertenecen a una confesión cristiana pero no católica. Tampoco pueden ejercer la personalidad jurídica católica aquellos que han sido excomulgados (Canon 1332) por cismáticos, apóstatas o herejes.

Sobre los derechos de la persona y los delitos contra las personas nos extenderemos un poco más adelante, en el apartado dedicado al Estado legal de la persona, desde el momento de la concepción hasta después de su nacimiento. Feticidio e infanticidio. También hay que decir que el Derecho establece qué requisitos de edad son necesarios para ser reconocido como persona, de ello nos ocuparemos más adelante.

II.1.5. Persona en sentido metafísico.

Podríamos afirmar que uno de los primeros autores cristianos que contribuyó al desarrollo del concepto de 'persona' en mayor profundidad fue San Agustín, el cual aseguraba que el término persona podía utilizarse para referirse tanto al ser humano como a la Santísima Trinidad (tres Personas en un solo Dios: Padre, Hijo y Espíritu Santo); con respecto a las personas divinas afirmó que no podían ser consideradas como simples sustancias (impersonales) en el sentido clásico del término sustancia.

Se podría considerar a San Agustín dentro de las corrientes existencialistas y del personalismo filosófico y teológico, distanciándose de la concepción de persona en términos de sustancia, caracterizada por la atribución de determinadas propiedades, entre ellas su individualidad e incomunicabilidad y su carácter racional; algunos de los representantes de esta concepción sustancialista son Aristóteles, Boecio y una buena parte de los pensadores medievales.

Para San Agustín, el hombre es un *grande profundum mysterium* y una *magna quaestio*; el compuesto humano está formado por un cuerpo corruptible y un alma eterna, que fue creada de la nada. Dios creó al hombre a su imagen y semejanza, pero esa imagen ha sido deformada por el pecado y sólo mediante la gracia de Dios puede restaurarse.

Algunos de los rasgos más característicos de la persona (ser humano) en San Agustín fueron: ser con capacidad de autorreflexión (interiorización); consciente de su limitación y su responsabilidad ante Dios, que le interpela; ser ‘histórico-temporal’ (lo experimenta en sí mismo y en los seres queridos); buscador de la verdad y la felicidad (telos o Bien Supremo que da sentido a su vida); capaz de amar y de dar servicio a los demás.

Boecio (S. VI) es uno de los autores que más influyeron en la concepción del término persona. Su definición, citada comúnmente y hasta nuestros días, incluso en los libros de texto, es la siguiente: *Persona naturae rationalis individua substantia est* (una substancia individual de naturaleza racional). Su nota más característica es la propiedad de sí mismo, la existencia por derecho propio, *sui iuris*. Esta definición se reelaboró en la Edad Media, modificando a veces los términos, como hizo San Anselmo, que aceptó la definición de Boecio y subrayó el contraste entre ‘persona’ y ‘substancia’: «se habla sólo de persona con respecto a una naturaleza racional individual, mientras que substancia se refiere a los individuos, la mayor parte de los cuales subsisten en la pluralidad» (*Monologion*, §78).

Santo Tomás asume la definición propuesta por Boecio, ahondando en su significado y matizándolo: se dice de la persona que es sustancia individual con el fin de designar lo singular en el género de la sustancia, y se agrega que es de naturaleza racional para mostrar que se trata de una substancia individual del orden de las substancias racionales. Los individuos de naturaleza racional poseen, como primeras substancias que son, un nombre que los distingue de todas las demás substancias, y ese nombre es “persona”, que designa el soporte individual racional. A diferencia de ‘hipóstasis’ – que designaba asimismo primeramente a la persona, pero que acabó por referirse a la substancia como soporte de accidente-. (Ferrater Mora, 1981: 2552).

Guillermo de Occam insistió en el aspecto racional, intelectualizando la definición y afirmando también la independencia como un rasgo esencial. Para él, la

persona es una substancia intelectual completa, que no depende de otro supuesto. Las dos notas clave de la noción de persona en esta línea de pensamiento son: la individuación (unidad del yo personal) y la relacionalidad.

Los conceptos de persona vistos hasta el momento son definiciones esencialistas de la persona, que presentan una imagen intemporal y abstracta del hombre, independiente de las circunstancias históricas concretas que pueden modificar esta imagen. Con estas definiciones esencialistas de persona podemos destacar sobre todo la característica de ‘ser en sí’ o ‘por sí’, es decir, su plena independencia, su ‘subsistencia’.

Pero en el pensamiento moderno no desaparece por completo esta concepción metafísica del término persona.

Así, por ejemplo, John Locke en su *Ensayo sobre el entendimiento humano* (l.2, cap. 27, n. 10-11) publicado por primera vez en 1690, concibió a la persona como un ser pensante e inteligente, provisto de razón y de reflexión, que puede considerarse una misma cosa pensante en diferentes tiempos y lugares, cosa que hace porque tiene conciencia, porque es algo inseparable del pensamiento, y que es esencial, pues es imposible que uno perciba sin percibir lo que hace:

Siendo ésas las premisas para encontrar en qué consiste la identidad personal, debemos ahora considerar qué significa persona. Pienso que ésta es un ser pensante e inteligente, provista de razón y de reflexión, y que puede considerarse asimismo como una misma cosa pensante en diferentes tiempos y lugares; lo que tan sólo hace porque tiene conciencia, porque es algo inseparable del pensamiento, y que para mí le es esencial, pues es imposible que uno perciba sin percibir lo que hace. Cuando vemos, oímos, olemos, gustamos, sentimos, meditamos o deseamos algo, sabemos que actuamos así. Así sucede siempre con nuestras sensaciones o percepciones actuales, y es precisamente por eso por lo que cada uno es para sí mismo lo que él llama él mismo [...]. Pues como el estar provisto de conciencia siempre va acompañado de pensamiento, y eso es lo que hace que cada uno sea lo que él llama sí mismo, y de ese modo se distingue de todas las demás cosas pensantes, en eso consiste únicamente la identidad personal, es decir, la identidad del ser racional, hasta el punto que ese tener conciencia puede alargarse hacia atrás, hacia cualquier parte de la acción o del pensamiento ya pasados, y alcanzar la identidad de esa persona: ya hasta el punto de que esa persona será tanto la misma ahora como entonces, y la misma acción pasada fue realizada por el mismo que reflexiona ahora sobre ella que sobre el que la realizó". (Locke, 1980: 492-493).

Una concepción muy similar de persona es la que nos aporta su coetáneo G.W. Leibniz (1646 - 1716), en sus *Nuevos ensayos sobre el conocimiento humano* escrito en 1704, catorce años después que el ensayo de Locke, y publicado póstumamente en 1785, afirma que «la palabra ‘persona’ conlleva la idea de un ser pensante e inteligente, capaz de razón y de reflexión, que puede considerarse a sí mismo como él mismo, como la misma cosa, que piensa en distintos tiempos y en diferentes lugares, lo cual hace únicamente por medio del sentimiento que posee de sus propias acciones.»²⁹ Su definición de persona es muy similar a la de John Locke.

Es fácil observar la permanencia de los mismos rasgos de la persona: racionalidad, independencia, autoposesión y autoconocimiento. No aparece ninguna referencia a la relación, sino que se centra en la propia interioridad monádica.

Se podría afirmar que mediante la noción de persona se puede conceptualizar la vivencia de la humanidad del hombre, que corresponde a una nueva forma de existencia no meramente naturalista, como era la griega. Queda así instituida una nueva situación que impulsó la especulación metafísica de Occidente introduciendo nociones como las de persona y espíritu, que rebasan los conceptos de la metafísica griega desarrollada hasta entonces. A esta innovación respecto de la ontología griega, el pensamiento moderno aporta, sobre todo a través de Inmanuel Kant (1724-1804) una versión moderna de la persona, distinguiendo entre naturaleza y persona: el ‘yo’ humano no es un trozo del universo, por tanto, trasciende a la Naturaleza, porque ese yo es persona. De ahí que, según Zubiri (2002: 54-57), la moral kantiana constituye una metafísica de la persona humana. Se consolida así la irreductibilidad de la persona humana a la Naturaleza. No se niega la existencia natural del hombre, pero lo esencial es su ser persona (Conill, 2005: 109).

Para el representante francés del personalismo comunitario, Emmanuel Mounier (1905-1950), la persona no es la conciencia que el yo posee de ella. Cada vez que el yo lleva a cabo un acto de constatación de su propia conciencia, lo único que constata son fragmentos efímeros de individualidad (Ferrater Mora, 1981: 2550-5). El personalismo de Mounier es un movimiento de pensamiento y acción que afirma el valor absoluto de la persona, que no deja de ser individuo en ningún momento. En definitiva, defiende la supremacía de la persona sobre las necesidades

²⁹ Leibniz, *Nouveaux essais sur l'entendement humain*, II, XXVII, 9, en Ferrater Mora, J. Op. Cit., p. 2553.

materiales y sobre los mecanismos colectivos que promueven su desarrollo. Los objetivos de este movimiento son: reafirmar el valor absoluto de la persona, colocar a cada ser humano en situación de poder vivir como persona y promover una revolución personalista, comunitaria y espiritual.

El personalismo de Mounier se coloca frente al existencialismo y frente al marxismo. En realidad, el filósofo francés no es un personalista al uso, ya que él distingue entre filosofía y sistema, y considera que el personalismo es una filosofía, pero no un sistema, ya que está abierto a la penetración en la intimidad y misterio de la persona humana. En realidad el personalismo de Mounier es más metafísico y ético, y pretende desprenderse del modernismo, el integrismo, el materialismo exteriorizante y el espiritualismo cerrado. Considera el personalismo como un sistema eticometafísico abierto, dinámico y no excluyente.

Mounier estudia a la persona desde su dimensión espiritual hacia lo universal (en la vocación), hacia abajo (en la encarnación) y hacia los lados (en la comunión). El nuevo hombre personalista tiene como objetivo construir comunidades a la medida de la persona, donde cada individuo sea respetuoso con las personas, donde los hombres se comunican entre ellos, y donde se descubre al Dios cristiano como comunicación suprema. Según Mounier sólo puede creer en Dios quien viva la verdadera comunicación con los demás, pero trascendiéndose así mismo. En este sentido, Dios es el valor personal absoluto o el valor de los valores, que se ha manifestado como persona en la historia.

Mounier (1967: 75-77) considera a la persona como un «ser espiritual constituido como tal por una forma de subsistencia mediante su adhesión a una jerarquía de valores libremente adoptados, asimilados y vividos en un compromiso responsable y en una constante conversión; unifica así toda su actividad en la libertad y desarrolla, por añadidura, a impulsos de actos creadores, la singularidad de su vocación». Además Mounier considera que la persona trasciende la individualidad de cada ser, su conciencia y por ende su personalidad, por ello el personalismo de Mounier es entendido como un transpersonalismo; esto supone que la comunidad se contrapone a la persona dentro de la dialéctica del amor, en la que existir es lo mismo que amar. La persona se sale de sí, se trans – pasa, se mueve dentro de la comunión

de los valores, está en una constante actividad creadora; la persona, al comunicarse se eleva y se transforma.

II.1.6. Persona en sentido fenomenológico y ontológico.

Para entender este apartado es necesario explicar, aunque sea muy someramente, qué es la fenomenología y la ontología.

La fenomenología es una rama de la filosofía que no admite una única definición, ya que tiene diferentes variantes; no obstante atendiendo a la etimología del término, se compone de dos vocablos griegos: *fenomenon* (manifestación, aparición) y *logos* (ciencia, estudio o tratado), por lo que se podría definir como una parte de la filosofía que se dedica al estudio de las cosas según su manifestación, y que pretende dar solución a los problemas filosóficos desde la experiencia evidente, es decir observando las evidencias, los fenómenos, los hechos.

La ontología es una parte de la filosofía que estudia lo que hay, lo que es. Etimológicamente se compone de dos vocablos griegos: *ontos* (ente) y *logos* (estudio, ciencia o tratado), es decir, el estudio del ente o del ser en cuanto que ser, o del ser en general. Leibniz la define como ciencia de lo que es y de la nada, del ente y del no ente, de las cosas y de sus modos, de la sustancia y del accidente. Kant considera la ontología como el estudio de los conceptos *a priori* que residen en el entendimiento y tienen su uso en la experiencia. Husserl la define como una ciencia de las esencias que puede ser formal o material. La primera se dedica a las esencias formales, es decir, a las propiedades de todas las esencias. Las ontologías materiales tratan de esencias materiales y se restringen según los modos de sus objetos. Por tanto, son llamadas también “ontologías regionales”. Husserl diferencia la metafísica de la ontología en tanto que la metafísica confunde al ser con el ente y la ontología parte del hecho de que son diferentes. Hartmann define la ontología como la crítica que permite descubrir los límites de la metafísica y qué contenidos pueden ser considerados como racionales o inteligibles.

La ontología tradicionalmente se ha preguntado sobre la existencia de Dios, de las ideas, de los pensamientos, de las entidades abstractas, de los universales, etc. Además de preguntarse por la existencia de los entes, también estudia sus relaciones,

como por ejemplo cómo se relacionan los universales con los particulares, o cómo se relaciona un acto y sus participantes.

Ontológicamente hablando, podríamos decir que una persona es una sustancia primera e individual, que no puede ser predicada de otros sujetos. La persona es un ser de naturaleza racional, inteligente y libre; ya que es dueño de su propio ser, y de sus actos, se pertenece a sí mismo y por tanto no puede pertenecer a otros. Una persona puede ser privada de libertad estando en la cárcel o siendo esclavo, pero aún en esas circunstancias sigue siendo dueña de su voluntad, de sus actos y de su propio ser por su naturaleza racional.

Entender las distintas concepciones de persona, sobre todo desde la ontología o la fenomenología, no es tarea fácil, por ello hemos optado por apoyarnos en el libro de Urbano Ferrer: *¿Qué significa ser persona?*, dedicado por completo al estudio de la persona. Esto no quiere decir que compartamos estas concepciones, sino que utilizamos los medios a nuestro alcance para elevar nuestra altura de miras y poder así explicar mejor las distintas concepciones del término que existen. Así, Ferrer, (1993: 40) considera que tanto ontológica como fenomenológicamente, la persona se comporta como individuante de cada uno de los rasgos y manifestaciones que le son propios. Además, agrega que la unidad indestructible de la persona es la de un todo en sí mismo, no acumulativo con los otros seres. Es totalidad no sólo por reasumir, en su ápice o vértice, el conjunto del Universo, a modo de microcosmos, sino también como principio subsistente unificador, carente de partes extra partes, al estar todo él en cada una de sus operaciones.

En sentido ontológico, (Ferrer, 1993: 40) la persona es sustancia primera, tal que no se torna individual a partir de lo que no es ella, sino que posee en sí misma la individualidad. A diferencia de «hombre» que puede ser predicado de los distintos hombres singulares, la persona es sujeto último, incapaz de ser a su vez predicado de otros sujetos que fuesen más originarios como sujetos que ella; de aquí que no haya un término universal para identificarla.

En sentido fenomenológico, (Ferrer, 1993: 40) Max Scheler ha caracterizado a la persona como el agente unitario que, al referirlas a sí, da concreción a las esencias abstractas de actos de la más diversa índole, como el ver, el valorar, preferir, pretender, etc.; tales esencias pueden ser delimitadas en abstracto a partir de sus

respectivos términos intencionales, pero sólo cuando se las agrupa en torno a alguien que las ejecuta adquieren la plenitud de su desarrollo y se las ve en su surgimiento.

Al final de este capítulo, concretamente en el apartado II.1.10, expondremos una breve conclusión, en la que destacaremos la multitud de definiciones de persona que existen, dependiendo de la perspectiva o de la corriente de pensamiento desde donde se analice. Y en la quinta parte de este trabajo, dedicado a las conclusiones, expondremos nuestra definición de persona en la conclusión V.4.

II.1.6.1. Del sujeto trascendental a la persona.

Según reza en el diccionario de la RAE, en su tercera acepción: «trascendental se dice de los conceptos que se derivan del ser y se aplican a todos los entes» y en su cuarta acepción: «En el kantismo, se dice de lo que se refiere a la realidad pero excede de los límites de la experiencia». En el juicio moral de Kant se produce una escisión entre el sujeto trascendental y el sujeto empírico. En el ámbito especulativo, el sujeto trascendental es intencional, por lo que su arquitectura cognitiva es universal, así pues sus categorías y las formas de intuición son funcionales, por lo que el sujeto no puede verse reconocido en ellas.

Urbano Ferrer (2002: 21 y ss.) intenta buscar una vía por la que acceder a la persona desde el sujeto moderno, es decir, la trasmutación del sujeto trascendental en persona a través de la concepción de sujeto trascendental desde Kant a Husserl, pasando por Fichte.

a) El sujeto trascendental en Kant.

El yo trascendental en Kant es aquello a lo que remite toda experiencia tanto externa como interna. Sin él, el conocimiento sería imposible. Es la conciencia que acompaña a todo conocimiento, la conciencia en sí misma como sujeto pensante en general. Por esto denomina a tal sujeto “yo” o “percepción pura” y debe diferenciarla del yo empírico (el que puede experimentarse en cualquier momento dado). También lo llama “unidad originaria sintética de percepción” porque confiere la máxima unidad al conjunto de toda la experiencia en el sentido de que ésta ha de concebirse como experiencia de un sujeto: yo trascendental. Las categorías son el medio como el yo realiza tal síntesis. Por esto no hay objeto posible alguno de la experiencia si no

es por el uso de las categorías y, en general, no hay objeto posible alguno sin un sujeto. Este es el origen del conocimiento objetivo: todo lo que es objeto de conocimiento lo es porque es algo susceptible de ser pensado según las categorías del entendimiento. El entendimiento pone las reglas (categorías) a las que está sometida la experiencia.

En Kant se da una dicotomía entre dos espontaneidades antitéticas: la inclinación y el deber; lo mismo ocurre entre el ‘yo’ (sujeto que es idéntico, autónomo, incognoscible, nouménico, realidad inteligible) y el hombre (que es fenómeno, empírico, y se da en el ámbito de la naturaleza). La espontaneidad del sujeto actúa por deber y tiene conciencia de fin en sí mismo. En este sentido, Kant formula el imperativo categórico en la *Fundamentación de la metafísica de las costumbres* y lo hace bajo tres formulaciones:

«Obra sólo según una máxima que puedas querer que se convierta, al mismo tiempo, en ley universal».

«Obra de tal modo que trates a la humanidad, tanto en tu persona como en la de cualquier otro, siempre como un fin y nunca solamente como un medio».

«Obra como si por medio de tus máximas fueras siempre un miembro legislador en un reino universal de los fines».

Este imperativo categórico, bajo sus tres formulaciones posibles, tiene la pretensión de ser un mandamiento autónomo y autosuficiente, capaz de regir el comportamiento humano en todas sus manifestaciones.

b) El sujeto trascendental en Fichte.

El yo se determina a sí mismo por pura espontaneidad. Los rasgos kantianos del sujeto trascendental (espontaneidad y no transparencia a la conciencia objetiva) se mantienen en Fichte. Su identidad consigo mismo es anterior a toda conciencia empírica de objetos y no necesita expresarse en un juicio de identidad.

El sujeto fichteano es consciente de su actividad, adquiere la conciencia práctica de sí mismo cada vez que se propone un fin (en contraposición a la dicotomía kantiana: sujeto (nouménico) y acciones propositivas, guiadas por máximas). En este punto, afirma Ferrer, (2002, 29), se puede encontrar en Fichte la reflexividad originaria del querer que faltaba en Kant, que consiste en que la decisión

se dirige a una actividad querida por el sujeto y que termina en ella. Dicho de otra forma, mientras que en Kant el deber (a priori y espontáneo) se dirige hacia las inclinaciones pasivas, en Fichte el Yo (sujeto) mediante el querer se dirige hacia el acto (querido y deseado por el propio Yo).

c) El sujeto trascendental en Husserl.

Husserl considera al “yo” puro como lo absolutamente indubitable; que se manifiesta en sus vivencias intencionales. Pero el absoluto indubitable no es la *res cogitans* cartesiana, sino la estructura esencial y necesaria de la conciencia, donde el yo es el que lleva a cabo sus actos conscientes, que están en conexión esencial con sus objetos intencionales. El yo trascendental es la condición esencial de cualquier acto singular consciente.

Ni el sujeto puede ser separado de sus modos de vivir, ni los actos intencionales son separables de su sujeto (algo no puede ser pensado separado de las vivencias - de su vida). El yo puro no puede ser objetivado en un acto reflexivo. Es el límite de toda objetivación posible, la subjetividad trascendental originaria, indescriptible y vacía de determinaciones.

Husserl establece una clara distinción entre “yo” y “persona”. El yo puro es foco de irradiación no cualitativo, mientras que la persona es unidad de determinaciones cualitativas o de propiedades. Husserl hace este tránsito del yo a la persona recurriendo a la libre motivación y a los hábitos, en la medida que ambos penetran en la estructura del yo con anterioridad a la reflexión. La persona en Husserl es el sujeto sobre el que recaen los actos que él mismo ejecuta. El yo personal, la persona, es una realidad, al contrario que el yo idéntico o indiferenciado, que no es real. La realidad personal (integradora del cuerpo) camina hacia una naturalización de la conciencia. Como ha señalado Ferrer (2002: 80) la realidad personal es el fundamento que se da antes de tomar conciencia del yo, antes de la propia identidad. Las vías de acceso a la persona son la relación de motivación y los hábitos personales o habitualidades. En este sentido, se pueden distinguir dos características que hacen al yo un sujeto personal: estar motivado y la formación de los hábitos.

II.1.6.2. La fenomenología en Max Scheler³⁰.

Siguiendo los pasos de Husserl, Max Scheler aborda el concepto de persona desde la fenomenología, pero no sólo desde esa perspectiva, sino también desde su filosofía de la religión, desde la Antropología, desde la Ética; no en vano, donde refleja verdaderamente toda su concepción de la persona es en su archiconocida obra *El formalismo en la Ética y la Ética material de los valores*.

Scheler difiere de Husserl al separar el modo de donación del yo del modo de donación de la persona. Para acceder a la persona parte de la descripción y de las implicaciones de los actos que proceden de ella. Para Scheler el Yo es la conciencia, la psique; el cuerpo es la conciencia inmediata y la persona es la unidad de relación de actos. El yo percibido equivale a la conciencia y a las percepciones psíquicas. La conciencia inmediata es anterior y precede a las sensaciones. Un ejemplo: si yo pincho mi mano, no necesito ninguna coordinación ni asociación para saber que el dolor que siento es en la mano que veo; o puedo emitir mi voz y escucharla al mismo tiempo sin conciencia de duplicidad. El paralelismo entre el propio cuerpo y el yo consiste en que el yo acompaña a las distintas percepciones psíquicas, a modo de una totalidad de la que estas percepciones se destacan.

Ni el yo es un agregado de vivencias en el tiempo ni el cuerpo es un agregado de partes contiguas. Si partimos de las vivencias y las enlazamos en el tiempo se produce un falseamiento de la descripción fenomenológica de las vivencias. Este espejismo se debe a la intercalación del cuerpo en el modo de percibir las vivencias; el cuerpo selecciona unas u otras, separándolas de su unidad viviente en un yo, para después unir las temporalmente en un modo artificial. No existe un yo fuera de las vivencias en curso, ni tampoco oculto tras ellas, sino que el conjunto vivencial está unido por el entrecruzamiento entre las vivencias; y si estas no se disocian en puntos fugaces es porque conjuntamente con ellas es vivenciado el yo (alguien) a quien pertenecen. Por tanto, la unidad del yo, en la que se viven las vivencias, es paralela a la unidad de la persona, en la que se congregan los sentidos que especifican a los actos intencionales. Para Scheler, la persona no es ni un sujeto vacío, ni una

³⁰ Para desarrollar este apartado nos hemos basado en Ferrer (2002: 48-60).

colección de actos, la persona penetra y transfunde cada uno de los actos que realiza, impregnándolos de su dirección cualitativa.

La diferencia entre persona y yo en Scheler radica en que la persona se vivencia a sí misma en el cumplimiento de los propios actos, en vez de ser un objeto copercibido, como ocurre con el yo. Dicho de otra forma, mientras las funciones vitales orgánicas corresponden al yo, los actos son ejecutados por la persona. Scheler llega fenomenológicamente a la persona a partir de las esencias de los actos, al reparar en que estas esencias necesitan de la persona para su plena realización y desarrollo. Y como la persona es para Scheler inseparable de sus actos, estos participan de la misma consciencia supraobjetiva de su agente personal: por ello, el acto no es enteramente transparente, ni siquiera para su realizador.

Según Scheler se accede inmediatamente a la persona desde sus actos sin pasar por el yo-sujeto (encargado de las funciones biológicas), por tanto, los rasgos del yo (condicionamiento por el mundo exterior, o sus reacciones emocionales) no rozarían el nivel espiritual del acto personal, que se reconoce solo por la dirección afectiva que está inscrita en el *ordo amoris*. Se explica así la resistencia de Scheler a conceder el estatuto personal a aquellas manifestaciones vitales del hombre en que falta el dominio sobre los actos, o incluso la conciencia expresa.

Por lo tanto, en la fenomenología de Scheler, no serían considerados como personas aquellos miembros de la especie humana que no tengan desarrolladas las características propias de esta, como por ejemplo los embriones, los fetos, los niños recién nacidos, los enfermos mentales, ancianos, enfermos en fase terminal o cualquier ser humano en estado de coma.

Al parecer no es tan evidente la distinción entre yo y persona establecida por Max Scheler. Desde la Ética se podría alegar que existen en el ser humano zonas morales y por ende personales como por ejemplo la capacidad de atribución de los propios actos o la responsabilidad que queda en él después de haber actuado, que no son compatibles con la sola actividad espontánea de la persona.

II.1.6.3. La cuestión de “ser persona” en Martin Heidegger y la comparación con Scheler y Husserl.

En el §10 de *Ser y Tiempo*, Heidegger (1995: 59-60) considera que las exégesis de la personalidad hechas por Husserl y Scheler concuerdan en lo negativo y añade que no llegan a plantear la cuestión de “ser persona”. Toma como ejemplo la exégesis de Scheler porque acentúa expresamente el “ser persona” en cuanto tal y trata de definirlo por el camino de un deslinde del ser específico de los actos frente a todo lo “psíquico”. La persona nunca debe concebirse, según Scheler, como una cosa o una sustancia; “es, antes bien, la unidad simultánea y directamente vivida del vivir las vivencias – no una cosa simplemente imaginada fuera y directamente detrás de lo directamente vivido”. Persona no es un ser cosa, un ser sustancial. El ser de la persona tampoco puede reducirse a un ser sujeto de actos racionales sometidos a ciertas leyes. La persona no es una cosa, no es una sustancia, no es un objeto, pero tampoco es un ser que no haya vivido ninguna vivencia.

A la esencia de la persona es inherente el existir sólo en la ejecución de los actos intencionales, no siendo, pues, por esencia objeto. Si tomamos los actos por algo psíquico estamos despersonalizando. La persona se da siempre como ejecutora de actos intencionales ligados por la unidad de un sentido. El ser psíquico no tiene por consiguiente nada que ver con el ser persona. Los actos se ejecutan, la persona es ejecutora de actos.

Por lo tanto podemos afirmar en este sentido que un ser humano que no pueda ejecutar actos intencionales no puede ser considerado como persona.

II.1.7. Persona en sentido religioso y “persona eclesiástica”.

En sentido religioso, las personas son concebidas como individuos (no independientes) vinculados o unidos por una fe, que cumplen los mandatos divinos y buscan la verdadera libertad.

En este apartado sobre la concepción de persona en sentido religioso me centraré únicamente en la posición de la Iglesia Católica. El motivo no es otro que la conveniencia de esta perspectiva para el desarrollo de mi tesis, ya que centrará el debate sobre el Principio de la Santidad de la Vida Humana en contra del

infanticidio. Y ya que éste no es el tema fundamental de este trabajo, no quisiera extenderme demasiado en el estudio sobre la concepción de persona en las diferentes religiones que existen en el mundo, aunque me parece un tema fascinante, que quizás en un futuro pueda desarrollar exhaustivamente.

El Cristianismo, y más concretamente el Catolicismo, cree que el hombre fue creado a imagen y semejanza de Dios, y al ser la vida humana un don divino es por ello que la vida es sagrada y no le pertenece a los hombres, sino a Dios. Dios creó la parte material del hombre utilizando polvo de la tierra, pero le confirió un carácter espiritual otorgándole un alma³¹, a diferencia de los demás seres vivos que Dios había creado anteriormente. Más tarde le asignó una mujer para que procrease y sometiese a los demás seres que pueblan la tierra³². Con el Sacramento del matrimonio, el hombre y la mujer forman una sola carne y son capaces de engendrar hijos por la gracia de Dios a su imagen. La generación es, según la Iglesia Católica, la continuación de la creación. Todas las personas que integran la Iglesia viven en común-uniión con Cristo (la segunda persona de la Trinidad) que fue entregado por Dios padre a los hombres para su salvación.

En el Concilio Vaticano II, más concretamente en la Constitución dogmática sobre la Iglesia *Lumen Gentium*³³, se declara que: El Hijo de Dios, en la naturaleza humana unida a sí, redimió al hombre, venciendo la muerte con su muerte y resurrección, y lo transformó en una nueva criatura (Ga 6,15; 2 y Co 5,17). Y a sus hermanos, congregados de entre todos los pueblos, los constituyó místicamente su cuerpo, comunicándoles su espíritu. En ese cuerpo, la vida de Cristo se comunica a

³¹ «Y alentó Dios en sus narices soplo de vida y fue el hombre un alma viviente» (Génesis 2:27).

³² Con respecto a la creación del hombre y la mujer, se pueden encontrar dos relatos en el mismo libro de la Biblia, en este trabajo no entraremos a debatir este asunto por no considerarlo importante para el resultado de nuestra tesis, dejamos ese trabajo a los teólogos. Sin embargo, nos hacemos eco de los dos relatos, que son los siguientes:

«Formó, pues, Jehová Dios al hombre del polvo de la tierra y sopló en su nariz el aliento de vida; y fue el hombre alma viviente» (Gen. 2, 7) ... «Y Jehová Dios hizo caer un sueño profundo sobre Adán, y éste se quedó dormido. Entonces tomó una de sus costillas y cerró la carne en su lugar; y de la costilla que Jehová Dios tomó del hombre, hizo una a mujer y la trajo al hombre.» (Gen. 2, 21-22)

«Y dijo Dios: a Hagamos al hombre a nuestra imagen, conforme a nuestra semejanza; y tenga dominio sobre los peces del mar, y sobre las aves de los cielos, y sobre las bestias, y sobre toda la tierra y sobre todo animal que se arrastra sobre la tierra. Y creó Dios al hombre a su imagen, a imagen de Dios lo creó; varón y hembra los creó. Y los bendijo Dios y les dijo Dios: Fructificad y multiplicaos; y henchid la tierra y sojuzgadla; y tened dominio sobre los peces del mar, y sobre las aves de los cielos y sobre todas las bestias que se mueven sobre la tierra». (Gen. 1, 26-28).

³³ Disponible en: http://www.vatican.va/archive/hist_councils/ii_vatican_council/documents/vat-ii_const_19641121_lumen-gentium_sp.html.

los creyentes, quienes están unidos a Cristo paciente y glorioso por los sacramentos, de un modo arcano, pero real. Por el bautismo, en efecto, nos configuramos en Cristo: «porque también todos nosotros hemos sido bautizados en un solo Espíritu» (1Co 12,13), ya que en este sagrado rito se representa y realiza el consorcio con la muerte y resurrección de Cristo: «Con Él fuimos sepultados por el bautismo para participar de su muerte; mas, si hemos sido injertados en Él por la semejanza de su muerte, también lo seremos por la de su resurrección» (Rm 6,4-5). Participando realmente del Cuerpo del Señor en la fracción del pan eucarístico, somos elevados a una comunión con El y entre nosotros. «Porque el pan es uno, somos muchos un solo cuerpo, pues todos participamos de ese único pan» (1 Co 10,17). Así todos nosotros nos convertimos en miembros de ese Cuerpo (1 Co 12,27) «y cada uno es miembro del otro» (Rm 12,5).

Benedicto XVI en su Encíclica *Caritas in Veritate*³⁴ afirma que la razón encuentra inspiración y orientación en la revelación cristiana, según la cual la comunidad de los hombres no absorbe en sí a la persona anulando su autonomía, como ocurre en las diversas formas del totalitarismo, sino que la valoriza más aún porque la relación entre persona y comunidad es la de un todo hacia otro todo. De la misma manera que la comunidad familiar no anula en su seno a las personas que la componen, y la Iglesia misma valora plenamente la «criatura nueva» (*Ga* 6,15; *2 Co* 5,17), que por el bautismo se inserta en su Cuerpo vivo, así también la unidad de la familia humana no anula de por sí a las personas, los pueblos o las culturas, sino que los hace más transparentes los unos con los otros, más unidos en su legítima diversidad. Según Santo Tomás «ratio partis contrariatur rationi personae» en *III Sent* d. 5, 3, 2; también: «Homo non ordinatur ad communitatem politicam secundum se totum et secundum omnia sua» en *Summa Theologiae*, I-II, q. 21, a. 4., ad 3um. Nuestra libertad está originariamente caracterizada por nuestro ser, con sus propias limitaciones. Ninguno da forma a la propia conciencia de manera arbitraria, sino que todos construyen su propio «yo» sobre la base de un «sí mismo» que nos ha sido dado. No sólo las demás personas se nos presentan como no disponibles, sino

³⁴ Carta Encíclica *Caritas in Veritate* del Sumo Pontífice Benedicto XVI, disponible en http://www.vatican.va/holy_father/paul_vi/encyclicals/documents/hf_p-vi_enc_26031967_populorum_sp.html.

también nosotros para nosotros mismos. El desarrollo de la persona se degrada cuando ésta pretende ser la única creadora de sí misma³⁵.

En su Encíclica *Evangelium Vitae*³⁶, Juan Pablo II afirma que el hombre está llamado a una plenitud de vida que va más allá de las dimensiones de su existencia terrena, ya que consiste en la participación de la vida misma de Dios. Lo sublime de esta vocación sobrenatural manifiesta la grandeza y el valor de la vida humana incluso en su fase temporal. El fin último y su plena realización lo alcanzará el hombre en la eternidad, sin embargo también es importante la vida terrenal que es sagrada, que Dios da al hombre para que la custodie con sentido de responsabilidad y para llevarla a la perfección en el amor a Dios y a los demás hombres.

La sacralidad de la vida humana lo es desde su inicio hasta su término, es un derecho propio de todo ser humano. En el reconocimiento de este derecho se fundamenta la convivencia humana y la misma comunidad política.

Los creyentes en Cristo deben, de modo particular, defender y promover este derecho, conscientes de la maravillosa verdad recordada por el Concilio Vaticano II: «El Hijo de Dios, con su encarnación, se ha unido, en cierto modo, con todo hombre».³⁷ En efecto, en este acontecimiento salvífico se revela a la humanidad no sólo el amor infinito de Dios que «tanto amó al mundo que dio a su Hijo único» (Jn 3, 16), sino también el valor incomparable de cada persona humana.

Cada persona, precisamente en virtud del misterio del Verbo de Dios hecho carne, «Y la Palabra se hizo carne y puso su morada entre nosotros» (Jn 1, 14), es confiada a la solicitud materna de la Iglesia. Por eso, toda amenaza a la dignidad y a la vida del hombre repercute en el corazón mismo de la Iglesia, afecta al núcleo de su fe en la encarnación redentora del Hijo de Dios.

En el Concilio Vaticano II se denunciaron con fuerza los numerosos delitos y atentados contra la vida humana:

³⁵ El auténtico desarrollo del hombre concierne de manera unitaria a la totalidad de la persona en todas sus dimensiones (Pablo VI, Carta Encíclica. *Populorum Progressio* (26 marzo 1967), 22: AAS 59 (1967), 14: l.c., 264.)

³⁶ Juan Pablo II, Carta Encíclica *Evangelium Vitae* a los Obispos, a los Sacerdotes y Diáconos, a los Religiosos y Religiosas, a los Fieles Laicos y a Todas las Personas de Buena Voluntad sobre el Valor y el Carácter Inviolable de la Vida Humana. Sala Clementina. 22 de marzo 1995. Disponible en http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/es/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html.

³⁷ Const. past. *Gaudium et spes*, sobre la Iglesia en el mundo actual, 22.

«Todo lo que se opone a la vida, como los homicidios de cualquier género, los genocidios, el aborto, la eutanasia y el mismo suicidio voluntario; todo lo que viola la integridad de la persona humana, como las mutilaciones, las torturas corporales y mentales, incluso los intentos de coacción psicológica; todo lo que ofende a la dignidad humana, como las condiciones infrahumanas de vida, los encarcelamientos arbitrarios, las deportaciones, la esclavitud, la prostitución, la trata de blancas y de jóvenes; también las condiciones ignominiosas de trabajo en las que los obreros son tratados como meros instrumentos de lucro, no como personas libres y responsables; todas estas cosas y otras semejantes son ciertamente oprobios que, al corromper la civilización humana, deshonoran más a quienes los practican que a quienes padecen la injusticia y son totalmente contrarios al honor debido al Creador»³⁸.

La Iglesia Católica establece como fundamento el principio de que todo hombre es persona, así queda reflejado en las palabras del Papa Pío XII:

«En toda convivencia humana bien ordenada y provechosa hay que establecer como fundamento el principio de que todo hombre es persona, esto es, naturaleza dotada de inteligencia y de libre albedrío, y que, por tanto, el hombre tiene por sí mismo derechos y deberes, que dimanen inmediatamente y al mismo tiempo de su propia naturaleza. Estos derechos y deberes son, por ello, universales e inviolables y no pueden renunciarse por ningún concepto.»³⁹

Si, por otra parte, consideramos la dignidad de la persona humana a la luz de las verdades reveladas por Dios, hemos de valorar necesariamente en mayor grado aún esta dignidad, ya que los hombres han sido redimidos con la sangre de Jesucristo, hechos hijos y amigos de Dios por la gracia sobrenatural y herederos de la gloria eterna.

En esta misma Encíclica *Pacem in Terris*, Juan XXIII nos dice cuáles han de ser los derechos y los deberes de los hombres. Así, los derechos del hombre son los siguientes: Derecho a la existencia y a un decoroso nivel de vida; Derecho a la buena fama, a la verdad y a la cultura; Derecho al culto divino; Derechos familiares; Derechos económicos; Derecho a la propiedad privada; Derecho de reunión y

³⁸ Const. past, *Gaudium et spes*, sobre la Iglesia en el mundo actual, 27.

³⁹ En la Carta Encíclica *Pacem in Terris* del Papa Juan XXIII *Sobre la paz entre todos los pueblos que ha de fundarse en la verdad, la justicia, el amor y la libertad*, se cita un radiomensaje navideño del Papa Pío XII en 1942: AAS 35 (1943) 9-24; Juan XXIII, discurso del 4 de enero de 1963: AAS 55 (1963) 89-91

asociación; Derecho de residencia y emigración; Derecho a intervenir en la vida pública; Derecho a la seguridad jurídica.

En cuanto a sus deberes: Conexión necesaria entre derechos y deberes; el deber de respetar los derechos ajenos; el deber de colaborar con los demás; el deber de actuar con sentido de responsabilidad.

Dentro de la Iglesia Católica cabría distinguir otro tipo de persona, la eclesiástica, que según la Enciclopedia católica, la define como sigue:

«En su sentido etimológico esta expresión significa cada persona que forma parte de la sociedad externa y visible que constituye la Iglesia, y que no ha sido canónicamente expulsada de ella. Pero la expresión raramente se usa en este sentido; ordinariamente indica a personas conectadas a la Iglesia por un lazo especial, ya sea porque ha recibido la tonsura eclesiástica, las órdenes menores o las Órdenes Sagradas, y que están a fortiori investidas con un poder de jurisdicción eclesiástica; o porque han hecho votos en una orden o congregación religiosa aprobada por la Iglesia. Esta unión más íntima con la Iglesia envuelve deberes especiales que no son impuestos a los fieles en general.»⁴⁰

Para concluir este apartado sobre el concepto de persona desde la perspectiva del cristianismo, cabe decir que los hombres han sido redimidos con la sangre de Jesucristo, hechos hijos y amigos de Dios por la gracia sobrenatural y herederos de la gloria eterna. En este orden de ideas, todo hombre es persona, es decir, naturaleza dotada de inteligencia y libre albedrío. El hombre tiene por sí mismo derechos y deberes que son universales y que dimanen de su propia naturaleza. Cada persona es confiada a la solicitud materna de la Iglesia y está integrada en la comunidad por medio del bautismo. Además todas las personas de la Iglesia viven en común-uniión con Cristo.

⁴⁰ http://ec.aciprensa.com/wiki/Persona_eclési%C3%A1stica#.UazVpYe-2So [Van Hove, Alphonse. "Ecclesiastical Person." *The Catholic Encyclopedia*. Vol. 11. New York: Robert Appleton Company, 1911. <<http://www.newadvent.org/cathen/11727a.htm>>. Traducido por Luz María Hernández Medina. Rc]

II.1.8. Persona en sentido antropológico⁴¹.

Aunque la Antropología Filosófica fue fundada por Max Scheler, la palabra Antropología se viene utilizando desde que O. Casmann la utilizara por primera vez en 1596. Podríamos considerar que se ocupa de interrogar acerca de la naturaleza del ser humano, el hombre se pregunta por su propia esencia, es decir, qué es lo que le diferencia de los demás seres. Sus temas de investigación son: la relación mente-cuerpo, el sentido de la libertad o finalidad de la existencia humana, el origen del hombre, la esencia humana y el puesto del hombre en el cosmos.

Desde la Antigüedad el hombre ha reflexionado sobre sí mismo. Platón, en el *Timeo*, ya decía que el hombre tiene un alma unida a un cuerpo y en el *Fedón* y en la *República*, que el alma es superior al cuerpo. Aristóteles también consideró al hombre como una sustancia compuesta de alma y cuerpo.

- En la Edad Media se interpretó al hombre según su relación con Dios, el hombre es un ser creado por Dios a su imagen y semejanza (posesión de inteligencia y capacidad de amar). Al hombre se le considera compuesto de cuerpo y alma, ésta es considerada como algo de naturaleza espiritual, libre e inmortal.

- En la Edad Moderna, Descartes, que es el iniciador del racionalismo, plantea que a nosotros se nos permite saber cuándo un conocimiento es verdadero o no lo es. “Una idea es verdadera cuando es evidente a la razón”. Él cree que lo que distingue al hombre de los animales no es el cuerpo sino el alma y argumenta que el alma es una verdad evidente a la razón y por lo tanto no se puede dudar de su existencia, identifica el alma con nuestro pensamiento. Todos los hombres tienen conciencia de sí mismos y a esa conciencia se le llama alma.

- En la Edad Contemporánea, Immanuel Kant contrapone los conceptos de naturaleza humana y persona. La persona posee conciencia moral y es el único ser que la posee. Kant define a la persona como “la libertad e independencia frente al mecanicismo de la naturaleza entera”. La persona es el único ser del universo sometido a leyes propias, es decir, sometido a leyes puras, prácticas, establecidas por su propia razón. “La persona es la libertad de un ser racional sometido a leyes

⁴¹ Antropología Filosófica. (Publicado en 12 abril 2011 por beyesepang). Disponible en <http://ita2009.over-blog.es/article-antropologia-filosofica-decimos-ita-2011-71524328.html>.

morales". Estas leyes morales, de las que habla Kant, se las da el ser racional a sí mismo, lo cual no quiere decir que sean arbitrarias.

Para la antropología contemporánea la persona es una unidad estructural abierta al mundo y a los otros. Es un sujeto frente a otros sujetos o frente a objetos.

El antropólogo Max Müller define a la persona como un sujeto de actos individuales, no fiados al subconsciente ni a las estructuras anónimas, que se bate en retirada en el pensamiento moderno.⁴²

Para dar respuesta a las preguntas fundamentales la Antropología utiliza básicamente dos teorías antagónicas, una religiosa y otra científica, a saber:

a) El Creacionismo: La existencia de los seres vivos se debe a una creación especial. Pero las características del agente creador son variables, tanto en la visión mítica como en la visión teológico-religiosa acerca del origen del hombre.

Una variante que debemos considerar es el fijismo, que defiende que toda creación es a partir de la nada y la evolución no puede darse, pues todas las especies están en permanente reposo como al inicio de la creación. La conciencia humana es un atributo que debemos a Dios y por ello es más relevante que la materia.

b) El Evolucionismo: La teoría evolucionista plantea que los seres vivos constantemente tienen que enfrentar una auténtica lucha por su existencia. (Principio de selección natural). La conciencia es una propiedad de la materia, pero no de toda materia, sino de la del cerebro humano. El ser humano es el único que posee autoconciencia. El hombre ha pasado por un lento proceso de hominización para desarrollarse partiendo de seres inferiores hasta llegar a lo que hoy es.

La antropología filosófica no crea ni se inventa los problemas del hombre, solamente los encuentra, los reconoce, los asume, los examina críticamente y al contestar las preguntas de una manera positiva podemos sentir asombro o a su vez admiración, ya que nos sentiríamos seres trascendentes, pero si no logramos responder las preguntas fundamentales podemos caer en una frustración y desilusión por no haber logrado responder esas preguntas, las cuales son: ¿Qué es el hombre?, ¿de dónde venimos?, ¿hacia dónde vamos?, ¿cuál es el fin de la especie humana?, ¿existe una misión para mí?, ¿qué es la muerte?

⁴² M. Müller, *Erfahrung und Geschichte (Experiencia e Historia)*, Alber, Friburgo / Munich, 1971, en Ferrer (2002: 20).

II.1.8.1. La cuestión de la naturaleza humana.

Ya sea el alma o el cuerpo, la persona o el ser, lo que es innegable es que el hombre goza de una naturaleza humana, ya sea en sentido clásico o en sentido moderno tal y como proponen Jesús Conill (2005: 101 y ss) o Jeremy Rifkin (1999: 187 y ss); de ahí la necesidad de repensar la naturaleza humana:

«En cualquier caso, la nueva situación nos está obligando a repensar la naturaleza humana. Porque la vida, 1) considerada tradicionalmente como obra de Dios, y luego 2) vista como proceso aleatorio guiado por la mano invisible de la selección natural, ahora 3) es imaginada como un medio de nuevas posibilidades. El sí mismo – incluso corporal- puede entenderse como un verdadero proyecto, que se metamorfosea y puede adoptar nuevas configuraciones. ¿Cómo queda ahora –y en el futuro- la naturaleza humana?». (Conill, 2005: 103)

II.1.8.1.1. Tesis naturalistas o monismo antropológico (Spencer, Nietzsche, Marx, Engels)

No hay una diferencia esencial entre el hombre y el animal, sino diferencias de grado, de modo que la vida superior del hombre resulta ser una forma más desarrollada, perfeccionada o evolucionada de la serie animal. Las formas más altas de la vida humana (pensamiento, lenguaje, arte, etc.) no son más que las resultantes genéticas de procesos inherentes a las manifestaciones más elementales.

La ciencia puede describir al hombre en sus aspectos tanto simples como complejos como si se tratara de un animal más. El hombre, al igual que otros seres, pasa por una etapa de maduración constante. Es un niño, un adolescente, un adulto y un anciano. Pero el hombre es el único animal que tiene excedentes alimentarios que le permiten subsistir. Además, del hombre pueden hacerse estudios estadísticos en cuanto a su tasa de mortalidad o de natalidad. El hombre puede ser descrito y explicado apelando a una metodología científica estándar. Sus creaciones son manifestaciones de su mente, pero pueden ser explicadas mediante factores empíricos. El hombre es un ser natural: depende del clima, de los alimentos, de su descendencia. Él nace, crece, se reproduce y muere.

Las tres variantes de esta teoría son:

a) El *materialismo*, que reduce los fenómenos vitales y psíquicos a fenómenos físicos-químicos. Un ejemplo de esta variante es el marxismo, según el cual, los individuos humanos vivientes existen, son reales, al igual que sus acciones y sus condiciones materiales de vida. Podemos distinguir al hombre de los demás animales considerando que él produce sus propios medios de vida gracias a su estructura corporal adecuada. Al producir sus medios de vida, el hombre produce indirectamente su propia vida material. Los hombres (o como seres sociales) son lo que producen y el modo cómo producen. Esto significa que la esencia humana depende de las condiciones materiales de su producción, no de su conciencia. “El ser social condiciona la conciencia social, no a la inversa”. Además, la historia del hombre es la historia de las diferentes fases de desarrollo del concepto de división del trabajo: patriarcalismo, esclavitud, feudalismo, capitalismo.

b) El *sensualismo*, que considera que todas las formas de fenómenos psíquicos son formas más complejas de los datos sensibles.

c) El *vitalismo*, que explica al hombre en su integridad por la vida: el hombre se convierte en el último producto de la evolución vital. Esta concepción se diversifica según qué se considere como decisivo en la variedad de los impulsos vitales. Algunos le dieron importancia a los impulsos nutritivos, otros a los impulsos de poder y otros a los impulsos sexuales.

II.1.8.1.2. Tesis esencialistas o dualistas.

Estas afirman que el hombre se distingue esencialmente, no puramente de grado, de los demás seres vivos, pues en él hay un principio que le pertenece en exclusividad y que entraña la posibilidad de una separación radical entre el hombre y el animal. El principio que diferencia al hombre puede concebirse de distintas maneras: el hombre es el que razona al animal, en cambio el animal por no tener raciocinio no puede razonar al hombre. En el pensamiento clásico, la diferencia básica entre hombres y animales está en el hecho de que el hombre poseería un alma espiritual, no reducible a los elementos materiales que componen el cuerpo humano. Un ejemplo de este tipo de tesis es el Espiritualismo (Platón, Agustín de Hipona, Scheler,), según el cual, lo primordial en el hombre no es la estructura corporal que

comparte con otros animales, sino su espíritu, es decir, la manifestación de su libertad y consciencia, y sus creaciones culturales. El hombre puede modelar libremente su vida. En cambio, el animal está sometido. El hombre es el ser que sabe decir no, es el asceta de la vida. La pregunta acerca de su esencia le hace descubrir la nada absoluta. Esto le impulsa a seguir preguntando ¿por qué hay un mundo? El hombre concibe así la idea de un ser infinito y absoluto. Existe de esta manera una necesaria conexión esencial entre la conciencia del mundo, la de sí mismo y la de Dios en el hombre.

II.1.8.1.3. Tesis hermenéuticas.

El hombre no es algo que viene dado “esencialmente”, sino que se configura a través de sus relatos, mitos, narraciones, saberes, creencias, construcciones culturales. En todo esto tiene una importancia capital el lenguaje, que le brinda la posibilidad de expresión y de “sentido”, pero también le muestra sus límites. El hombre no está “atado” a algo fijo o estático, sino que se va configurando. El ser humano se debe a un desarrollo temporal (historia) y a la vez a un “proyecto” que le configura como alguien en desarrollo, nunca acabado. En esta historicidad, el hombre no es un espectador imparcial de los fenómenos, sino que se ubica frente a los mismos desde presupuestos “heredados” (tradicición) que le orientan. Tres ejemplos claros de este tipo de tesis son:

a) El Historicismo (Ortega y Gasset, Dilthey): El hombre no tiene naturaleza, sino que tiene historia.

b) El Existencialismo (Heidegger, Sartre): Lo que es el hombre no puede pensarse ni determinarse desde la naturaleza y la animalidad sino desde la existencia. El hombre es la posibilidad de ser libre para el más propio poder del ser.

c) El Simbolismo (Cassirer): El hombre ha sido el creador de las diversas instituciones que existen hoy en día y no puede moverse sin la ayuda de esos símbolos que interpreta para acceder a la realidad.

En conclusión, cada persona desarrolla a lo largo de su vida una respuesta para cada pregunta de estas, dependiendo de su punto de vista personal y su concepción propia de la imagen del ser humano. La tarea de la antropología filosófica es reunir las conclusiones de las ciencias especializadas y las disciplinas

filosóficas, por lo que las respuestas se pueden dar de una manera sistemática a este tipo de cuestiones. La antropología filosófica solo puede dar respuestas relativas, o sea, sujetas a cambios, pues todas las preguntas fundamentales de la existencia humana no tienen una conclusión absoluta.

II.1.9. Persona en sentido ético o moral.

La concepción moral de la persona subraya el carácter ético y su condición de ser libre ante la obligación moral, en contraposición al mecanismo que rige el mundo de la naturaleza. Tiene su origen en los estoicos, y su culminación en el Kant de la razón práctica y en Fichte.

En la actualidad, los pensadores modernos, distinguen entre individuo y persona. Para definir al individuo se apela a una entidad cuya unidad, aunque compleja, se define en términos negativos, así algo o alguien es individuo cuando no es otro individuo. Sin embargo, con el término persona se hace referencia a una entidad cuya unidad se puede definir positivamente y con elementos procedentes de sí misma. El individuo está determinado en su ser, mientras que la persona es libre. La contraposición entre lo determinado y lo libre como contraposición entre el individuo y la persona fue elaborada especialmente por filósofos que insistieron en la importancia de lo “ético” en la constitución de la persona. Por ejemplo, Immanuel Kant (1724-1804), que definió a la persona como “libertad e independencia frente al mecanicismo de la naturaleza entera, puesto que ella misma es la que se da a sí misma leyes puras prácticas establecidas por su propia razón” (K.r.V. 155). La persona – en cuanto ‘personalidad moral’- es para Kant “la libertad de un ser racional bajo leyes morales”. Estas leyes morales se las da el ser racional a sí mismo, lo cual no significa que sean arbitrarias; si lo fuesen, no emergerían de la persona, sino del ‘individuo’. La persona es un fin en sí misma y no puede ser ‘sustituida’ por otra. De ahí la dignidad moral (*würde*), que consiste en ser fin en sí mismo y en requerir respeto (*achtung*) incondicional de sí mismo y de los demás. Por ello, el ser que es fin en sí no acepta ser reducido a un simple medio o instrumento, cuyo valor le fuere impuesto desde fuera (Ferrer, 2002: 26).

El mundo moral es por ello un mundo de personas bajo las leyes morales. En *La metafísica de las costumbres*, afirma Kant:

«*Persona es el sujeto, cuyas acciones son imputables. La personalidad moral, por tanto, no es sino libertad de un ser racional sometido a leyes morales (sin embargo, la psicología es únicamente la facultad de hacerse consciente de la identidad de sí mismo en los distintos estados de la propia existencia), de donde se desprende que una persona no está sometida a otras leyes, más que las que se da a sí misma (bien sola o, al menos, junto con otras)*». Kant (1993: 30).

En ciertos casos, los elementos éticos que Kant utilizó en la noción de persona se convirtieron en metafísicos. Tal sucedió en el pensamiento del idealista alemán J.G. Fichte (1762-1864), para quien el Yo es persona no sólo porque es un centro de actividades racionales, sino también, y sobre todo, por ser un centro metafísico que se constituye a sí mismo poniéndose a sí mismo (Ferrater Mora, 1981: 2553). Es interesante destacar en Fichte, no tanto el carácter central de la persona en cuanto actividad moral, como su carácter de ser foco o fuente de actividades, en su caso volitivas. En Fichte, el concepto de persona experimenta dos cambios: con respecto a la estructura y al carácter de sus actividades.

Para otro de los grandes pensadores idealistas alemanes, G. W. F. Hegel (1770-1831), el ser-para-sí (el individuo) es un átomo comunicable e impenetrable, pero en tanto que se concibe a sí mismo como un individuo autónomo, frente a todo tipo de alteridad, es persona (*Fenomenología del espíritu*). Pero también, como dice Hegel, el esclavo puede sentirse, tanto para los demás como para sí mismo, como persona. Esto es porque su reconocimiento como persona es otorgado, pero no adquirido, y sólo en la coincidencia de la autonomía y de la negación de la exterioridad (mediante la propiedad y el trabajo) en un mismo sujeto podrá hablarse con sentido de 'persona'. Después es únicamente en el estado de derecho (*Rechtzustand*) donde aparece, ya como espíritu, la persona propiamente dicha. Así, pues, la *res publica* (*Gemeinwesen*) es lo que hace al hombre ser persona, una abstracta universalidad en la que todos los individuos 'cuentan' y 'valen' igual.

En *El puesto del hombre en el Cosmos*, Max Scheler (1874-1928) afirma que «el hombre es capaz de desvincularse del poder, de la presión, del vínculo con la vida y de aquello que le pertenece». En este sentido es un ser espiritual, que ya no está dado a impulsos inmediatos, sino que está esencialmente abierto al mundo. La persona no es el 'yo trascendental', una 'hipóstasis', sino un individuo concreto, unidad orgánica de un sujeto espiritual que se sirve del cuerpo, en calidad de

instrumento, para llevar a la práctica determinados valores. Además, para Scheler, la persona se halla originariamente en relación con el 'yo' del otro. Tal relación abarca desde las formas inferiores de la vida social hasta la culminación, consistente en la relación de amor: masa, que surge del contacto emocional; sociedad, que nace de un contrato; comunidad vital o nación; comunidad jurídico-moral (Estado, escuela, círculo de ideas); y comunidad de amor (Iglesia).

Scheler define a la persona como «la unidad de ser, concreta y esencial de actos de la esencia más concreta» (*Person ist die konkrete, selbst wesenhafte Seinsinheit von Akten, verschiedenartigen wesens*)⁴³. «La persona es la misma unidad esencial del ser concreto de los actos, diferentes de la esencia» (Vergés Ramírez, 1993: 20).

La persona no es un ser natural, y tampoco un miembro de un espíritu cósmico, sino más bien, la unidad de los actos espirituales o de los actos intencionales superiores. Podría añadirse a esta definición que la persona es un individuo de carácter espiritual.

El hombre, para Scheler, es distinto a cualquier otro ser, pero al mismo tiempo se halla en relación con el mundo. Max Scheler supone un progreso en la ética a la hora de definir el concepto 'persona', porque no basta, según él, para ser persona la capacidad de poder pensar, o más aún la capacidad reflexiva de pensar sobre sí mismo, ya que la persona es mucho más, es un "ser esencialmente concreto" por lo que deducimos la identidad única del hombre, pero esta identidad no supone una concepción estática, sino dinámica de la persona, se trata de un dinamismo progresivo contrario a la concepción de hombre estático en la antropología de Boecio. Como dice Vergés Ramírez (1993: 22): «la persona en Boecio es y luego obra; en Scheler, en cambio, la persona es obrando». El hombre es un ser para actuar, Scheler une el concepto de persona con lo referente a los actos humanos que hasta entonces se encontraban separados, así que el sujeto de toda acción es el propio hombre, de tal forma que Scheler (1954: 395) llega a afirmar: «la persona existe y se vive a sí misma como realizadora de actos», ya que es el hombre mismo el que realiza sus propias acciones y es el único responsable de ellas, y es así como llega a

⁴³Scheler (1954: 393-394). También en Scheler (1942).

desarrollarse como persona: «la persona realiza su existencia precisamente viviendo sus posibles vivencias» (Scheler, 1942: 117).

Desde esta filosofía de los valores de Scheler, se introduce en la noción de persona un nuevo elemento (aunque ya implícito en la idea de ‘referencia’ que resaltaban los padres de la Iglesia Oriental). Se trata de ‘trascenderse’, no quedar encerrado en los muros de la individualidad psicofísica. Los propios límites, la propia subjetividad, no lo es todo para la persona. Esta puede trascender hacia realidades múltiples: Dios, otra persona, una comunidad, la especie humana entera, los valores, un Absoluto, etc.

La concepción de persona en Max Scheler es difícil de encuadrarla en un sentido u otro, ya que estudia al hombre desde un punto de vista antropológico, religioso, metafísico (en cuanto a su espiritualidad) y por supuesto desde la ética de los valores.

Los diversos personalismos coinciden en afirmar que hay un valor ético supremo, que es la persona humana considerada como un fin en sí misma, y nunca sólo como un medio, y que sólo puede realizarse como tal en un proceso de humanización solidaria. En este caso lo he encasillado dentro del sentido ético o moral por pura conveniencia.

La dignidad de la persona humana es una categoría esencial para la mayoría de los sistemas jurídicos, pero sobre todo para las teorías éticas personalistas, que consideran a la persona como el valor último de toda eticidad. Los personalismos contemporáneos han resaltado el polo de la ‘apertura’ como dimensión clave de la persona humana. Esta es ‘trascendente’ en relación con otras personas, con el otro, etc. Así Martin Buber, Ebner, y Rosember, entre otros, pusieron de relieve la comunicación intersubjetiva. Otros elementos característicos de la persona son el sentido profundamente ético (no entendida la ética como conjunto de normas, sino como fuente de todos los valores), el compromiso con su sociedad y la solidaridad con las demás personas. La persona, en estos personalismos, no es algo hecho, cerrado de una vez para siempre, sino un quehacer continuo, una tarea abierta en el tiempo y en la historia.

II.1.10. Conclusión.

No existe una definición universalmente compartida de “persona”. En realidad, hay tantos conceptos de persona como creencias o corrientes de pensamiento, y dentro de cada corriente existen diferencias apreciables entre unos y otros pensadores.

Desde el punto de vista de la Ética podemos encontrar multitud de concepciones de persona, pero lo mismo ocurre con la Antropología, con la Metafísica, con la Fenomenología, con la Hermeneútica, y así sucesivamente. Podríamos encontrar fácilmente cientos de definiciones y de diferentes formas de concebir o entender a la persona, pero abarcarlas todas sería una misión prácticamente imposible; existen muchos ensayos y obras filosóficas dedicadas a este propósito, pero eso sería trabajo para otra tesis. Por este motivo hemos dedicado tan sólo unas páginas de este trabajo a exponer algunas de las diferentes perspectivas desde las que se ha estudiado a la persona.

La concepción ética de persona nos planteará en los próximos capítulos varios dilemas, tales como cuándo comienza la vida humana, si son personas los embriones, los fetos, los niños recién nacidos, los enfermos en estado vegetativo, es decir, todos aquellos seres pertenecientes a la especie humana pero que carecen de libertad, de autonomía, de capacidad para dialogar, reflexionar o razonar. O si un enfermo terminal en coma, o un recién nacido con malformaciones severas gozan, por el mero hecho de pertenecer a la especie humana, de un estatuto moral superior al que tiene un chimpancé, que es capaz de comunicarse, expresar sentimientos, e incluso de razonar y resolver problemas.

II.2. Génesis, desarrollo gradual y fin de la vida humana.

Hay una pregunta que se viene planteando toda la humanidad desde sus inicios hasta nuestros días y que, al parecer, no tiene fácil respuesta. Sin embargo, de ella depende, en gran medida, la resolución de los dilemas que se plantea la Bioética con respecto al aborto y al infanticidio, así como la investigación con embriones humanos, la clonación humana y otros grandes dilemas éticos, que parecen no tener fácil solución. Dicha pregunta es la siguiente: ¿Cuándo, exactamente, surge una vida humana?

Parece sencilla, pero en cuanto empezamos a plantearnos la respuesta a esta pregunta, comienzan a surgir nuevos interrogantes: ¿desde el momento de la concepción?, ¿a partir de la primera quincena?, ¿cuando se bautiza al niño?, ¿cuando el niño cumple los tres años de edad?, ¿a los cuarenta y dos días?, ¿un espermatozoide o un óvulo son seres humanos potenciales?, ¿una célula embrionaria totipotente podría ser considerada como un ser humano?, y rizando más el rizo, si clonamos una célula embrionaria totipotente, dando lugar a un embrión humano ¿tendría el mismo estatus moral o legal que una persona adulta? Y cada una de estas preguntas nos abre un mundo de posibilidades, con una serie de doctrinas filosóficas, éticas, teológicas, psicológicas, biológicas, etc., tanto a favor, como en contra unas posturas de otras. En principio parece un jeroglífico imposible de resolver, pero poco a poco intentaremos ir desenmarañando la madeja de ideas que aquí nos surgen.

II.2.1 Etapas de la reproducción humana.⁴⁴

II.2.1.1. Gametos-fecundación-cigoto.

Por efecto de la hormona luteizante, en el ovocito se produce una división meiótica, por la cual se reduce el número de cromosomas de 46 a 23; en el gameto masculino también tiene lugar una división meiótica (paso de 46 cromosomas a 23). La fusión de los dos pronúcleos: un gameto masculino (espermatozoide, con 23 cromosomas) y un gameto femenino (ovocito, con 23 cromosomas) produce la fecundación, es decir, la singamia del ovocito y del espermatozoide (de 8 a 10 días

⁴⁴ Zarraluqui, L. (1988). Procreación Asistida y Derechos Fundamentales, Madrid: Tecnos.

después del acto sexual), dando lugar a una célula diploide con 46 cromosomas o 23 pares de cromosomas (23+23) llamada “cigoto” (diploide, porque contiene el doble del número de cromosomas de los individuos de la especie). En el cigoto se ha intercambiado la información genética de los dos pronúcleos y se ha formado un código genético único.

A continuación comienza la subdivisión celular, de una célula pasan a ser dos, a las treinta horas serían cuatro, a las sesenta horas ocho, y así sucesivamente. La fecundación es un proceso y al final del mismo se produce una masa celular con dos componentes principales: el embrioblasto y el trofoblasto. El embrioblasto se convierte en el preembrión y el trofoblasto en las membranas extraembriónicas.

II.2.1.2. Cigoto-mórula-blastocito-anidación.

Cuando ya se encuentra avanzada la división se produce el estado de mórula, y aproximadamente una semana después de la fecundación, el pre-embrión, ya en estado de blastocito (unas 64 células exteriores del trofoblasto y masa celular interna) tiene condiciones para anidar y comienza a fijarse en las paredes del útero, concluyendo la fijación (anidación) una semana más tarde. (Se considera que un 50 por ciento de los óvulos fecundados abortan de forma natural antes de la anidación.) La legislación de algunos Estados considera que no existe embarazo hasta que finaliza el proceso de implantación del pre-embrión en el útero materno.

II.2.1.3. Anidación-feto

II.2.1.3.1. Embrión.

A partir de los 15 días, el pre-embrión se convierte en embrión. Entre los 15 y 25 días aparece la actividad contráctil. Hasta los 18 días no existe una diferenciación en tejidos y órganos. Al final de este estadio el disco embrionario se alarga en forma de suela y aparecen 41 protuberancias en el canal del que derivará el sistema nervioso a los treinta días y se inicia el principio del tejido cerebral. La cuarta semana después de la fecundación el embrión tiene un tamaño de 2mm. Comienza la formación de la cabeza, el corazón, el intestino y cola. Hacia el final de

la sexta semana se esbozan ojos, oídos, fosas nasales, manos y pies; pierde la cola, yergue la cabeza y el tronco.

II.2.1.3.2. Feto.

Entre los 43 a 45 días empieza la actividad cerebral; se forman los genitales externos y los huesos del cráneo. Se completa la diferenciación sexual. A los 54 días, las neuronas que habían partido de la capa germinal ya no se dividen y se vuelven estacionarias. A los cincuenta y siete días, se crean las primeras células orgánicas específicas de la preforma de la corteza cerebral interna. A los setenta días, el tejido orgánico específico, con las combinaciones neuronales individuales, llamada sinapsis, y la unión con otras partes del cerebro posibilitan que el sistema nervioso y los órganos sean capaces de funcionar. Se hacen presentes las funciones cerebrales. A las 22 semanas se ha formado el sistema nervioso. Durante el sexto mes el feto ya tiene desarrollados los sentidos y son perceptibles los latidos del corazón a través del estetoscopio.

Si la pregunta ¿cuándo empieza la vida humana? Es difícil de responder, no es mucho más fácil saber ¿cuándo, exactamente, termina la vida humana? De ello nos ocuparemos a continuación.

II.2.2. Definición técnica de muerte.

Tradicionalmente se ha concebido la muerte de cualquier ser (tanto animales, como vegetales) como el cese permanente de flujo de los fluidos corporales vitales, y realmente, aún hoy en día, para el común de los mortales, sigue siendo el indicativo más aceptado para definir la muerte; si preguntamos a cualquier lego en la materia: ¿cuándo se considera que una persona está muerta?, nos responderá sin lugar a dudas que cuando está rígida, pálida y no le circula la sangre.

Evidentemente, esta definición de muerte es circular, porque la única forma de saber si un fluido corporal es vital es comprobando que el ser deja de vivir cuando el fluido no fluye permanentemente, y para saber si el ser está muerto la única forma de comprobarlo es que los fluidos corporales han dejado de fluir, y así sucesivamente.

Para evitar el problema de la circularidad, en 1968 se dio a conocer una nueva versión de esta concepción clásica de muerte, que decía así:

«Muerte. El cese de la vida; el cese de la existencia; definida por los médicos como una interrupción total de la circulación de la sangre, y por consiguiente, un cese de las funciones animales y vitales, como la respiración, el pulso, etc.»⁴⁵

Durante mucho tiempo, la muerte estuvo definida sobre las bases del funcionamiento del corazón. Esta definición cambió a medida que avanzaba la ciencia y la alta tecnología en cuidados médicos, especialmente la RCP⁴⁶, que permitía a los médicos reanimar un corazón, una vez que éste se había parado. Por supuesto, mientras una operación de corazón se está llevando a cabo, el cirujano es capaz de parar el corazón que va a ser sustituido y acomodar el nuevo corazón que está siendo implantado.

El motivo por el cual se produce este importante giro en la definición de muerte es evidente; como hemos dicho, la medicina es capaz de parar un corazón y sustituirlo por otro y esto ocurre desde que en 1967, el doctor Christian Barnard, en Sudáfrica, hiciera el primer trasplante de corazón humano a Louis Washkansky. En los doce meses siguientes se practicaron más de cien intervenciones de este calibre. En consecuencia, un año más tarde se estableció el Comité Harvard, para poder declarar muerto (cerebralmente) a un ser humano y mantener sus constantes vitales y así poder aprovechar sus órganos para transplantarlos a otros seres humanos que pudieran beneficiarse de ellos.

Curiosamente, el mismo año en que aparece la mencionada definición de muerte en la cuarta edición del *Black's Law Dictionary*, en 1968, la definición de muerte toma un nuevo giro y fue re-escrita por un equipo de médicos en la Harvard University Medical School. Este equipo de médicos constituyó un Comité *Ad Hoc*⁴⁷ con el objetivo de evaluar una definición de “coma irreversible” como un nuevo criterio de muerte utilizando parámetros neurológicos. Dicho criterio clínico fue

⁴⁵ *Black's Law Dictionary*. (1968) 4ª Edición, Minnesota, St. Paul, West Publishing Company.

⁴⁶ RCP o Resucitación Cardio Pulmonar, consiste en una combinación de respiración boca a boca y compresiones torácicas. La CPR mantiene oxigenada la sangre que circula por órganos vitales tales como el cerebro y el corazón. La CPR puede mantener a una persona viva hasta que otros procedimientos más avanzados (tales como defibrilación - un shock eléctrico en el pecho) puedan tratar el paro cardíaco.

⁴⁷ Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death, A Definition of Irreversible Coma, JAMA 1968, 205:337-338.

constituido por el Comité Harvard para establecer la pérdida irreversible de la función cerebral, atendiendo a los siguientes parámetros: 1) ausencia completa de todo tipo de movimiento y actividad respiratoria espontánea; 2) ausencia de respuesta a cualquier tipo de estímulo; 3) ausencia de reflejos en el paciente (excluidos aquellos que se encuentran en estado de intoxicación o hipotermia), capaz de determinar una pérdida irreversible de las funciones cerebrales.

Como una evaluación y verificación instrumental de los datos clínicos se propuso una electroencefalografía (EEG), y la ausencia de registro de actividad eléctrica cortical (encefalograma plano) debería ser considerada como un criterio válido de definición técnica de muerte. De acuerdo con el Comité, el examen clínico y la EEG serían repetidos en 24 horas, y se confirmaría la muerte de la persona si no se observaba ninguna variación en los resultados. Sin embargo, la cuestión más importante aquí es que dicho Comité no contempla la posibilidad o imposibilidad de aplicar el mismo tipo de evaluación a pacientes en edad pediátrica.

En 1981 el Gobierno de los EE.UU publicó los resultados del trabajo de la Comisión del Presidente para los Problemas Éticos en Medicina e Investigación Biomédica y del Comportamiento⁴⁸ que revisó, dándole validez, el criterio del Comité Harvard. El informe autorizado por la comisión presidencial se denominó *Defining Death*, y propuso una definición legal de muerte basada en la pérdida irreversible del funcionamiento cerebral; esta definición fue aceptada unánimemente por todos los Estados de EE.UU y por la gran mayoría de los países desarrollados.

Hoy en día, el informe es aplicado para determinar la muerte cerebral, aunque de nuevo sin indicaciones específicas para la edad pediátrica.

Teniendo en cuenta esto, algunas instituciones han desarrollado diferentes normas de comportamiento para actuar en algunos casos específicos, y así poder diagnosticar con certeza la muerte cerebral en prematuros, recién nacidos o niños. Un claro ejemplo de esto puede ser encontrado en las normas para ‘casos especiales’ elaboradas por el Hospital General de Massachusetts. Algunas de estas instituciones, como el Hospital de Niños de Boston y el grupo de trabajo *Task Force for the Determination of Brain death in children*, recomendaron al final dos exámenes clínicos y un EEG en 48 horas para niños recién nacidos, desde los 7 días hasta los

⁴⁸ President's Commission for the Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, Guidelines for Determination of Death, JAMA, 1981, 246:2184-2186.

dos meses de edad, mientras que es suficiente esperar tan sólo 24 horas en el caso de un niño de dos a nueve meses.

El concepto de "muerte cerebral" se establece en la legislación británica y la práctica médica del Reino Unido, donde la muerte cerebral requiere un diagnóstico clínico firme como la causa de la lesión cerebral y la pérdida de las respuestas del tronco encefálico, incluyendo la respiración espontánea. Sin embargo, el uso de este término se entiende como inapropiado para los bebés menores de 37 semanas de gestación debido a las diferencias en el cerebro en esta etapa temprana de desarrollo. En bebés de entre 37 semanas de gestación hasta los dos meses de edad rara vez es posible diagnosticar con seguridad que el tronco cerebral esté muerto. Se puede dar el caso de un neonato con lesión cerebral grave y las anomalías previstas por la definición formal de muerte cerebral, que al retirar el tratamiento de soporte vital, se observe que el bebé no tiene muerte cerebral sino que está legalmente vivo. (Nouffield Council on Bioethics, 2006: 190).

Años más tarde, en 1987, Flacker y Rogers plantearon el problema de la necesidad del cese absoluto de todas las funciones cerebrales para declarar una muerte cerebral. A pesar de que una EGG no aclara algunas cuestiones relevantes, tales como la respiración espontánea y el peso, ésta es ahora la definición legal de muerte en los EE.UU, lo que ha provocado que algunos cristianos evangélicos no estén de acuerdo con dicha definición de muerte.

En 1987 el Consejo de Ética Danés, creado por el Parlamento de Dinamarca, estableció como criterio de muerte el cese total e irreversible de la circulación de la sangre y de la respiración. Dinamarca era uno de los pocos países que todavía en aquellos años no había establecido la muerte cerebral como criterio para definir la muerte; sin embargo, dicho Consejo denominó proceso irreversible de muerte al cese de todas las funciones cerebrales. Tres años más tarde, en 1990, el Parlamento Danés aprobó una nueva Ley que equiparaba a Dinamarca con otros países europeos al considerar finalmente la muerte cerebral como criterio de muerte.

De acuerdo con el Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre, la certificación de muerte es el acto médico en virtud del cual se deja constancia escrita del diagnóstico de la muerte de un individuo, bien sea por criterios neurológicos (muerte encefálica) o por criterios circulatorios y respiratorios. Esta constancia

escrita no sustituye la posterior y preceptiva cumplimentación del certificado médico de la defunción, establecida en la Ley 20/2011, de 21 de julio, del Registro Civil.

II.2.2.1 Diferencia entre muerte cerebral, estado de coma y otros estados similares.

➤ Estado de Coma⁴⁹:

Se define el estado de coma como una situación que se caracteriza por la inconsciencia total resistente a los estímulos externos, es decir es un ser humano que tiene estupor profundo y no responde, ni siquiera al dolor.

El coma es un síndrome y no una enfermedad en sí, ya que es provocado por alguna enfermedad, lesión o daño cerebral que puede o no ser tratable, según sea el caso. El nivel de conciencia cerebral depende de los grupos neuronales troncoencefálicos que forman el sistema reticular activador ascendente (S.A.R.A.) y para que se produzca un estado de coma, la lesión o enfermedad tiene que afectar a este sistema de forma bilateral, es decir en los dos hemisferios y de forma extensa.

El coma, llamado en ocasiones estado vegetativo persistente, es un estado de inconsciencia profunda. El estado vegetativo persistente no es lo mismo que muerte cerebral. Un ser humano en un estado de coma está vivo pero es incapaz de moverse o responder a su entorno. El coma puede ocurrir como complicación de una enfermedad subyacente o como resultado de lesiones, como un traumatismo craneoencefálico. Los seres humanos en dicho estado han perdido su capacidad de pensar y percibir su entorno, pero conservan la función no cognoscitiva y los patrones normales de sueño. Aunque quienes están en estado vegetativo persistente pierden sus funciones cerebrales superiores, otras funciones clave como la respiración y la circulación siguen relativamente intactas. Pueden ocurrir movimientos espontáneos y los ojos pueden abrirse en respuesta a los estímulos externos. Los pacientes pueden incluso arrugar el ceño, llorar o reír ocasionalmente.

⁴⁹ Castillo, C. L. *La muerte jurídica y la transmisión de bienes*. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos76/muerte-juridica-transmision-bienes/muerte-juridica-transmision-bienes2.shtml>.

También se ha consultado la definición de coma de Office of Communications and Public Liaison. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. National Institutes of Health. Gobierno de los EE.UU. Disponible en <http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/coma.htm>.

Aunque los seres humanos en un estado vegetativo persistente pueden parecer relativamente normales, no hablan y son incapaces de responder a órdenes.

Es imprescindible conocer la causa del coma mediante la historia clínica y/o la documentación por neuroimagen con tomografía computarizada (TC) craneal que demuestre lesión estructural grave y catastrófica en el sistema nervioso central.

➤ Muerte Cortical:

Se habla de muerte cortical cuando se produce un extenso daño del manto cortical o una desconexión entre las estructuras talámicas y las estructuras de la corteza que dejan ausente su función. El criterio usado en los Estados Unidos es la muerte de todo el cerebro, junto con el estado vegetativo persistente, en el que el paciente conserva alguna de las funciones de tronco pero tiene pérdida de todas las funciones corticales. En el Reino Unido se utiliza el criterio de la muerte de todo el cerebro y la muerte del tronco cerebral, independientemente de que se puedan evaluar las funciones corticales.⁵⁰

La muerte cortical, tiene la condición discriminante entre vida y muerte, está marcada por la capacidad de autoconciencia o por la posibilidad de poder desarrollar una actividad simbólica y la traducción de este criterio al ámbito axiológico implica la negación de la calificación al anencéfalo como persona. La aceptación del criterio de la muerte cortical como indicador de la muerte de la persona crea una especie de pendiente resbaladiza (*slippery slope*), o se iría más allá de las intenciones originales y en el caso en cuestión se puede hacer referencia, por ejemplo, a los enfermos en estado vegetativo persistente o con graves daños neurológicos y a los ancianos en estado demencial.

➤ Muerte encefálica⁵¹:

Actualmente, el término de “muerte cerebral” ha sido sustituido por el de “muerte encefálica” (M.E.) por ser este último término más consistente con su definición.

⁵⁰ Salazar, Arturo (2001). Muerte cerebral (Brain death). Revista Biomédica *Medwave* 2001 May;1(05):e3446 doi: 10.5867/medwave.2001.05.3446.

⁵¹ Escudero, Dolores. (mayo 2009). Diagnóstico de muerte encefálica. Medicina Intensiva, V.33 n.4. Barcelona.

La muerte encefálica ha sido reconocida como la muerte del individuo por la comunidad científica y aceptada como tal en la legislación de diferentes países. La muerte encefálica se define como el cese irreversible en las funciones de todas las estructuras neurológicas intracraneales, tanto de los hemisferios cerebrales como del troncoencéfalo. Esta situación aparece cuando la presión intracraneal supera la presión arterial sistólica del paciente, lo que da lugar a la parada circulatoria cerebral. La etiología más frecuente es la hemorragia cerebral y el traumatismo craneoencefálico. El diagnóstico debe ser realizado por médicos expertos en el manejo de pacientes neurocríticos y se basa en una exploración neurológica completa y extremadamente rigurosa que constata un coma arreactivo y ausencia de reflejos troncoencefálicos y respiración espontánea. Las pruebas instrumentales pueden ser obligatorias en algunos casos y varían en cada país. Los de tipo electrofisiológico son el electroencefalograma y los potenciales evocados. En pacientes tratados con fármacos sedantes se utilizan pruebas que evalúan el flujo sanguíneo cerebral, como la angiografía cerebral, el Doppler transcraneal y la gammagrafía con ^{99}Tc -HMPAO.

En España, más del 92% de los trasplantes se realizan con órganos procedentes de donantes en muerte encefálica. La declaración de muerte encefálica es un acto de gran responsabilidad, con trascendencia médica, ética y legal, ya que exige retirar todas las medidas artificiales de soporte o realizar la extracción de órganos para trasplante. Un amplio conocimiento sobre su diagnóstico y una correcta toma de decisiones evitan el consumo innecesario de recursos y optimizan la obtención de órganos para trasplante.

➤ Muerte cerebral en los niños⁵²:

Un caso especial lo constituye la muerte cerebral en los niños, dado que en ellos la evaluación de las funciones encefálicas y del tronco es bastante más difícil. Un segundo punto importante es que dicho estado raramente se alcanza en los niños debido a una complicación traumática; habitualmente es secundario a un trastorno hipóxico o isquémico, de modo que la certeza de la causa a veces no está tan clara y la evolución y la posibilidad de recuperación también varían.

⁵² Salazar, Arturo (2001). Muerte cerebral (Brain death). *Revista Biomédica Medwave* 2001 May;1(05):e3446 doi: 10.5867/medwave.2001.05.3446

Recién nacidos, lactantes y niños⁵³:

a) El diagnóstico clínico de muerte encefálica en recién nacidos, lactantes y niños se basa en los mismos criterios que en los adultos, aunque con algunas peculiaridades. La exploración neurológica en neonatos y lactantes pequeños debe incluir los reflejos de succión y búsqueda. En neonatos, especialmente los pretérmino, la exploración clínica debe repetirse varias veces, ya que algunos reflejos del tronco pueden no haberse desarrollado o ser de incipiente aparición, lo que hace a estos reflejos muy vulnerables. A su vez, en los niños de hasta 24 meses de edad, la exploración clínica para el diagnóstico de muerte encefálica se realizará previa comprobación de que se cumple la exigencia de temperatura corporal especificada en el apartado 2.b.

b) Cuando se utilicen pruebas instrumentales de soporte diagnóstico en los niños, se tendrán en cuenta las peculiaridades técnicas de los mismos. Por tanto, las pruebas deberán ajustarse a la edad, a las condiciones clínicas y a los estándares y recomendaciones internacionales de las diferentes sociedades científicas.

c) El período de observación recomendado varía con la edad y con las pruebas instrumentales realizadas:

1.º Neonatos pretérmino: aunque no existen guías internacionalmente aceptadas, se recomienda un periodo de observación de 48 horas. Este periodo de observación podrá acortarse a criterio médico, de acuerdo con las pruebas instrumentales de soporte diagnóstico realizadas, y podrá omitirse si se realiza una prueba diagnóstica que muestre, de forma inequívoca, ausencia de flujo sanguíneo cerebral.

2.º Neonatos (desde la 37 semana de gestación hasta los 30 días de edad): 24 horas. Este periodo de observación podrá acortarse a criterio médico, de acuerdo con las pruebas instrumentales de soporte diagnóstico realizadas y podrá omitirse si se realiza una prueba diagnóstica que muestre, de forma inequívoca, ausencia de flujo sanguíneo cerebral.

⁵³ Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen requisitos de calidad y seguridad. BOE Núm. 313 Sábado 29 de diciembre de 2012 Sec. I. Pág. 89343.

3.º Niños de más de 30 días hasta 24 meses de edad: 12 horas. Este periodo de observación podrá acortarse a criterio médico, de acuerdo con las pruebas instrumentales de soporte diagnóstico realizadas y podrá omitirse si se realiza una prueba diagnóstica que muestre, de forma inequívoca, ausencia de flujo sanguíneo cerebral.

En este apartado II.2 sobre la génesis, desarrollo gradual y fin de la vida humana, nos hemos planteado dos preguntas fundamentales para el estado de la cuestión que aquí nos ocupa: ¿cuándo exactamente comienza la vida humana? y ¿cuándo exactamente termina la vida humana?, aunque hemos tratado de dar respuesta a ambas preguntas desde una perspectiva biológica o fisiológica, volveremos a ocuparnos de ellas a lo largo de esta tesis, pero desde el punto de vista de la ética.

En este preámbulo al estado de la cuestión hemos hablado de las diferentes etapas de la reproducción humana, desde el gameto hasta el feto, pasando por el cigoto, la mórula, el blastocito y el embrión. Y hemos culminado con la definición técnica de muerte y su evolución desde la antigüedad hasta nuestros días. También hemos definido el estado de coma, la muerte cortical, la muerte encefálica y la muerte cerebral en niños.

Este apartado (II.2) que acabamos de concluir, nos ha servido como introducción al siguiente punto, el II.3 en el que abordaremos el estatuto legal y moral de la persona desde el momento de la concepción hasta después de su nacimiento. Feticidio, aborto e infanticidio.

II.3. Estatuto legal y moral de la persona desde el momento de la concepción hasta después de su nacimiento. Feticidio, aborto e infanticidio.

II.3.1. Estatuto Legal del nonato.

Durante más de un siglo, la medicina legal mundial ha distinguido dos clases de delitos en relación al embarazo y el parto; a saber, aborto e infanticidio. Ambos pertenecen a la categoría de homicidio con circunstancias atenuantes. La mayoría de las legislaciones sobre medicina legal en general, definen el aborto como la muerte del feto en una condición de vida intrauterina, en la cual el hijo no puede permanecer vivo independientemente del organismo materno. En su texto de medicina legal, el profesor austriaco Kratter define el aborto de la siguiente forma:

«La muerte inducida deliberadamente de un feto, o interrupción del embarazo en un periodo de tiempo en el que el feto todavía no tiene propiedades vitales. Esto es, aproximadamente antes de 28 semanas de vida intrauterina. Si el aborto es de un niño ya viable, entonces el Código austriaco lo define como muerte del niño dentro del vientre materno, pero desde el punto de vista de la pena no hay ninguna diferencia» (Acosta Guzmán, 1968: 305-306).

Desde otro punto de vista más moderno y global, la OMS⁵⁴ define el aborto como:

El aborto es la finalización de un embarazo antes de que el feto sea capaz de vivir fuera del útero. Nuevas distinciones del término dependen de la causa del aborto. Abortos espontáneos (a veces llamados involuntarios) son aquellos en los que la finalización no es provocada, mientras que los abortos inducidos son aquellos causados por una interferencia deliberada. Los abortos inducidos incluyen aquellos realizados de acuerdo a las sanciones legales y aquellos realizados fuera de la ley. El término aborto terapéutico, estrictamente definido, se refiere al aborto médicamente indicado para mujeres cuyas vidas o salud se encuentran amenazadas por factores congénitos o genéticos. En el uso común, sin embargo, el aborto terapéutico es con frecuencia aplicado a todos los abortos sancionados legalmente.

⁵⁴ W.H.O. (1995). Complications of Abortion, Technical and managerial guidelines for prevention and treatment. World Health Organization. Geneva. disponible en <http://whqlibdoc.who.int/publications/1995/9241544694.pdf>. (La traducción es mía).

Otras definiciones complementarias:

«La interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre materno. La viabilidad extrauterina es un concepto cambiante que depende del progreso médico y tecnológico, estando actualmente en torno a las 22 semanas de gestación. La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) ha recordado la anterior definición de aborto que recoge la Organización Mundial de la Salud (OMS) y también la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia: “El aborto es la expulsión o extracción de su madre de un embrión o feto de menos de 500 gramos de peso, que se alcanza a las 22 semanas”. La SEGO ha indicado que ya no puede considerarse aborto la interrupción del embarazo a partir de la 22 semana de gestación, sino que en ese momento hay que hablar de destrucción de un feto que es viable extrauterinamente ya que puede vivir por sí mismo con el apoyo médico correspondiente. Por este motivo, la Sociedad Española de Ginecología ha manifestado de modo institucional, la propuesta médica y ética de “inducir el parto” cuando las madres soliciten abortar a partir de la semana 22.»⁵⁵

El homicidio deliberado de un feto o un niño recién nacido, de acuerdo con la etapa de su desarrollo, ha sido catalogado tradicionalmente, desde el punto de vista penal, en tres grados diferentes (aborto, feticidio e infanticidio). Consecuentemente, afirma Alfonso Acosta Guzmán, es muy importante que la medicina legal y la ley actual procedan a la creación de un delito intermedio entre el aborto y el infanticidio. Esto es, graduando las penas, de acuerdo con el desarrollo de la víctima y denominando los diferentes delitos de la siguiente forma (Acosta Guzmán, 1968: 307):

1º) Aborto como la forma más temprana de interrupción del embarazo en un periodo de tiempo en el que un feto no tuviese propiedades vitales.

2º) Feticidio, o la destrucción criminal de un niño en el útero de su madre después del desarrollo y en un periodo de tiempo en el que el producto de la concepción podría vivir independientemente de su madre.

3º) Infanticidio; esto es, la muerte criminal de un niño recién nacido con las condiciones médico-legales que contaba en vida, y aquellas otras que las diferentes leyes especifican.

⁵⁵ <http://www.abortoinformacionmedica.es/2009/03/28/definicion-de-ive-interrupcion-voluntaria-del-embarazo/>, (Marzo 28, 2009).

Sin embargo, a medida que se desarrollan los avances científicos y tecnológicos y vamos conociendo más aspectos sobre la génesis de la vida humana y su desarrollo gradual, las leyes también van evolucionando respectivamente a la hora de otorgarle derechos y proteger al ser humano que se está gestando. Por ejemplo, el Real Decreto 8/2004 de 29 de octubre sobre responsabilidad civil y seguro de circulación de vehículo de motor establece cuantías indemnizatorias en caso de fallecimiento diferenciando como casos distintos la muerte de los «hijos» de la «pérdida del feto» y a su vez según se produzca hasta el tercer mes de embarazo o posterior. La legislación española vigente protege al ser humano según los siguientes grados de desarrollo que presente (Requejo Conde, 2008: 9-10):

1.- Periodo entre la concepción y la anidación. El ser humano goza de vida dependiente de la madre, al haber realizado sólo las fases de fecundación del huevo, unión y formación del tejido celular (a las treinta horas desde la fecundación), implantación en el útero y formación de la placenta (a los catorce días). Este objeto, el preembrión, forma parte de los delitos de manipulaciones genéticas de los arts 159ss del código penal, pero no de aborto o lesiones al feto, ya que aún no existe la total vinculación con el organismo materno hasta que no se comprueba su total anidación en el útero, o su final implantación si se trata de una fecundación *in vitro*, como para gozar de la mayor protección que dispensan las normas relativas a los delitos de aborto o lesiones al feto.

2.- Fase entre la anidación y las doce primeras semanas de gestación. El ser humano sigue gozando de vida humana dependiente, pero ya tiene formado gran parte de su cuerpo, se le reconoce figura humana y adquiere la cualidad de embrión, lo que le lleva a ser protegido en los casos de atentados contra su vida o su salud, a salvo de los casos de las indicaciones terapéutica, eugenésica, o ética o criminológica, o los actos imprudentes de la embarazada cubiertos por la excusa absoluta del art. 146 párrafo 3.

Tradicionalmente se ha utilizado el plazo de las doce semanas o noventa días para reforzar la protección de la vida humana dependiente, esperando a que el *nasciturus* adquiriera figura humana completa, sin adelantarlo al momento de la aparición de sus órganos que tendría lugar hasta los cincuenta y seis días desde la fecundación, adoptado por la Ley 14/2007.

3.- Periodo entre las doce y veintidós semanas de gestación. El ser que tiene ya capacidad de movimiento y sensibilidad al dolor, recibe la consideración de feto y goza de mayor protección, pues sólo en casos excepcionales se permite su destrucción, en los casos de la indicación eugenésica y la terapéutica del aborto.

4.- Desde la veintidós semana de gestación hasta el nacimiento. El feto es protegido totalmente quedando sólo impunes las acciones amparadas en la indicación terapéutica del aborto.

5.- Con el nacimiento, el feto adquiere el status de persona y de vida humana independiente. Esto significa que su protección se refuerza a través de las normas relativas a los delitos de homicidio, sus formas y lesiones, aunque una vez nacido se compruebe de facto su incapacidad de vida independiente y los posibles límites en la asistencia médica.

II.3.1.1. Estatuto legal del feto. El aborto en España.

En España, al igual que en otros muchos países, el estatuto legal del feto ha ido cambiando según las legislaciones vigentes en cada momento, y ello depende del partido político de turno, de la influencia de la religión mayoritaria y la presión social y mediática. A medida que ha pasado el tiempo el aborto ha ido siendo despenalizado paulatinamente o al menos más permitido o menos restrictivo. En los años sesenta, setenta y ochenta, las mujeres españolas que deseaban abortar tenían que viajar a Inglaterra para hacerlo bajo el amparo de la ley, a pesar del alto coste económico y moral que ello suponía.

El Código Penal de 1973 era bastante restrictivo con respecto al aborto, aunque supuso un avance, pero fue en 1985 cuando se reformó la legislación con la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, BOE 166/185. El Art. 417bis del Código Penal Español de 1973, Título VIII – Capítulo III, [anterior al de 1995, artículos 144 y 145 del actual] queda redactado de la siguiente manera:

No será punible el aborto practicado por un médico, o bajo su dirección, en centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado y con consentimiento expreso de la mujer embarazada, cuando concorra alguna de las circunstancias siguientes:

1ª. *Que sea necesario para evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico de la especialidad correspondiente, distinto de aquel por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto.*

En caso de urgencia por riesgo vital para la gestante, podrá prescindirse del dictamen y del consentimiento expreso.

2ª. *Que el embarazo sea consecuencia de un hecho constitutivo de delito de violación del artículo 429 [Código de 1973, art. 178 del Código Penal de 1995] siempre que el aborto se practique dentro de las 12 primeras semanas de gestación y que el mencionado hecho hubiese sido denunciado.*

3ª. *Que se presuma que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas, siempre que el aborto se practique dentro de las 22 primeras semanas de gestación y que el dictamen, expresado con anterioridad a la práctica del aborto, sea emitido por dos especialistas de centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado al efecto, y distintos de aquel por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto.*

2. *En los casos previstos en el número anterior no será punible la conducta de la embarazada aún cuando la práctica del aborto no se realice en un centro o establecimiento público o privado acreditado o no se hayan emitido los dictámenes médicos exigidos.*

De acuerdo con el Código Penal Español de 1995 (Libro II – Título II. Pp: 99-104):

Art.144. «El que produzca el aborto de una mujer, sin su consentimiento, será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años e inhabilitación especial para ejercer cualquier profesión sanitaria, o para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de tres a diez años.

Las mismas penas se impondrán al que practique el aborto habiendo obtenido la anuencia de la mujer mediante violencia, amenaza o engaño».

El art. 417 bis 1-3 CP permite la realización del aborto cuando:

«se presuma que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas, siempre que el aborto se practique dentro de las veintidós primeras semanas de gestación y que el dictamen, expresado con anterioridad a la práctica del aborto, sea emitido por dos especialistas de centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado al efecto, y distintos de aquél por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto».

Con la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, queda derogado el artículo 417 bis del Texto Refundido del Código Penal publicado por el Decreto 3096/1973, de 14 de septiembre, redactado conforme a la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio.

Disposición final primera. Modificación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

Uno. –El artículo 145 del Código Penal queda redactado de la forma siguiente:

«Artículo 145.

1. El que produzca el aborto de una mujer, con su consentimiento, fuera de los casos permitidos por la ley será castigado con la pena de prisión de uno a tres años e inhabilitación especial para ejercer cualquier profesión sanitaria, o para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de uno a seis años. El juez podrá imponer la pena en su mitad superior cuando los actos descritos en este apartado se realicen fuera de un centro o establecimiento público o privado acreditado.

2. La mujer que produjere su aborto o consintiere que otra persona se lo cause, fuera de los casos permitidos por la ley, será castigada con la pena de multa de seis a veinticuatro meses.

3. En todo caso, el juez o tribunal impondrá las penas respectivamente previstas en este artículo en su mitad superior cuando la conducta se llevare a cabo a partir de la vigésimo segunda semana de gestación.»

Dos. –Se añade un nuevo artículo 145 bis del Código Penal, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 145 bis.

1. Será castigado con la pena de multa de seis a doce meses e inhabilitación especial para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de seis meses a dos años, el que dentro de los casos contemplados en la ley, practique un aborto:

a) sin haber comprobado que la mujer haya recibido la información previa relativa a los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad;

b) sin haber transcurrido el período de espera contemplado en la legislación;

c) sin contar con los dictámenes previos preceptivos;

d) fuera de un centro o establecimiento público o privado acreditado. En este caso, el juez podrá imponer la pena en su mitad superior.

2. *En todo caso, el juez o tribunal impondrá las penas previstas en este artículo en su mitad superior cuando el aborto se haya practicado a partir de la vigésimo segunda semana de gestación.*

3. *La embarazada no será penada a tenor de este precepto.»*

Tres. –Se suprime el inciso «417 bis» de la letra a) del apartado primero de la disposición derogatoria única.

Art.146. «El que por imprudencia grave ocasionare un aborto será castigado con pena de arresto de doce a veinticuatro fines de semana.

Cuando el aborto fuere cometido por imprudencia profesional se impondrá asimismo la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo por un período de uno a tres años.

La embarazada no será penada a tenor de este precepto.»

En la actualidad, la tasa de aborto en España es de 18 interrupciones por cada 100 nacimientos. Como ya hemos visto, el aborto está tipificado en el Código Penal como delito contra la vida y sólo está permitido bajo tres supuestos: violación (hasta la semana 12 de embarazo), graves defectos físicos del feto (hasta la 22) y riesgo físico o psíquico para la madre (sin límite). Con la aprobación de la Ley 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo⁵⁶, las interrupciones del embarazo podrán realizarse, por la simple petición de la

⁵⁶ 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 de 2010.

Artículo 14. Interrupción del embarazo a petición de la mujer.

Podrá interrumpirse el embarazo dentro de las primeras catorce semanas de gestación a petición de la embarazada, siempre que concurren los requisitos siguientes:

a) Que se haya informado a la mujer embarazada sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad, en los términos que se establecen en los apartados 2 y 4 del artículo 7 de esta Ley.

b) Que haya transcurrido un plazo de al menos tres días, desde la información mencionada en el párrafo anterior y la realización de la intervención.

Artículo 15. Interrupción por causas médicas.

Excepcionalmente, podrá interrumpirse el embarazo por causas médicas cuando concorra alguna de las circunstancias siguientes:

a) Que no se superen las veintidós semanas de gestación y siempre que exista grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico o médica especialista distinto del que la practique o dirija. En caso de urgencia por riesgo vital para la gestante podrá prescindirse del dictamen.

b) Que no se superen las veintidós semanas de gestación y siempre que exista riesgo de graves anomalías en el feto y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por dos médicos especialistas distintos del que la practique dirija.

c) Cuando se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida y así conste en un dictamen emitido con anterioridad por un médico o médica especialista, distinto del que practique la intervención, o cuando se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico y así lo confirme un comité clínico.

embarazada, durante las primeras 14 semanas de gestación. En estos casos, debe informarse a la gestante de otras opciones (derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad) y esperar tres días antes de practicar el aborto. Hasta la semana 22, podrán practicarse si existe grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada o bien graves malformaciones en el feto. Asimismo, si se detectan anomalías fetales incompatibles con la vida, podrá realizarse un aborto hasta la semana 24, siempre y cuando lo haya autorizado un comité clínico.

El 16 de julio de 2015 el pleno del Congreso aprobó la reforma de la ley del aborto para impedir que las menores de edad puedan abortar sin el consentimiento de los padres.

II.3.1.2. Legislación sobre el aborto en otros países.

De acuerdo con los datos aportados por la OMS, en la segunda edición de *“Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud”*, del año 2012, el 41% de los embarazos son no deseados; se practican al año 22 millones de abortos de forma insegura, casi todos los abortos inseguros (98%) se producen en países en desarrollo. El número total de abortos inseguros ha aumentado de alrededor de 20 millones en 2003 a 22 millones en 2008, aunque la tasa global del aborto inseguro se ha mantenido sin cambios desde 2000. Y aproximadamente 47.000 muertes relacionadas con el embarazo se deben a complicaciones del aborto inseguro. Además, se estima que 5 millones de mujeres sufren discapacidad como consecuencia de complicaciones debidas al aborto inseguro.

El aborto inseguro es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un procedimiento para terminar un embarazo no deseado, llevado a cabo por personas que carecen de las habilidades necesarias o en un ambiente que no se ajusta a los estándares médicos mínimos, o ambos.

Un dato significativo es que el 80% de los países desarrollados tiene una legislación que permite el aborto, mientras que tan sólo un 16% de los países en vías de desarrollo es permisivo con esta práctica.

II.3.1.2.1. En Europa

Desde los años 70, los países europeos han venido reformando sus leyes del aborto, y aún siguen haciéndolo ya que no es un asunto cerrado, sino abierto a la sensibilidad, las creencias y los valores de cada sociedad.

a) Alemania.

Tasa de aborto (interrupciones por cada 100 nacimientos): 18

Tras mucha polémica, en 1995 se aprobó una reforma según la cual el aborto se considera ilegal, pero no está perseguido si se practica en las primeras 14 semanas de gestación o en el caso de que la mujer haya sido violada. Después del primer trimestre de embarazo, el aborto sólo está permitido para preservar la salud física o psíquica de la madre. Salvo en los abortos por razones médicas, la embarazada debe asistir a una sesión de asesoramiento antes de someterse al aborto en la que se le informa de que el embrión tiene derecho a la vida y se intenta convencer a la mujer de que prosiga con su embarazo. Las embarazadas que vayan a abortar en el último tramo de la gestación por razones médicas también deben someterse a asesoramiento y esperar tres días antes de abortar.

b) Austria

Su ley del aborto data de 1974. La interrupción del embarazo está permitida sin límites hasta la semana 14 del embarazo tras una consulta médica.

A partir de ese momento, la intervención sólo está permitida cuando existe peligro para la salud física o psíquica de la embarazada o graves malformaciones fetales o si la embarazada tiene menos de 14 años.

c) Francia

Tasa de aborto: 26

El aborto inducido o la interrupción voluntaria del embarazo fue despenalizado con la aprobación de la Ley Veil aprobada en 1975 y promovida por Simone Veil que complementa la Ley Neuwirth de 1972 sobre métodos anticonceptivos. Después del primer trimestre, dos médicos deben certificar que el aborto puede practicarse para prevenir lesiones permanentes graves para la salud física o mental de la mujer

embarazada, por el riesgo para la vida de la mujer embarazada, o que el niño sufra una enfermedad grave reconocida como incurable. Su médico debe además informarle de otras opciones (adopción, ayudas...) y la mujer debe reunirse con un asistente social. Tras estas sesiones, la mujer debe esperar una semana antes de someterse a la intervención.

Desde 1982, los abortos se realizan en el sistema de seguridad social francés.

La programación de los abortos se realiza, si el límite de 12 semanas lo permite, una semana después de la petición de la mujer embarazada; en caso de estar cercano el límite ese período puede acortarse.

Después de la duodécima semana, dos médicos deben certificar que la salud de la mujer está en peligro o hay una alta probabilidad de que el feto sufra una grave enfermedad no curable, de lo contrario, el aborto se considera ilegal. Desde 1994, la ley francesa exige que los centros de diagnóstico multidisciplinario certifiquen que los defectos de nacimiento son lo suficientemente graves como para practicar el aborto después de las 12 semanas.

En 2001, se hizo una reforma legal para ampliar el acceso al aborto: se cambió la fecha límite para el aborto sin restricciones en dos semanas más (12 a 14) y se retiró la exigencia de autorización paterna para las embarazadas menores. Ahora, las chicas menores deben acudir acompañadas de un adulto de su elección.

Francia fue el primer país en legalizar el uso como medicamento abortivo de la mifepristona, conocida inicialmente como RU-486, en 1988. Su uso como abortivo está permitido hasta siete semanas de embarazo. Según una estimación, una cuarta parte de todos los abortos inducidos en Francia son abortos con medicamentos y en ellos se utiliza la mifepristona.

El aborto inducido fue tipificado como delito en Francia con la promulgación del Código Napoleónico o Código Civil de Francia en 1804. Durante la ocupación nazi durante la Segunda Guerra Mundial, el régimen de Vichy hizo que la práctica del aborto fuera castigada con la pena capital. La última ejecución tuvo lugar en 1942. Después de la guerra, la pena de muerte para castigar la práctica del aborto fue abolida así como los tribunales especiales que se crearon para hacer frente a casos de aborto.

Las tasas de aborto ilegal se mantuvieron bastante altas durante el período de la posguerra. Desde 1967, fecha de legalización del aborto en Reino Unido, un número creciente de mujeres comenzó a viajar a dicho país con el objeto de abortar y no ser objeto de penalización.

d) Italia.

Tasa de aborto: 25

Italia liberalizó el aborto en 1978 y es posible abortar libremente durante los primeros 90 días del embarazo. Tras solicitar el aborto, a la mujer le informarán de otras opciones disponibles y, salvo casos de urgencia, se impone un periodo de reflexión de una semana.

Tras el primer trimestre del embarazo, el aborto sólo está permitido para salvar la vida de la madre o cuando su salud física y mental está en peligro, supuesto que también abarca las graves malformaciones fetales.

Los médicos pueden acogerse a la objeción de conciencia, con lo que en la práctica dificulta el acceso al aborto en muchas zonas.

e) Portugal.

En Portugal, la interrupción voluntaria del embarazo durante las primeras 10 semanas a petición de la mujer está legalizada gracias a la Ley 16/2007 de 17 de abril de *Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez*. En caso de que la embarazada sea menor de edad, es necesaria la autorización paterna. El aborto puede llevarse a cabo tanto en el sistema nacional de salud como en establecimientos privados de salud autorizados. La ley indica que debe establecerse un período obligatorio mínimo de tres días de reflexión desde la petición de la mujer, y que se debe garantizar a las mujeres la disponibilidad de asistencia psicológica durante dicho período.

La ley contempla un máximo de 16 semanas de gestación en casos de violación o delito por abuso sexual (sin que sea necesario contar con denuncia policial).

También está permitido el aborto inducido hasta las 24 semanas de embarazo en caso de malformación del feto y en cualquier momento del embarazo en caso de riesgo para la embarazada o en el caso de inviabilidad fetal.

El aborto realizado por terceros sin el consentimiento de la mujer embarazada se castiga con dos años de prisión y 3 años en el caso del consentimiento de la mujer embarazada. Estas penas se elevarán en el caso de muerte o lesiones corporales graves causadas a la mujer embarazada.

A la mujer que ha superado los plazos legales para abortar, y por tanto realiza un aborto ilegal, se le pueden imponer penas de hasta 3 años de prisión.

f) Grecia.

Tasa de aborto: 15

Desde 1986, las mujeres griegas pueden solicitar un aborto durante las 12 primeras semanas de embarazo. Cuando afectan a menores o en caso de incesto o violación, el procedimiento es legal hasta la semana 19 de embarazo. En casos de anomalías fetales, es posible interrumpir el embarazo hasta la semana 24. Un médico ajeno a la intervención debe confirmar la existencia de uno de los supuestos en función del momento de la gestación. Además, en el caso de menores es necesario el consentimiento paterno o del tutor legal. Pese a la liberalización, está prohibida la publicidad de clínicas abortistas.

g) Suiza.

En Suiza, desde junio de 2002, está permitido abortar en el primer trimestre de embarazo siempre y cuando un médico determine que la gestante esté en un 'estado de estrés'

h) Holanda

Tasa de aborto: 14

Según el Código Penal de 1886 de los Países Bajos, el aborto fue clasificado como un delito contra la vida, y como tal, tenía condena de prisión. Sin embargo, como la acusación debía probar que el feto estaba vivo en el momento del aborto y esta prueba era muy difícil de obtener, muy pocas personas fueron condenadas por este delito. En 1911, se modificó la ley del aborto prohibiendo todos los casos de aborto, sin necesidad de probar que el feto estuviera vivo, exceptuando aquellos casos en los que el aborto fuera realizado para salvar la vida de la mujer embarazada.

En la década de los setenta se reavivó el debate sobre la legalización del aborto debido a la legalización en Inglaterra y otros países europeos.

En 1981 entró en vigor una ley sobre el aborto con un voto indeciso: 76 a favor y 74 en contra en la Segunda Cámara y 38 a favor y 37 en contra en la Primera Cámara. Esta ley permite solicitar libremente un aborto en cualquier momento del embarazo antes de que el feto sea viable, si bien sólo algunas clínicas tienen autorización para practicar abortos a partir de la semana 13 de embarazo. El médico debe asesorar a la gestante sobre otras opciones y esta debe esperar seis días antes de someterse a la interrupción del embarazo.

Actualmente, hay poco más de 100 hospitales generales holandeses que tienen autorización para realizar abortos, y 17 centros médicos especializados en abortos. Más de un 90% de abortos tiene lugar en los centros médicos especializados.

Desde noviembre de 1984, las holandesas que deseen abortar pueden hacerlo gratuitamente en su sistema nacional de salud, en cualquier momento entre la concepción y la viabilidad, estando sujetas a consejo psicológico y un período de espera de cinco días. Después del primer trimestre, el procedimiento se hace más estricto, y dos médicos deben dar consentimiento al tratamiento. En la práctica, se realizan los abortos hasta aproximadamente 24 semanas del embarazo, aunque este límite es el tema de debate actual entre médicos en Holanda, porque debido a avances médicos recientes, se puede considerar un feto viable antes de 24 semanas. Como resultado de este debate, es raro que se realicen los abortos después de 22 semanas de embarazo. Los abortos después del primer trimestre deben realizarse en un hospital.

El número de abortos ha disminuido desde 1980 a aproximadamente 33.000 cada año, o cerca un 0,2% de habitantes. Esta cifra es parecida a la de otros países europeos.

i) Bélgica.

Tasa de aborto: 14

El aborto era ilegal hasta 1990. Actualmente, las interrupciones del embarazo son libres hasta la semana 14 de gestación. La mujer debe certificar por escrito que está decidida a someterse al aborto y el médico debe estar convencido de su

determinación. Además, la embarazada debe recibir asesoramiento en los seis días previos al procedimiento.

Después de ese límite, el aborto sólo puede practicarse si dos médicos coinciden en que continuar con el embarazo pondría en peligro la salud de la mujer o si el niño, de nacer, sufriría una patología especialmente grave e incurable.

j) Dinamarca.

Tasa de aborto: 24

El aborto se legalizó en 1937 para ciertos casos y, desde 1973, puede practicarse libremente hasta la semana 12 de gestación.

A partir de esa fecha, es posible abortar si el embarazo supone un grave riesgo para la vida de la madre o pone en peligro su salud física o psíquica. En otros casos (desde violación hasta inmadurez de la madre), también está permitido si lo autoriza un comité formado por el director del centro donde se va a practicar y dos médicos. En el caso de que la embarazada sea menor, es necesaria notificación paterna.

k) Finlandia.

Tasa de aborto: 19

El país nórdico amplió la legislación del aborto en 1970, que desde los años 50 sólo estaba permitido si la embarazada era menor de 16 años o corría riesgo.

El aborto no es libre, pero es posible abortar en caso de violación, si existe riesgo físico o psíquico para la madre, si el feto presenta graves malformaciones o si la gestante alega razones socioeconómicas. También está permitido si la mujer es menor de 17 años o mayor de 40 o si ya tiene cuatro hijos. Dependiendo del supuesto que se trate, la intervención debe ser autorizada por un médico, dos o el comité médico estatal.

En estos supuestos, las intervenciones están permitidas hasta la semana 12 de la gestación, salvo cuando peligran la salud de la madre que permitirá practicarlo con posterioridad. Además, si la mujer es menor de 17 años o existen “otras razones especiales” podrá abortarse hasta la semana 20. En casos de graves malformaciones, se permite hasta la semana 24.

l) Luxemburgo.

El aborto no es libre, pero está permitido hasta la semana 12 de embarazo en caso de violación, si pelagra la vida de la madre, su salud física o psíquica o por razones socioeconómicas. A partir de esta fecha, sólo es posible abortar en caso de que corra peligro la vida o la salud de la embarazada o el neonato.

Un médico ajeno a la intervención debe certificar que se cumple alguno de estos supuestos. La mujer recibe un folleto informativo con otras opciones y tiene que esperar una semana antes de someterse a la intervención.

Pese a la legislación, los médicos y hospitales (la mayoría privados y vinculados a órdenes religiosas) luxemburgueses han sido reticentes a practicar abortos.

m) Suecia.

Tasa de aborto: 34

Una ley aprobada en 1938 ya permitía el aborto en un gran número de supuestos. Actualmente es posible abortar libremente hasta la semana 18 de embarazo. Para embarazos de entre 12 y 18 semanas, la gestante debe discutir el tema con una trabajadora social.

A partir de este momento de la gestación, solo está permitida la interrupción del embarazo si lo autoriza un comité nacional de salud, normalmente porque corra peligro la salud de la madre.

II.3.1.2.2. En los países anglosajones.**a) Australia.**

En Australia se aprobó una nueva ley del aborto en octubre de 2008 que instaaura el aborto libre hasta la 24 semana de gestación y bajo ciertas condiciones hasta el momento del nacimiento.

b) Irlanda.

Tasa de aborto: 10 (incluye los abortos de mujeres irlandesas practicados en Reino Unido).

La prohibición del aborto en Irlanda se remonta a una ley del siglo XIX, cuando todavía formaba parte del Reino Unido. En 1983, una enmienda constitucional endureció las restricciones al aborto equiparando el derecho a la vida del feto al de la mujer. Actualmente sólo está permitido si la vida de la embarazada corre peligro. Cada año, más de 7.000 irlandesas se desplazan a Gran Bretaña para abortar.

c) Irlanda del Norte.

En Irlanda del Norte (donde se producen cada año 6 abortos por cada 100 nacimientos) no se aplica la Ley del Aborto de 1967 y sigue vigente la legislación de delitos contra las personas de 1861 aplicándose la legislación penal de 1945. Tan sólo es posible abortar si peligra la salud física o mental de la madre. Unas dos mil mujeres de Irlanda del Norte viajan cada año a Gran Bretaña u otros países europeos para poder abortar legalmente.

d) EE.UU.

En Estados Unidos, a raíz de un fallo del Tribunal Supremo en 1973 en el famoso caso *Roe v. Wade*⁵⁷, el aborto es un derecho garantizado hasta las 12 semanas de gestación. Sin embargo, al igual que en México, los diferentes estados de la unión pueden imponer sus propias regulaciones a partir del segundo trimestre o no permitir el aborto en el último trimestre, cuando el feto puede ser viable fuera del útero. Estas regulaciones varían entre las que no establecen ningún límite de semanas hasta las que lo sitúan sobre la semana 27 ó 28 de gestación.

Así, por citar algunos ejemplos, Nueva York quiere modificar la ley estatal para que las mujeres puedan abortar incluso en avanzado estado de gestación siempre y cuando se esgriman razones médicas. En Washington se pretende incluir requisitos específicos para que las aseguradoras cubran los abortos dentro de la ley de reforma sanitaria promulgada por el presidente Barack Obama en el año 2010. Sin embargo,

⁵⁷ La resolución del caso *Roe v. Wade*, 410 U.S. 113 (1973) es histórica y sienta precedente en materia de aborto inducido ya que, por su jerarquía, anuló las leyes que penalizaban el aborto en los distintos estados e impedía legislar en su contra ya que podía ser considerado como violación del derecho constitucional a la privacidad (decimocuarta enmienda de la Constitución de los Estados Unidos). La decisión obligó a modificar todas las leyes federales y estatales que prohibían o que restringían el aborto.

en Arkansas se aprobó el pasado 6 de marzo de 2013 una ley para prohibir sin excepción el aborto después de las 12 semanas de gestación. Poco después, Dakota del Norte aprobó la medida más restrictiva de todo el país: la prohibición de practicar el aborto tan pronto como el latido del feto se detecta, aproximadamente a las seis semanas de gestación. En Kansas se ha aprobado una norma que establece que la vida comienza con la fecundación y reduce los beneficios impositivos a las clínicas que practican abortos. En Alabama se ha aprobado una ley que eleva los requisitos de seguridad para esas clínicas, y en Virginia la Junta de Salud del gobierno estatal aprobó códigos más estrictos de operación para esos centros. Como se puede observar, el estatuto del embrión o del feto cambia sustancialmente de un estado a otro dentro del mismo país.

e) Reino Unido.

Tasa de aborto: 29

El aborto inducido es completamente legal hasta la semana 28 debido a una amplia interpretación de la Ley del Aborto aprobada en octubre de 1967, que permite la interrupción del embarazo por una serie de razones si es certificado por dos médicos. Desde la aprobación de la ley en 1967 se han sucedido varios debates (1975, 1977, 1979 y 1987) sobre la ley y propuestas de cambios, su efectividad y aplicación. En 1974 un comité designado por el parlamento, el denominado Comité Lane, investigó su funcionamiento y validó su necesidad y su correcta aplicación.

En los territorios de Inglaterra, Gales y Escocia puede practicarse el aborto durante las primeras 24 semanas de gestación gracias a la enmienda *HFE Act 1990* (Ley sobre Fertilización Humana y Embriología de 1990), para salvar la vida de la madre, proteger su salud física o mental, en caso de anomalías fetales o por motivos socioeconómicos. Sin embargo, no contempla los supuestos de incesto o violación. Cuando la vida o salud de la madre se vea "gravemente amenazada" o exista un grave riesgo de anomalías fetales, no existe límite. Las británicas pueden someterse gratuitamente a un aborto a través del National Health Service.

En mayo de 2008, los parlamentarios votaron a favor de mantener el actual límite legal de 24 semanas frente a propuestas de reducción a 22 y 20 semanas.

La metodología aplicada depende básicamente de la edad gestacional:

Aborto con medicamentos. Hasta la novena semana (63 días) .

Aborto quirúrgico. Desde la séptima hasta la decimoquinta semana aborto por succión-aspiración o aspiración al vacío es el método más frecuente. De la decimoquinta a la décima octava semana la dilatación y evacuación quirúrgica es el método más común.

II.3.1.2.3. En América Latina.

Según los datos publicados por la OMS, en el año 2012, se practican sólo en América Latina y el Caribe 3.700.000 abortos en condiciones de alto riesgo. La tasa de abortos es de 12 en el Caribe, 21 en Centroamérica y 34 en Sudamérica.

En El Salvador, Haití, Honduras, Nicaragua, República Dominicana y Surinam el aborto está penado bajo cualquier circunstancia y sin excepciones.

En Argentina el aborto es un delito salvo excepción por violación, riesgo de vida de la madre o en caso de personas discapacitadas.

En Bolivia el aborto está castigado con pena de dos a seis años de cárcel a quien lo practique sin consentimiento de la mujer o a una menor de 16 años, y de uno a tres años si existe autorización. Se permite el aborto, previa autorización judicial, en casos excepcionales como cuando la vida de la mujer corre peligro, si hay violación, rapto no seguido de matrimonio o incesto. El Código Penal de Bolivia [Dec. ley 10426] en su artículo 265 establece refiriéndose al aborto, que si el delito fuere cometido para salvar el honor de la mujer, sea por ella misma o por un tercero con consentimiento de aquella, se impondrá reclusión de 6 meses a dos años, agravándose la sanción en un tercio si sobreviniere la muerte de la mujer.

En Brasil el aborto está considerado como homicidio por el código penal, excepto en casos de violación, riesgo para la madre y, desde 2012, si el feto es anencéfalo. El Código Penal de Brasil [Dec. ley 2848/40 con reformas] no legisla sobre el aborto honoris causa. Trata el delito de aborto en sus artículos 124 a 128 y castiga con mayor pena si el mismo se realiza sin el consentimiento de la mujer penando también a la mujer que provoca su propio aborto.

En Chile el aborto no está permitido bajo ninguna circunstancia. El Senado chileno rechazó en 2012 tres proyectos de ley para permitir el aborto terapéutico. Sin embargo, la tasa de aborto en Chile es una de las más elevadas de Suramérica,

concretamente entre 45 y 50 por cada mil mujeres, es decir, más de tres abortos por cada 10 embarazos.

En Colombia el aborto no está permitido, excepto en caso de violación, que la vida de la madre o del feto corran peligro o que el feto presente malformaciones. El Código Penal de Colombia [Ley 95] en el artículo 389 establece que cuando el aborto se halla causado para salvar el honor propio o el de la madre, la mujer, descendiente, hija adoptiva o hermana, la sanción puede disminuirse de la mitad a las dos terceras partes o concederse el perdón judicial.

En Costa Rica, según el art. 121 del Código Penal, tan sólo es legal el aborto practicado con consentimiento de la mujer por un médico o por una obstétrica autorizada, cuando no hubiere sido posible la intervención del primero, si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y éste no ha podido ser evitado por otros medios. En 1999, el Comité de Derechos Humanos (CCPR/C/79/Add.107, 8 de abril de 1999) recomendó al Gobierno costarricense que modificase la ley para introducir excepciones a la prohibición general de todos los abortos.

En Cuba el aborto es legal desde el año de 1965. La interrupción voluntaria del embarazo por libre decisión de la mujer se realiza hasta las ocho semanas de gestación (diez semanas de falta de menstruación contada a partir del primer día de la última regla) y para el caso de la regulación menstrual es hasta 45 días de falta de menstruación (amenorrea).

En Ecuador está prohibido el aborto, excepto si pelagra la vida o la salud de la madre, según el Cap. I. De los delitos contra la vida del Código Penal ecuatoriano (Arts. 441-447).

En Guyana es legal el aborto desde 1995. Ahora está permitido sin ninguna restricción durante las primeras ocho semanas de embarazo. Después de las mismas, pero antes de que hayan concluido las doce semanas, una mujer puede tener acceso a un aborto en términos generales, incluyendo las consideraciones socioeconómicas.

En México el aborto es legal bajo ciertas circunstancias y dependiendo del estado donde se practique. El 24 de abril de 2007 se despenalizó la interrupción voluntaria del embarazo hasta las 12 semanas de gestación con la reforma del art. 144 del Código Penal. Sin embargo, sigue penalizado en 18 de las 31 constituciones

de los estados mexicanos. Por ello, muchas mujeres de otros estados acuden al D.F para ser sometidas a un aborto inducido de forma legal. Este es un ejemplo claro de la relatividad del estatuto legal del feto; dentro de un mismo país una mujer puede ser encarcelada o no dependiendo de la ciudad donde se encuentre. En Guanajuato, por ejemplo, el aborto se castiga con penas de cárcel de hasta 30 años. Todos los códigos penales mexicanos permiten el aborto en casos de violación, excepto los de Guanajuato, Querétaro y Guerrero, que sólo lo permiten cuando la vida de la mujer embarazada está en riesgo. En 14 de los 31 estados mexicanos incluyen la excepción de malformación del feto, y en el Estado de Yucatán se incluye el factor económico, siempre y cuando la mujer ya haya tenido tres o más hijos.

En Paraguay el aborto es delito castigado con prisión tanto para la madre como para el doctor que lo practique. Tan sólo es legal cuando peligra la vida de la madre.

En Perú, el aborto está penalizado con hasta dos años de cárcel para la mujer que lo practica y de seis meses a un año de cárcel para el médico, excepto si existe riesgo para la vida de la mujer. La Ley de Salud obliga al personal médico a denunciar los casos de aborto, lo cual entra en conflicto con el principio de confidencialidad del médico con el paciente. A pesar de todo, la tasa de aborto en Perú es de 56 por cada mil mujeres en edad de quedarse embarazadas.

En Puerto Rico el aborto es legal desde 1974 mediante la jurisprudencia que estableció el Tribunal Supremo mediante su decisión con el sonado caso de Roe vs. Wade. En el 1980 el Tribunal Supremo de Puerto Rico sentó las bases legales del aborto con su resolución en el caso Pueblo vs. Mendoza. El aborto inducido solo se practica en clínicas privadas de planificación familiar y son efectuados por médicos especialistas en ginecología y obstetricia.

En Uruguay, el Senado aprobó la Ley promulgada por el Presidente José Mujica, que despenaliza el aborto en octubre de 2012, y entró en vigor el día 8 de enero de 2013. Esta ley cuenta con la oposición del Partido Nacional, el Partido Colorao y la Iglesia Católica.

En Venezuela el aborto es delito castigado con prisión tanto para la madre como para el doctor que lo practique. Tan sólo es legal cuando peligra la vida de la madre.

II.3.1.2.4. Conclusión.

Con respecto al aborto, hay que decir que se trata de un tema de derecho penal, que es una rama del derecho público, es algo que afecta al fundamento del Estado de derecho y, por ende, al sujeto de derecho; es decir, a la persona. El fundamento de cualquier reconocimiento de derechos pasa por el reconocimiento previo de la dignidad de un sujeto determinado. En base a esto debemos preguntarnos: ¿qué es persona?, ¿a qué reconocemos, o no, dignidad humana?, y ¿quién merece más dignidad: la mujer embarazada o el feto que lleva dentro? En la respuesta a estas preguntas se encuentra la clave del debate legal sobre el aborto, en la existencia y en el reconocimiento de una dignidad humana, y en la noción de persona como sujeto portador de un valor sustancial incondicionado e inviolable, o dicho en otros términos: que no debe ser tratado únicamente como un medio, sino como un fin en sí mismo. Este sería el imperativo categórico de Kant, un postulado de la razón práctica, que en definitiva es el derecho, fundamento de nuestro orden constitucional.

Por tanto, el debate legal sobre el aborto se centra en considerar varios aspectos:

- Si la mujer embarazada tiene derecho a quedar embarazada cuando lo estime oportuno, o si tiene derecho a decidir si sigue adelante, o no, con su embarazo. En este orden de ideas, hay que tener en cuenta que tener, o no tener, un hijo afecta a la mujer desde el mismo momento del embarazo y no sólo físicamente, sino también sentimental y psíquicamente; pero no sólo durante esos nueve meses de gestación, sino el resto de su vida. Físicamente, el embarazo afecta al cuerpo de la mujer y lo modifica, incluso sufre angustia, mareos, dolores y otros síntomas propios de la mujer embarazada.

- Otro aspecto, relacionado con el anterior, es si una mujer puede ser coaccionada u obligada contra su voluntad a continuar con el embarazo, a consentir esa “ocupación” o “invasión” de su cuerpo por un ser extraño e indeseado, que más tarde, si todo va bien, se convertirá en su hijo, una persona, de la cual será responsable, tendrá que criar, mantener y responder por ella, por lo menos hasta su mayoría de edad.

- El caso opuesto al anterior sería obligar a una mujer embarazada a abortar en contra de su voluntad por el motivo que sea: ¿es legítimo obligar o coaccionar de algún modo a una mujer embarazada para interrumpir su embarazo en contra de su voluntad?

- Por otra parte estaría la consideración de reconocer dignidad a un feto como un ser autónomo, sujeto de derecho, en última instancia, como una persona, portadora de un valor inviolable a la vida. Entonces tendríamos que intentar responder a estas preguntas: ¿está el feto dotado de dignidad humana?, ¿es el feto un fin en sí mismo?, ¿es el feto una persona? Considerar que sí, podría interpretarse como un prejuicio moral, o religioso, y no tiene por qué ser compartido por todo el mundo en una sociedad laica, plural e intercultural como la nuestra. En este caso habría un conflicto de intereses, entre el derecho de la mujer embarazada a elegir (si continuar o interrumpir el embarazo) y el derecho del feto a permanecer vivo.

En este apartado de la tesis, dedicado al estatuto legal del nonato, no estamos cuestionando si el aborto debe ser permitido o prohibido, ni bajo qué circunstancias, y mucho menos animando a incumplir las leyes establecidas. Todo lo contrario, respetamos la ley actual que permite el aborto, de igual forma que respetaríamos cualquier modificación de ésta, incluso su derogación, si fuese el caso. Tan sólo nos hacemos eco de la situación legal del nonato en distintas partes del mundo.

Como se ha podido apreciar en esta detallada muestra de países que hemos expuesto más arriba, la legislación sobre el aborto es muy diversa. Va desde la prohibición total sin excepciones hasta la permisividad absoluta de la interrupción del embarazo, pasando por todo tipo de legislaciones intermedias. Por lo tanto llegamos a la conclusión de que no existe un único estatuto legal universal del feto, ni del embrión, ni del pre-embrión, sino que depende, no ya de cada país, sino que dentro de un mismo país existen leyes totalmente diferentes, incluso opuestas, dependiendo del estado donde uno se encuentre, como sucede en los Estados Unidos de América o de México, donde se puede dar el caso de un feto que recorra en avión el país (dentro del vientre de su madre) y vaya cambiando su estatus legal cada diez o quince minutos, según vaya entrando o saliendo de un estado a otro. Podríamos preguntarnos entonces ¿qué es lo que tienen las fronteras que al pasar de una a otra hacen cambiar el estatus legal de un feto humano? De hecho, una mujer

norteamericana embarazada de más de 12 semanas puede abortar libremente y sin cometer ningún delito en Nueva York o Washington, pero si lo hace en Dakota del Norte o Arkansas podría ser encarcelada por un delito de homicidio.

En este sentido, añadiremos que el Derecho no es moralmente neutro, sino que responde a una convicción moral que impone la mayoría de una sociedad, de forma coactiva; por eso, si la mayoría de la sociedad está a favor del aborto se legaliza esta práctica y si la mayoría está en contra, se prohíbe. Los tiempos cambian y las sociedades cambian con ellos, así como las creencias y valores de las personas que las componen. Por ello, las leyes también cambian, se crean, se modifican y se derogan. Y este es el motivo por el que la Ley Orgánica 9/1985 de 5 de julio reformó el artículo 417bis del Código Penal español, declarando no punible el aborto con consentimiento expreso de la mujer embarazada bajo ciertas circunstancias. De la misma manera que la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, derogó el artículo 417 bis del Texto Refundido del Código Penal publicado por el Decreto 3096/1973, de 14 de septiembre, redactado conforme a la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio. Y esta última ley también será modificada cuando los políticos, y la sociedad que los elige, lo estimen oportuno.

II.3.2. Estatuto legal del neonato.

Antes de entrar en la discusión sobre el estatuto legal del recién nacido me gustaría hacer una breve descripción de los distintos tipos de eutanasia que se manejan en el debate ético, creo que es conveniente este inciso porque a lo largo de este trabajo se hace referencia constantemente a estos términos.

II.3.2.1. Eutanasia y sus diversas formas.

Para empezar, comenzaré diciendo que la palabra eutanasia es de origen griego y etimológicamente se compone de: eu (bien) y thánatos (muerte). Según el Diccionario de la Real Academia Española, se define como: 1. Muerte sin sufrimiento físico; 2. Acortamiento voluntario de la vida de quien sufre una enfermedad incurable, para poner fin a sus sufrimientos. En adelante, utilizaremos el

término “eutanasia precoz” para referirnos a la eutanasia aplicada a niños ya nacidos en las primeras etapas de su vida.

Teniendo en cuenta la acción podemos distinguir entre:

- Eutanasia pasiva o indirecta: consiste en no realizar ningún tipo de tratamiento al paciente para conseguir su muerte; o simplemente retirar los cuidados destinados a evitar la muerte.

- Eutanasia activa o directa: es la realización consciente, intencionada y voluntaria, de una acción con el objeto piadoso de aliviar el padecimiento o de evitar una agonía prolongada o una muerte con gran deterioro físico, que tiene como última consecuencia la muerte del enfermo y que puede llevarse a cabo por el paciente mismo (suicidio asistido) o por otra persona.

Teniendo en cuenta la voluntad, podemos distinguir entre:

- Eutanasia voluntaria: cuando el enfermo es quien solicita su propia muerte, en pleno estado de consciencia y da su consentimiento para acabar con su vida. Este tipo de eutanasia se basa en el principio de autonomía.

- Eutanasia involuntaria: cuando el sujeto no puede hacerlo por razones de su edad (caso de niños pequeños), de un estado mental deficiente o por estar en estado de coma o de inconsciencia. Este tipo de eutanasia se basa en el paternalismo hacia aquellos que no pueden ejercer su autonomía.

Otros términos acuñados por la Bioética sobre la eutanasia y que aportan matices relevantes al debate son los siguientes:

- Cooperación necesaria al suicidio: En realidad no es un caso típico de eutanasia, pero hay gente que sí lo considera como una de sus variedades. Se trata de un caso tipificado por el Código Penal Español (art.143, 2) y consiste en que una persona «coopera con actos necesarios», pero no ejecuta materialmente la muerte; bajo esta forma se consideran tanto las aportaciones físicas o materiales como las psíquicas, como por ejemplo la incitación al suicidio proporcionando información sobre métodos para quitarse la vida. Al ser una cooperación necesaria se excluyen de esta tipificación la omisión, la tentativa y la participación, aunque sí es posible la coautoría o el coauxilio.

Bajo esta tipificación se considera que el autor del hecho es el suicida, no el que coopera con él, por lo que se requiere una petición expresa que acredite su voluntad firme de morir.

- Homicidio a petición: Aunque no es eutanasia propiamente dicha, en algunos países está considerado a su mismo nivel. El homicidio a petición es un caso de homicidio tipificado por el Código Penal Español (art. 143, 3), cuya pena es mayor que para el caso anterior de cooperación necesaria; a diferencia de este caso, en el homicidio a petición el inductor es el propio suicida, que incita a otra persona para que le cause la muerte.

En este caso es necesaria una petición expresa, seria e inequívoca de la víctima (art. 143, 4) que requiere capacidad y validez.

En este caso sí se contempla la tentativa porque la muerte es el resultado del delito, así como la participación porque lo que está tipificado es una conducta de autoría. Pero no se contempla la comisión por omisión ya que la ley sólo castiga los hechos activos.

- Distanasia: significa morir lentamente, con dolor intenso y consiste en prolongar artificialmente el proceso natural de la muerte. La distanasia es también conocida vulgarmente como ‘encarnizamiento, empecinamiento o ensañamiento terapéutico’. En algunas ocasiones es consecuencia de la experimentación con nuevos tratamientos o medicamentos en pacientes terminales, o por el posterior prestigio profesional que pueda suponer al médico y al hospital que hayan conseguido ciertos logros en investigación médica. Otras veces, se utiliza con fines políticos como ha ocurrido con personajes históricos como Franco, Tito, Hiro Hito, o Hugo Chávez, entre otros estadistas a los que se les ha prolongado la vida hasta las últimas consecuencias.

- Adistanasia: Consiste en la no utilización de los recursos terapéuticos al alcance, permitiendo la muerte acelerada del enfermo terminal; se trata, pues de no prolongar de forma irracional el proceso de muerte de un paciente.

- Cacotanasia: Se trata de acabar con la vida de un paciente sin tener en cuenta su voluntad. Etimológicamente se compone de Kakós (mala) thanatos (muerte). Casos conocidos de esta mala práctica son el “escuadrón de la muerte”, un grupo de enfermeras lideradas por Waltraud Wagner que dieron muerte a unos

doscientos enfermos en el Hospital de Lainz de Viena, o el “ángel de la muerte” (la enfermera alemana Micaela Roeder) que facilitó la muerte a diecisiete pacientes en el Hospital de Wuppertal, donde trabajaba.

- **Ortotanasia:** Hace referencia simplemente al derecho que todo ser humano tiene a morir con dignidad. Se compone de los vocablos griegos ortho (correcto) thanatos (muerte). Esta palabra fue acuñada en 1973 en la Declaración de los Derechos de los Pacientes presentada por la Asociación de Hospitales Americanos. Etimológicamente, ortotanasia significa morir o dejar morir a su hora, sin intervención artificial sobre el proceso natural de la muerte, es decir, cuando los recursos biológicos de un ser humano expiran o se extinguen por su propia naturaleza, sin ninguna manipulación, ni con el propósito de acortar la existencia de la persona ni de extender el proceso de la muerte en la etapa terminal.

Una vez hecha esta aclaración sobre los distintos tipos de eutanasia utilizados en el debate bioético, procederemos a entrar en materia en lo que respecta a la eutanasia precoz o aplicada a niños recién nacidos, o simplemente al homicidio, por parte de los progenitores, de sus propios hijos.

II.3.2.2. Infanticidio y eutanasia precoz.

Una forma de delito contemplada en jurisprudencia es el infanticidio, que ha sido considerado desde diferentes puntos de vista y desde diferentes legislaciones.

Con frecuencia se establecen algunas diferencias entre la muerte del feto en las primeras semanas de embarazo, y la muerte cuando el feto es un individuo con suficientes propiedades vitales para subsistir fuera del cuerpo de la madre, por lo que se suele distinguir entre dos términos similares, que se diferencian en cuanto al tiempo de ejecución, que no son otros que el aborto y el feticidio. Ya en 1955, el Jefe Médico Examinador de Nueva York, el Dr. Milton Helpert escribió en su texto sobre medicina legal la siguiente frase: “No olvidaremos el hecho por el cual existe un delito que debería ser llamado feticidio” (Acosta, 1968: 306). Anteriormente ya definió Carrara (1945: 322) el feticidio como "la muerte dolosa del feto en el útero; o su violenta expulsión del vientre materno, de la cual haya derivado la muerte del feto".

Este término hace referencia al delito intermedio entre el aborto y el infanticidio. El Código Penal de New York hace referencia al delito de infanticidio, dejando claro de forma explícita que si un feto ha sido destruido en su madurez de una forma abortiva dentro del útero, el delito, de acuerdo a las circunstancias, puede ser catalogado como homicidio o feticidio.

Teniendo en cuenta las directrices del Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos (RCOG)⁵⁸ del Reino Unido, el feticidio es la acción o proceso mediante el cual se causa la muerte de un feto, que debe llevarse a cabo antes de la terminación de un embarazo después de 21 semanas y seis días de gestación, para asegurar que el feto nace muerto. El método recomendado para el feticidio es la inyección de cloruro de potasio en el corazón fetal.

II.3.2.2.1. Legislación sobre infanticidio y eutanasia precoz en España.

Con respecto al infanticidio, el Código Penal español de 1973 exponía:

«La madre que para ocultar su deshonra matare al hijo recién nacido será castigada con la pena de prisión menor. En la misma pena incurrirán los abuelos maternos que, para ocultar la deshonra de la madre, cometieren este delito.»⁵⁹

La pena de prisión menor abarcaba de seis meses y un día a seis años. Había una diferencia sustancial con el parricidio –Art. 405- (que consistía en matar a ascendientes, descendientes o cónyuges), cuya pena era la de Reclusión mayor, que oscilaba de veinte años y un día a treinta años. Esta figura jurídica procede del Código Penal de 1932, que fue reseñado anteriormente en el Código de 1822, como un parricidio atenuado, no siendo considerado de la misma gravedad que un parricidio, que estaba castigado con la pena de muerte; se contemplaba un beneficio a la madre si mataba al hijo dentro de las 24 horas siguientes al nacimiento; dicho beneficio fue extendido a los abuelos maternos en el Código de 1848, si el móvil era ocultar la deshonra de la madre y ampliando el plazo de 24 horas a tres días.

⁵⁸ Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2001) *Further Issues Relating to Late Abortion, Fetal Viability and Registration of Births and Deaths*, available at: <http://www.rcog.org.uk/index.asp?PageID=549>.

⁵⁹ Título VIII. Delitos contra personas. Cap. II. Infanticidio. Art. 410. C.P. 73, Código Penal Español, op. cit. pp. 411-412.

Sin embargo, el Código Penal español de 1995 suprimió el infanticidio como tipo diferenciado de homicidio, no existiendo como delito tipificado en la actualidad.

En el Derecho español la regulación de la eutanasia neonatal pasaría por la introducción de una cláusula añadida a la norma que tipifica el delito de eutanasia (activa directa) prevista para los casos en los que existe un consentimiento expreso del paciente, y quedaría redactada de la siguiente forma:

«1.- Queda exento de responsabilidad criminal el médico que con consentimiento de los padres o representante legal y con autorización judicial renuncia o interrumpe la utilización de medidas de conservación o de prolongación de la vida del niño nacido con graves malformaciones a consecuencia de una enfermedad que le producirá una vida llena de sufrimientos y padecimientos difíciles de soportar y que le conducirá con seguridad a una muerte cruel.

2.- Existe grave malformación conforme al párrafo 1 cuando el niño padece una afección incurable que le coloca en una situación terminal o en estado vegetativo persistente sin capacidad de conocimiento ni percepción que le conducirá con seguridad o gran probabilidad a una muerte breve o cruel, así como cuando padece una afección incurable que le liga de forma permanente al uso masivo de aparatos artificiales de la medicina intensiva.

3.- Tampoco tiene obligación el médico de mantener con vida los fetos prematuros si existe consentimiento de los padres o representante legal y autorización judicial cuando:

a) dado su pequeño peso no podrán tener autonomía y normal desarrollo o llevarán una vida con grandes sufrimientos.

b) sufren además graves daños prenatales de los que cabe esperar que afecten a su autonomía y normal desarrollo o les cause una vida con grandes sufrimientos.» (Requejo, 2008: 148).

El 16 de julio de 2015 fue aprobada por el Congreso La Ley de Protección a la Infancia, que reforma una veintena de leyes. "Es una ley ampliamente consensuada que toma como punto de partida una ley que hizo el gobierno anterior. Se ha trabajado con comunidades autónomas, organizaciones no gubernamentales y con universitarios e investigadores y en el trámite de enmiendas, un tercio de las presentadas han sido aceptadas o transaccionadas", ha señalado la directora General de Infancia y Familia, Salomé Adroher.⁶⁰

⁶⁰ EFE. Madrid. <http://www.lne.es/espana/2015/07/16/ley-proteccion-infancia-aprueba-hoy/1787231.html>

II.3.2.2 Legislación sobre infanticidio y eutanasia precoz en otros países europeos.

a) Alemania⁶¹.

El antiguo delito de infanticidio que preveía el §217 StGB, proveniente directamente del §180 del código penal de Prusia de 1851, consideraba como persona al ser humano que se mata o lesiona durante o tras el nacimiento, pero al ser suprimido en la sexta reforma del código penal germano ha dejado controvertida la cuestión, más aún que en la legislación española, habida cuenta de la no tipificación del aborto imprudente ni de las lesiones al feto en el código alemán, y de su castigo como lesiones al cuerpo de la madre o como lesiones de la persona que nace después de ser lesionada. Desde un punto de vista histórico, la interpretación del §217 StGB dio lugar a un concepto restrictivo del término embarazo previsto en el §218.I StGB, situando el comienzo del objeto material en los delitos contra la vida y la salud en el comienzo del nacimiento. La derogación del §217 StGB no fue óbice para que se siguiera manteniendo el mismo criterio: la muerte del niño durante el nacimiento constituye homicidio, incluso si el parto aún no ha concluido. Teniendo en cuenta dicho criterio, se establece una distinción del concepto de persona a efectos penales y a efectos civiles. La separación parcial del feto del vientre materno fundamenta el concepto de persona a efectos penales, mientras que la consumación del nacimiento fundamenta la capacidad jurídica de la persona a efectos civiles.

En Alemania la jurisprudencia permite desde 1996 los tratamientos de atenuación del dolor sin acortamiento de la vida o que eventualmente aceleran la muerte (eutanasia activa indirecta) así como la interrupción técnica del tratamiento en caso de pérdida del conocimiento del paciente (descerebración con daño a la corteza cerebral) (eutanasia pasiva). La legislación alemana prohíbe la privación directa de la vida (eutanasia activa), puesto que el § 216 del Código alemán tipifica la «muerte a petición», la acción de quien mata a otro previa petición expresa y seria de ésta, castigándole con pena de prisión de seis meses a cinco años.

En Alemania se estima que existen más de mil casos anuales en que se deja morir a neonatos gravemente enfermos. Muchos casos de eutanasia precoz pasiva

⁶¹ Requejo, 2008: 11-12 y 73-84.

acabaron con absoluciones, simples condenas de multa o penas cortas privativas de libertad.

En 1986 fueron elaboradas unas Recomendaciones para delimitar casos estándar y guiar al médico, al que correspondía la última decisión, incluso de retirar el tratamiento en casos en los que el tratamiento le supondrá al niño una vida con daños graves e irreversibles. Las Recomendaciones Einbecker determinaron los límites del tratamiento médico en los neonatos nacidos gravemente malformados y prohibían la eutanasia activa directa, aunque no especificaban nada sobre la eutanasia activa indirecta, tan sólo el Preámbulo se expresaba en el sentido de «que existen situaciones límite en las que se debe reconocer mayor valor a los esfuerzos por evitar o atenuar el dolor en interés del mayor bienestar del paciente que a los esfuerzos por mantener o prolongar su vida». Por el contrario, la parte central de su contenido la ocupaba la eutanasia pasiva, permitiendo al médico no agotar hasta el final todas las posibilidades si la esperanza de vida del neonato, pese al tratamiento, eran escasas porque la muerte amenazaba de un momento a otro, si le esperaba una vida con graves daños para los que no existía ninguna oportunidad de mejora, como ocurría, según el texto original de las Recomendaciones, en los casos de graves microcefalias y graves daños cerebrales.

La Recomendación de la Comunidad Germana sobre Derecho y Medicina, en el texto de 1992 sobre los límites del deber de aplicación del tratamiento en los niños nacidos con graves deficiencias, se pronunció aceptando la eutanasia tanto en los casos de inutilidad cuantitativa como cualitativa, pues pese a proclamar la vida como bien absoluto (I.1), sostenía que «existen casos» en los que el médico no está obligado a agotar todas las posibilidades de tratamiento (IV.3).

En 1997 El Consejo General de Colegios Médicos (BÄK) dictó que «en caso de recién nacidos con graves deformaciones congénitas, cuya vida sólo puede ser mantenida gracias a la aplicación permanente de medios técnicos extraordinarios, se puede renunciar a éstos previa comunicación a los padres». Para ser aún más explícitos y evitar la ambigüedad en los términos, al año siguiente, en 1998 el BÄK redactó:

«En recién nacidos con graves deformaciones o importantes deficiencias de metabolismo sin posibilidad de cura o mejora, de niños extremadamente inmaduros cuya muerte es inevitable e inminente, y de

niños con graves lesiones cerebrales, puede ser omitido o suspendido el tratamiento que les mantiene con vida o sustituida la función vital fallida o defectuosa de acuerdo a un diagnóstico suficiente y con aprobación de los padres. Daños menores a éstos no justifican la suspensión o ruptura de medidas de conservación de la vida, aun cuando los padres lo reclamen. Un evidente proceso de muerte no debe ser alargado a través de terapias de mantenimiento de la vida. Cualquier decisión sobre estos extremos debe ser tomada individualmente. Del mismo modo que con los adultos no existe excepción ninguna al deber de disminuir el dolor».

En septiembre de 2003 el Ministerio de Justicia se hizo eco de un trabajo interdisciplinar titulado “Autonomía del paciente al final de la vida. Aspectos éticos, jurídicos y médicos sobre la disponibilidad del paciente” y bajo la coordinación del juez del Tribunal Supremo Federal alemán Klaus Kutzer se hizo público el 10 de junio de 2004, planteando cuestiones sobre aspectos civiles y penales de la eutanasia tales como la necesidad de representación del derecho de disponibilidad del paciente, las obligaciones del representante o la obligatoriedad de control judicial de la decisión del representante.

El 23 de abril de 2004 la Comisión Bioética del Estado Rheinland-Pfalz publicó un Informe titulado: “Valoración ética, jurídica y médica del deber médico de mantenimiento de la vida y del derecho de autodeterminación del paciente” con veintinueve tesis y cinco recomendaciones. Se recomienda una clara regulación legal de la eutanasia activa, pasiva e indirecta y que en todo caso se garanticen unos cuidados básicos y lo que por éstos se haya de entender. El Informe defiende la eutanasia pasiva (tesis 12): no iniciar o interrumpir medidas de conservación o prolongación de la vida no constituye homicidio; así como la eutanasia indirecta (tesis 13). El Informe prohíbe la eutanasia activa (tesis 14) y sólo en casos extremos en que la medicina paliativa no puede evitar un sufrimiento que el paciente siente como insoportable puede ser tolerada ética y jurídicamente y en función de su derecho de autodeterminación. En materia de menores, el Informe se pronuncia en la tesis 21 “Decisiones de los menores” y en la tesis 22 “Decisiones en el caso de los neonatos” sin especificar una edad aunque sí que el derecho de autodeterminación del menor deba ser más restrictivo cuanto más joven sea y más irreversible sea la decisión para su vida, pero indicando en los neonatos la edad máxima de cuatro semanas. Con respecto a la eutanasia precoz se establece lo siguiente:

«En el caso de los neonatos gravemente malformados o extremadamente inmaduros está prohibido todo acortamiento de la vida mediante medidas activas y con independencia de su estado.

Las medidas de conservación de la vida pueden ser interrumpidas u omitidas si el proceso de muerte ya ha comenzado o es evidente que la vida del recién nacido no podrá ser mantenida mucho tiempo por esperarse su muerte en breve.

En el resto de casos y dentro del deber del tratamiento médico y de protección de los progenitores tampoco se exigirá siempre que se agoten estas medidas. Esto es válido sobre todo respecto a las medidas consideradas aún como experimentales en el momento en que se toma la decisión.

En el caso particular no debe ser alegada por razones éticas y jurídicas una prevalencia del derecho a la eliminación o disminución del dolor frente a los esfuerzos por mantener o prolongar la vida.

En todo caso debe existir acuerdo entre los padres, así como entre los padres o representante y el médico. En caso contrario las medidas de conservación o prolongación de la vida sólo dejarán de aplicarse con aprobación del juez.

En cualquier caso quedarán siempre garantizados los cuidados básicos»

En agosto de 2004, la Comisión de investigación sobre “Ética y Derecho de la Medicina Moderna”⁶² encargó un Informe sobre “Disposiciones de los pacientes” acerca del alcance y límites del derecho a disponer de derechos básicos. El Informe recomienda delimitar el alcance de la disponibilidad del paciente en los casos de enfermedades en los que el proceso de muerte ha empezado y es irreversible, exceptuando la demencia y el estado comatoso. Además, la interrupción de un tratamiento médico que prolongue la vida requiere siempre de autorización judicial.

En junio de 2005 y julio de 2006 el Consejo Nacional de Ética toma posición en sendos documentos sobre “*Disposición del paciente: un instrumento de autodeterminación*” y “*Autodeterminación y cuidados al final de la vida*” que, a diferencia de la *Enquete-Kommission*, no limita la obligación de comprobar la capacidad del paciente a fases avanzadas de la enfermedad que lleven de forma

⁶² Un año antes de la creación del Consejo Nacional de Ética, el 24 de marzo de 2000, se había creado por parte del Parlamento Federal la Comisión Investigadora “El derecho y la ética de la medicina moderna” que trabajó hasta abril de 2002. Esta entidad, compuesta por 13 miembros parlamentarios y 13 expertos tenía la tarea de “investigar los adelantos de la medicina, la práctica de la investigación así como las cuestiones y problemas que de ellos resultan, teniendo en cuenta aspectos éticos, constitucionales, sociales, legislativos y políticos, además de realizar trabajos fundamentales y preparativos para decisiones necesarias en el Parlamento Federal Alemán”. En febrero de 2003 nuevamente se creó una Comisión Investigadora “El derecho y la ética en la medicina moderna”.

irreversible y en breve a la muerte sino que la amplía a otras formas comparables, pero sin hacer ningún planteamiento sobre la prohibición de la eutanasia activa.

En el documento *Autodeterminación y cuidados al final de la vida* recomendaba que «en los casos en los que no puede recabarse la voluntad del paciente el tratamiento médico pudiera ser omitido, limitado o finalizado teniendo en cuenta las perspectivas de éxito, el estado de sufrimiento del paciente y su previsible esperanza de vida». Y en caso de duda se optara por la conservación de la vida.

b) Austria⁶³.

El § 79 del Código Penal Austriaco contempla el delito de infanticidio, cuando la madre mata al niño durante el nacimiento o bajo los efectos del parto; la denominada «muerte a petición» en el § 77: «quien ocasiona la muerte de otra persona, bajo su requerimiento serio e insistente, es punible con una pena de prisión de seis meses a cinco años.»; o la norma del § 110, «el tratamiento médico arbitrario», castigado con pena de hasta seis meses de cárcel o multa.

En Austria no es delictiva la eutanasia indirecta y tampoco la pasiva, sí lo es en cambio la eutanasia activa directa. La legislación austriaca siempre ha sido muy reticente a reconocer el derecho a morir salvo en casos extremos, por ello han sido rechazadas propuestas como la de 1956 de privilegiar la muerte por compasión. En 2004, un Grupo de trabajo compuesto por ilustres científicos y periodistas elaboraron un «Manifiesto para la autodeterminación» reconociendo el derecho del hombre a determinar el momento de su muerte, de modo que «personas enfermas sin curación, razonablemente impedidas, de las que no puede esperarse una vida digna» pueden ser liberadas de su sufrimiento por sus parientes o médicos.

Desde el 1 de junio de 2006 la nueva legislación sobre disposición del paciente requiere la constancia escrita de su voluntad, prohibiendo la eutanasia activa. Además, la ley sobre centros hospitalarios 1998/95 prevé que el paciente que no puede prestar consentimiento sólo puede ser tratado con aprobación del defensor legal, salvo que exista peligro inminente, y autorizado judicialmente. La jurisprudencia ha comparado situaciones como la de la esterilización y el aborto en pacientes comatosos con la de ruptura del tratamiento médico.

⁶³ Requejo, 2008, 92-94.

En el caso de nacidos incapaces de vida o en los que ha comenzado el proceso de muerte se permite la eutanasia pasiva de modo muy limitado y la eutanasia indirecta como ayuda de atenuación del dolor aunque lleven como efecto accesorio adelantar la muerte. También se permite en los casos de niños nacidos muy prematuros o extremadamente deformados sin posibilidad de mejora, siendo lo decisivo no la voluntad de los padres sino la previsible duración de las medidas médicas intensivas o quirúrgicas. En todos ellos, sólo aisladamente se llega a admitir el estado de necesidad en los casos de eutanasia activa.

c) Francia⁶⁴.

El Código Penal francés trata la eutanasia pasiva como omisión de socorro (Art. 223), mientras que tipifica la eutanasia directa como forma de homicidio con independencia de los motivos del autor o del consentimiento de la víctima (Art. 295 y 296).

En 2004 se aprueba una Proposición de Ley que permite en su caso dejar morir a enfermos terminales o sin esperanza de vida, reconociendo su derecho a morir como el de los médicos a no verse amenazados con penas de prisión de hasta treinta años. Finalmente fue la ley “Leonetti” de 22 de abril de 2005 (*Loi núm. 2005-370 relative aux droits des malades et à la fin de vie*) que modifica la Ley de sanidad pública la que considera impune la interrupción del tratamiento médico por deseo del paciente que sufre una enfermedad grave e irreversible en una fase avanzada o próxima a la muerte, debiéndose en casos de pacientes incapaces de consentimiento consultar a sus familiares, a su representante y a un médico, y en todo caso atenerse a la propia voluntad del enfermo si la manifestó en un período de tiempo inferior a tres años desde el momento en que entró en estado de inconsciencia y no fue revocada. La norma prohíbe además la eutanasia activa. Sin embargo, dicha ley consiente el empleo de tratamientos en dosis eficaces para el alivio del paciente al final de su vida, con su consentimiento, aunque dichas dosis conlleven un acortamiento de su vida.

En relación a la eutanasia precoz, Francia carece de reglas médicas específicas y de fallos jurisprudenciales. El problema ha sido tratado igualmente

⁶⁴ Requejo, 2008, 97-99.

como infanticidio⁶⁵, una forma de homicidio cometida por la madre y bajo graves alteraciones psíquicas, siendo también punible la omisión, el dejar morir al niño, pero a través del tipo de omisión del deber de socorro. Una Proposición de Ley de 1987 de la Asociación para la prevención de enfermedades en la infancia respaldada por su presidente, Henry Caillavert, defendía la impunidad de la omisión del tratamiento médico al bebé impedido que fuese realizada en los tres primeros días del nacimiento («se autoriza a matar dentro del plazo de tres días de su nacimiento a los niños malformados, gravemente lisiados o con síndrome de Down»), pero no encontró respaldo popular y fue rechazada.

El 17 de marzo de 2015 los diputados franceses aprobaron con una amplia mayoría la ley que autoriza la sedación "profunda y continua" de los enfermos terminales que no deseen prolongar su tratamiento. La norma es considerada por algunos sectores como un paso hacia la legalización de la eutanasia, aunque otras organizaciones la han criticado con dureza porque no contempla ninguna forma de eutanasia activa y solo recopila algunas disposiciones ya en práctica. El texto, que aún debe pasar por el Senado, ha sido aprobado por 436 votos a favor, 34 en contra y 83 abstenciones, un amplio respaldo que muestra el consenso con el que el texto fue pactado entre los dos partidos mayoritarios de la cámara, el Partido Socialista (PS) y los conservadores de la UMP⁶⁶. La ley autoriza a los médicos que seden a los pacientes en fase terminal que lo soliciten mientras se les retiran los tratamientos y aguardan la muerte. Este es uno de los puntos más polémicos del texto. Por una parte, desde sectores ultraconservadores se considera que la retirada de alimentación e hidratación provoca sufrimiento al paciente; de otra, la Asociación Derecho a Morir en Dignidad (ADMD) también critica que esta práctica provoque una muerte "por sed y hambre" y reclama el derecho a una eutanasia activa.

⁶⁵ El artículo 300 del Código Penal antiguo consideraba infanticidio a la muerte o asesinato de un niño recién nacido. Conforme al artículo 302, si la autora era la madre la pena aplicable era la reclusión de 10 a 20 años y si fuera cometido por terceros la pena era de muerte. [Después de la ley 81908 del 9/10/81 la pena de muerte fue, abolida y reemplazada por la reclusión perpetua]. El C.P. francés de 1992 derogó la figura de infanticidio.

⁶⁶ Efe. Disonible en: <http://www.rtve.es/noticias/20150317/diputados-franceses-aprueban-amplia-mayoria-sedacion-terminal/1117565.shtml>.

d) Italia⁶⁷.

El Código Penal italiano en su art. 578 contempla el infanticidio para los casos de muerte del feto por la madre durante o tras el nacimiento:

«Infanticidio por causa de honor. El que ocasione la muerte de un recién nacido inmediatamente después del parto, o de un feto durante el parto, por las condiciones de abandono material y moral vinculadas al parto, será castigado con la pena de reclusión de tres a diez años.»

Respecto a la eutanasia tipifica la muerte activa con consentimiento como un tipo especial en los arts 575 y 579. En cuanto a la eutanasia neonatal se distinguen los casos en los que las malformaciones no comportan peligros a la supervivencia del infante, caso en que la pena (la prevista para el homicidio) resulta excesivamente severa comparada con la del infanticidio, de los casos que sí conllevan un riesgo y que permitirían suspender u omitir eventuales medios terapéuticos extraordinarios, teniendo presente la inseguridad del resultado y la escasa probabilidad de reparación de la afección malformante, en particular cuando la misma afecte al sistema nervioso central comprometiendo gravemente las posibilidades de desarrollo, facultando a los padres para solicitar la no intervención y a los médicos a dejar que sobrevenga la muerte natural.

e) Portugal⁶⁸.

En Portugal se castiga el homicidio a petición en el art. 134 de su Código Penal: «Quien mata a otra persona imputable y mayor determinado por el pedido insistente, consciente, libre y expreso que la persona hizo será sancionado con pena de prisión de seis meses a tres años.»

Cierto sector doctrinal, representado por Faria Costa, mantiene una novedosa postura admitiendo la impunidad de la eutanasia activa directa cuando es realizada por un médico en base a una solicitud formal y expresa del paciente ofreciendo verdaderos cuidados paliativos y en caso de fase terminal de enfermedad grave e incurable, pero jamás aplicada a un menor.

⁶⁷ Requejo, 2008: 94.

⁶⁸ Requejo, 2008: 99.

*f) Suiza*⁶⁹.

En Suiza se castiga con pena de cárcel y sin excepción la eutanasia en el art. 114 del Código Penal, la «muerte por compasión» y «por petición seria y fundada». Desde los años setenta se discute abiertamente sobre la legalización de la eutanasia activa, ya que sólo se permite la eutanasia indirecta y la eutanasia pasiva, si bien su delimitación no está del todo clara, ya que a veces decide la forma de conducta, acción u omisión, y a veces lo es el motivo de la acción.

En 2001 el Parlamento Suizo admitió la “moción Zach” sobre «*Eutanasia. Vacíos legales que impiden la muerte en vez de permitirla*», que reclamaba una regulación legal de la eutanasia indirecta y de la pasiva así como un paquete de medidas relativas a la medicina paliativa.

A nivel legislativo, fue la Academia Suiza de Medicina Científica la que se ha ocupado desde 1969 de elaborar las líneas jurídicas y éticas de la eutanasia. Las primeras «*Líneas jurídicas para la definición y el diagnóstico de la muerte*» de 1969 y 1983 establecían como observaciones especiales que el diagnóstico de muerte cerebral en niños menores de cinco años debía hacerse tras comprobar las muestras neurológicas del bebé durante al menos veinticuatro horas.

La Academia redactó el 5 de noviembre de 1976 las primeras directrices sobre eutanasia, las «*Líneas jurídicas, médicas y éticas para el tratamiento médico de pacientes en proceso de muerte o con graves daños cerebrales*», que fueron revisadas en 1981, completadas en 1988, nuevamente revisadas y completadas en un Proyecto de septiembre de 1993, y autorizadas por el gobierno en 1995. La Academia suiza de Medicina Científica sustituyó las citadas Directrices por las de 27 de noviembre de 2003 sobre «*Tratamiento y asistencia de pacientes que sufren de forma permanente graves daños cerebrales*» y de 5 de febrero de 2004 sobre «*Asistencia al paciente al final de su vida*». Como consecuencia, la Comisión Ética Nacional de Medicina Humana publicó el documento «*Ayuda al suicidio*», en el que se aboga por las organizaciones a favor de la eutanasia bajo control estatal que «garanticen el mantenimiento de los criterios de calidad en la averiguación de la decisión de ayuda a la muerte». La Comisión, además, exige el 27 de octubre de 2006 unos «*Criterios de cuidado en la ayuda al suicidio*» que deben quedar

⁶⁹ Requejo, 2008: 94-97.

garantizados a través de varios contactos personales y confirmación por un tercero independiente y competente en la materia de que el suicida está libre de presiones exteriores, así como controles de las organizaciones proeutanasia por personas externas e internas a la misma.

En el caso de los neonatos con graves deformaciones congénitas o lesiones perinatales, la Academia suiza de la Ciencia destaca la importancia del diagnóstico y que «en deformaciones graves y daños perinatales del sistema nervioso central, que sean irreparables, y en casos de neonatos o bebés que sólo pueden vivir con medios técnicos extraordinarios, se puede prescindir del tratamiento una vez que se ha informado debidamente a los padres».

Aparte de las Directrices nacionales, en la práctica es pertinente tener en cuenta las decisiones internas adoptadas en hospitales y por sus respectivas comisiones. En ese sentido, por ejemplo en el cantón de Schaffhausen, en tanto el bebé manifestaba capacidad de vida se procedía a su reanimación, pero se interrumpía su respiración artificial si se esperaba que padeciera una grave deformación, y a bebés nacidos sin cerebro o con menos de ochocientos gramos de peso o de veinticuatro semanas de gestación se les dejaba morir. En el cantón de Berna, tras una primera reanimación del bebé, el médico valoraba si de acuerdo a la malformación que sufre estaría justificada la aplicación de medidas médicas extraordinarias porque le den una oportunidad de vivir normalmente. En caso negativo se esperaba un día para efectuar una segunda revisión.

En Suiza existen pocos pronunciamientos judiciales expresos sobre la eutanasia y en concreto sobre la eutanasia precoz al ser práctica habitual que los pacientes no se involucren en conflictos jurídicos con los médicos.

En el Cantón de Zurich, el Grupo de Trabajo Médico-Ético de Neonatología ha diseñado un modelo de «círculo interno» formado por personal médico cuidador del niño que toma la decisión sobre la necesidad del tratamiento, y un «círculo externo» formado por personal cualificado en materia de ética, sin contacto directo con el niño y que desarrolla una labor de asesoramiento. La decisión debe ser tomada en función de criterios médicos, enfermedad, pronóstico y evolución, y aspectos éticos basados en principios como el de la autonomía del paciente o de justicia, o del

buen hacer y valorando la calidad de vida del niño, así como teniendo en cuenta la voluntad de los padres.

g) Bélgica⁷⁰.

El 16 de mayo de 2002 Bélgica aprueba una Ley que en su artículo 3 autoriza la eutanasia a sujetos mayores de edad, capaces, conscientes en el momento de presentar su petición y que padezcan sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable sin posibilidad de mejora, que no pueda ser calmado, causado por una afección accidental o patológica incurable. Al igual que en Holanda, también se prevé la constitución de una Comisión de evaluación del control de la aplicación de la eutanasia. Un Comité del Gobierno belga competente en cuestiones bioéticas publica en 1997 un Informe donde se expresa el deseo de considerar la eutanasia como un “estado de necesidad” amparado en una causa de justificación y sujeto a supervisión posterior. Ello fue fruto de distintas proposiciones de Ley que en los últimos años fueron enviadas al Parlamento belga, como la propuesta ADMD de los años noventa de dejar impune la eutanasia pasiva y en la que se indicaba que en el caso de los pacientes que no pueden expresar más su voluntad ni tengan declaración escrita expresa en este sentido, debería ser el médico quien decidiera sobre la renuncia del tratamiento.

Tras estas propuestas, otros países como Gran Bretaña, Francia, Italia, Estados Unidos, Australia, Canadá o Japón secundaron también movimientos pro-eutanasia. Así por ejemplo, en Japón se suspendía en 1995 una condena de dos años por eutanasia, puesto que el paciente sufría un dolor físico inaguantable, la muerte era inevitable e inminente, se habían tomado todas las medidas para eliminar el dolor y el paciente había expresado abiertamente su consentimiento.

La práctica de la eutanasia en Bélgica es cada vez más utilizada desde que fue aprobada en 2002. Actualmente una de cada 50 muertes en el país se debe a esta causa y en el último año el número de intervenciones de este tipo creció un 25% hasta las 1.432.

Actualmente, el Parlamento belga discute la posibilidad de que los menores de 18 años también puedan dar su consentimiento para morir, lo que convertiría a

⁷⁰ Requejo, 2008: 84-90.

Bélgica en el primer país que aprueba la eutanasia infantil. La mayor parte de la población respalda esta visión. Un 74% de los belgas son favorables a esa extensión a los menores, según un reciente sondeo publicado por el diario *La Libre Belgique*. El porcentaje subía al 79% para el caso de los enfermos de alzhéimer.

Uno de los elementos que más debate ha suscitado es el relativo a la edad del menor. Frente al modelo holandés, que deja la decisión en manos del menor entre 16 y 18 años y exige el consentimiento paterno para casos entre los 12 y los 16, el legislador belga ha preferido no fijar límites. La condición será que tengan capacidad de discernimiento, un criterio que, además del médico que se enfrente a un caso de ese tipo, deberá evaluar un psiquiatra infantil. En la actualidad, los menores emancipados (a partir de 15 años) ya pueden someterse a una eutanasia sin permiso paterno.

h) Holanda.

En Holanda, la Ministra de Justicia Winnie Sordrager reclamó en 1996 la despenalización de la eutanasia controlada por el médico. En el caso de los neonatos, unas Recomendaciones del Ministerio de Justicia y Salud de 1997, muy similares a las existentes en la actualidad, ya recogían como criterios de “buena praxis” en la aplicación de la eutanasia activa la comprobación de un recién nacido que sufre de graves daños o le amenace una muerte cruel, sin alternativas en el tratamiento de lucha contra el dolor, con consentimiento expreso y debidamente informado de los padres, siempre que además el médico haya consultado con otro colega, haya compartido su decisión con otros sanitarios encargados del cuidado del niño y haya recabado la opinión de éstos, además de respetar las opiniones contrarias a la suya. Finalmente debe ejecutar su decisión de forma responsable.

El 10 de abril de 2001 el Parlamento holandés aprobó la Ley 26691 de comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio. La Ley legaliza la eutanasia activa controlada en caso de petición voluntaria del paciente y ante enfermedades con padecimientos insoportables sin esperanza de mejora. También se aplica a menores de edad entre dieciséis y dieciocho años que pueden decidir independientemente, aunque oyéndose a sus padres, según la Ley de los derechos del enfermo de 1 de abril de 1995 que permite a estos menores rehusar

tratamientos, así como a los menores de entre doce y dieciséis años aunque en ese caso es necesaria la aprobación de aquellos.

El art. 293 del Código Penal holandés dispone que: «quien pone fin a la vida de otro por petición expresa y sería de éste será castigado a la pena de prisión de hasta doce años o multa de quinta categoría». Y continúa en su párrafo segundo excepcionando de esta pena al médico que ha practicado la muerte siguiendo los criterios previstos en el art. 2 de la Ley de comprobación de la finalización de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio, y esto lo ha comunicado al forense municipal.

El art. 294 reza que aquel que intencionadamente induzca a otro al suicidio, le preste auxilio o le facilite los medios necesarios para hacerlo, si el suicidio se consuma, será castigado con pena de cárcel de hasta tres años y multa. No será castigado si la ayuda es prestada por un médico cumpliendo los requisitos del artículo 2 de la Ley de comprobación de la finalización de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio.

Los requisitos que no hacen punible la práctica de la eutanasia en Holanda son los siguientes:

Que la persona objeto de la eutanasia o auxilio al suicidio sea residente en Holanda, que el médico esté convencido de que la petición es voluntaria, está bien meditada y expresa los deseos del enfermo, o sea, que es plenamente capaz y se ha reiterado en su voluntad. Ésta puede haber sido manifestada en un documento de voluntades anticipadas. Que se constate un padecimiento permanente, insoportable y sin esperanzas de mejora. Que se haya informado al paciente de su situación y de las perspectivas de futuro. Que se haya consultado a otro facultativo y que éste haya corroborado el cumplimiento de los requisitos. En caso de sufrimiento psicológico se tienen que consultar dos médicos. Los médicos consultores tienen que ver al enfermo y elaborar un informe por escrito sobre la situación. Que la realización de la eutanasia o auxilio al suicidio se haga con el máximo cuidado y profesionalidad.

También se modifica la Ley de disposición de cadáveres en el artículo 7, cuando dice:

Si la muerte de una persona se ha producido por la aplicación de técnicas destinadas a poner fin a la vida a petición propia o al auxilio al suicidio, el médico no

expedirá certificado de defunción, sino que informará inmediatamente al forense municipal y le enviará informes sobre el cumplimiento de los requisitos de la Ley de comprobación de la finalización de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio. El médico forense –si se dan los requisitos– lo comunicará a la Comisión regional de comprobación. Si no se cumplen los requisitos lo comunicará al ministerio fiscal para, si procede, aplicar el Código Penal.

Esta Comisión regional, tal y como establece el artículo 3 de la Ley de comprobación de la finalización de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio, está integrada al menos por un jurista, un médico y un experto en ética, nombrados por los ministros de Sanidad y de Justicia por un periodo de seis años. Las funciones de esta Comisión son:

- Valorar el cumplimiento de los requisitos en cada supuesto en que se haya practicado la eutanasia o se haya ayudado al suicidio.
- Pedir información complementaria al médico.
- Emitir, en un plazo de seis semanas, un dictamen aprobado por mayoría simple de los miembros de la comisión que están obligados a votar. Este dictamen se trasladará al médico y simultáneamente al fiscal en caso de incumplimiento de los requisitos.⁷¹

En 2004 se puso en marcha un proyecto elaborado por médicos de ocho universidades de Holanda para redactar unas Recomendaciones sobre la aplicación de la eutanasia activa a recién nacidos gravemente malformados. En efecto, las directrices marcadas en el “Protocolo Groninger” permiten la aplicación de la eutanasia activa en los casos en los que exista un diagnóstico seguro de que el niño es un enfermo terminal sin perspectivas de recuperación, siempre que exista consentimiento de los padres, a los que se ofrecerá posteriormente apoyo psicológico, y con la opinión favorable de otro médico consultado ajeno al equipo médico. Enfermedad irreversible, sufrimiento, diagnóstico y pronóstico son las bases inspiradoras del Protocolo para prevenir el padecimiento inútil recurriendo a la eutanasia cuando “sea una medida más humana que mantener al paciente con vida”.

El 29 de noviembre de 2005 el Ministerio de Salud, Bienestar y Deporte publicó un Informe que puso de manifiesto que en los casos de eutanasia de neonatos

⁷¹ Para más información consultar la página: http://www.eutanasia.ws/eutanasia_mundo.html.

sin esperanza de vida, con sufrimientos insoportables así como de niños productos de abortos tardíos posteriores a la veinticuatro semana de gestación, un Comité debe informar al fiscal sobre si el médico ha actuado con diligencia debida al practicar la muerte de estos niños, exigiéndose necesariamente la aprobación de los padres. El Comité lo componen tres médicos, un jurista y un profesional de la ética. A diferencia de la eutanasia en adultos, el fiscal tiene aquí una mayor competencia.

*i) Dinamarca*⁷².

En Dinamarca se prohíbe la eutanasia activa, pero los enfermos desahuciados por los médicos pueden decidir sobre la continuación o no de su tratamiento redactando el “testamento médico”, vinculante para el facultativo y que empezó a funcionar en 1992. Además la “*Lov om patienters ret sstillig*” (ley sobre la posición de los derechos de los pacientes) de 1998 permite la eutanasia pasiva y la terminación del tratamiento al paciente gravemente enfermo sin posibilidad de cura.

j) Finlandia.

En Finlandia se prohíbe la eutanasia activa y se permite la pasiva. Una Directiva sobre administración de un tratamiento terminal a enfermos incurables o pacientes cercanos a la muerte de 14 de abril de 1982 (DNo3024/02/80) defendía la necesidad de que el médico reflexionase y decidiese cuándo se puede renunciar a un tratamiento que sólo sirve para conservar las constantes vitales, teniendo en cuenta la decisión del enfermo o de sus familiares cuando éste no puede más expresar su voluntad. Así, un Proyecto de Ley sobre los derechos de los pacientes de 1982 indicaba que a un paciente en estado de inconsciencia o que no pudiera expresar su voluntad se le ha de proporcionar el tratamiento que le aparte del peligro a su vida o a su salud. Con ello la ley finlandesa ponía su acento en dos principios fundamentales: la libertad del médico acerca del tratamiento y el derecho fundamental del enfermo a su libertad o su derecho de autodeterminación.

En lo referente a eutanasia neonatal, la Directiva finlandesa también otorgaba a los padres la opción de plantearse la eutanasia del niño nacido prematuro o con malformaciones graves siempre teniendo en cuenta la opinión médica. Más dudosa

⁷² Requejo, 2008: 90-92.

se muestra la legislación danesa con los casos de eutanasia precoz, tanto respecto al pronóstico sobre la calidad futura, como sobre la responsabilidad de los padres en la muerte piadosa de su hijo.

k) Luxemburgo.

El gobierno de Luxemburgo rechazó una Propuesta de regulación de la eutanasia activa, la *Proposition de Loi sur le droit de mourir en dignité der Abgeordneten Lydie Err und Jean Huss* (Proposición de ley sobre el derecho a morir dignamente de los Diputados Lydie Err y Jean Huss), de 5 de febrero de 2002. La aplicación de toda medida eutanásica activa debe ser consultada a la Comisión Nacional de Control y Evaluación, compuesta de nueve miembros, tres médicos, tres familiares o asistentes personales del enfermo, y tres personas ajenas a él.

l) Noruega.

En Noruega, un Informe del Ministerio de Asuntos Sociales de 1984 sobre “Cuidados y tratamiento de enfermos muy graves” rechazaba la eutanasia activa, permitía la renuncia o ruptura de un tratamiento bajo determinadas circunstancias cuando no se debía prolongar el proceso de muerte y la ruptura de medidas de conservación de la vida eran consideradas como casos *sui generis* entre eutanasia activa y pasiva en las que el médico tendría un amplio espacio de decisión al aplicar el tratamiento, sobre todo cuando el paciente no pueda expresar más su voluntad ni sea indagable un consentimiento presunto. Noruega es además el país pionero en el desarrollo médico-profesional de la medicina paliativa, siendo ésta desde 1984 una asignatura oficial en los estudios de Medicina.

m) Suecia.

En Suecia la doctrina ha perfilado ciertas líneas de actuación, así por ejemplo que las medidas de atenuación del dolor que aceleran la muerte entran dentro de un riesgo permitido, o que la omisión de medidas de conservación de la vida en casos irreversibles no constituye una infracción del deber médico en la medida en que la situación de riesgo no se vea alterada.

II.3.2.2.3. Legislación sobre infanticidio y eutanasia precoz en los países anglosajones⁷³.

En el Derecho anglosajón existe un amplio consenso que considera el cuerpo humano como intangible e inviolable y que otorga al paciente adulto en sus plenas facultades el derecho ilimitado a negarse con o sin motivos razonables a un tratamiento médico, sin que el facultativo que se limita a no intervenir en el curso natural de la enfermedad sea perseguido por homicidio o por ayuda al suicidio. Tan sólo en el caso de los pacientes que no pueden prestar su consentimiento es más discutible la cuestión de quién puede decidir qué es lo mejor para el enfermo. Pero también en los casos de niños pequeños gravemente impedidos se ha venido aplicando en los últimos años un patrón o modelo objetivo integrador del concepto del mejor interés para el menor.

a) Australia.

En 1983 el Colegio Australiano de Pediatras elaboró un Informe sobre la no intervención en niños con graves deformaciones. En 1985 la Comisión de Derechos Humanos publicó los «Aspectos éticos y legales en el tratamiento de neonatos con graves discapacidades», que lejos de ofrecer una solución al problema de la eutanasia puso en tela de juicio y dio ocasión a un planteamiento del tema hasta ese momento inexistente. Encuestas realizadas en los años ochenta mostraron opiniones a favor de aplicar siempre medidas a favor de la conservación de la vida, lo que hizo que una Ley (*Rights of the Terminally Ill*) de 1 de julio de 1996 que permitía la eutanasia activa de enfermos muy graves fuese dejada sin efecto por el Parlamento en una reforma llevada a cabo en marzo de 1997 (*Eutanasia Laws Hill*). El problema es aún más peliagudo en el caso de los niños aunque es habitual la práctica de retirar la ayuda médica a niños muy deformados.

b) Estados Unidos.

En los Estados Unidos, aunque la legislación es tajante en prohibir de forma general la eutanasia activa, desde 1976 cuarenta y ocho Estados han tratado de aclarar y regular la renuncia e interrupción de un tratamiento médico en casos de

⁷³ Requejo, 2008: 99-106.

enfermos sin esperanza de curación, siendo Oregón, frente a otros Estados como Washington o California, el que ha llevado a cabo una amplia legalización de la eutanasia a través de la “Act of dignitiy”.

Hacia la mitad de los años ochenta el ámbito aplicativo de los *Living Will* (testamento vital o voluntades anticipadas) se extendió también a los neonatos gravemente malformados basándose en la idea de que nadie debe sufrir sólo porque no pueda expresar su voluntad, por lo que insistir en la exigencia de un consentimiento sólo prolonga y agranda el dolor de un paciente y deben entonces ser otras personas quienes decidan en nombre de éstas. El Derecho americano cuenta además con algunos pronunciamientos significativos en el ámbito de la eutanasia precoz. En el caso de bebés gravemente enfermos los jueces han dejado muchas veces la decisión en manos de los padres incluso cuando la continuación del tratamiento era desaconsejada por los médicos.

El reconocimiento de una regulación legalizada de la eutanasia ha tenido lugar en Estados como los de Oregón, Washington, o Nueva York, que aprobaron en 1996 diversas medidas que autorizaban la eutanasia bajo ciertas condiciones. En Nueva York se estima que existen unos doscientos casos anuales entre muertes de fetos abortados tardíamente cuando ya alcanzaron su viabilidad, infanticidios y eutanasias. Por otro lado en Oregón la ley permite administrar dosis mortales a enfermos desahuciados.

La Ley sobre el derecho a morir con dignidad fue aprobada en 1994, siendo reafirmada tres años después cuando es sometida a votación tras un intento de impugnación. La «*Death with dignity Act*» entró en vigor el 27 de octubre de 1997 y sirvió de modelo a otros Estados Americanos. Permite al paciente adulto y capaz de consentir que sufre una enfermedad terminal y previo informe médico manifestar ante dos testigos y por escrito su deseo de acabar con su vida dignamente recibiendo incluso autorización para que se le recete un medicamento que le permita poner fin a su vida.

La praxis judicial ha sido más flexible en el reconocimiento de la eutanasia indirecta mediante la teoría del doble efecto, que hace lícita una acción que persigue un fin legítimo (atenuar el dolor) aunque el resultado que cause como consecuencia inevitable sea ilegítimo (acortar la vida y llegar a causar la muerte del paciente), y en

la admisión de la eutanasia pasiva, primero y sólo cuando se trataba de rehusar tratamientos médicos extraordinarios y después permitiendo poco a poco un derecho general a la renuncia del tratamiento, un derecho a la eutanasia pasiva como un derecho de la vida privada del enfermo, con independencia del pronóstico de su enfermedad, de la capacidad de consentir y del tipo de tratamiento.

En 2001 la Corte Suprema de California en el caso *Conservatorship of Wendland* restringió las condiciones para permitir la eutanasia pasiva de pacientes incapaces en estado persistente de coma vegetativo en los que no constara de ninguna forma un consentimiento presunto.

c) *Gran Bretaña.*

La eutanasia activa es castigada como asesinato con cadena perpetua en Gran Bretaña. Aunque existe una larga tradición de reconocimiento de los derechos individuales frente al Estado, éste carece de disposiciones expresas sobre la muerte a petición del enfermo ya que no llegaron a prosperar las Propuestas «*Voluntary Euthanasie Bill*» de 1993 o la «*Doctor Assisted Dying Bill*» de 1997.

A pesar de no ser legal la eutanasia, la jurisprudencia ha ido encontrando vías para atenuar la pena del homicidio en casos de muerte por compasión apreciando eximentes incompletas de inimputabilidad. En los casos de neonatos con graves malformaciones, sin esperanza de vida, los jueces suelen ser permisivos con las prácticas eutanásicas, e incluso las sentencias suelen ser favorables a los doctores que las practican y son absueltos por norma general.

En el Reino Unido, la Ley sobre el infanticidio define al "infanticidio" como un crimen específico que sólo se comete por una madre durante los primeros doce meses de vida del neonato. Atenúa el homicidio cuando la madre mata a su hijo recién nacido por hallarse alteradas sus facultades como consecuencia del nacimiento o del amamantamiento. [Infanticide Act. 1938 sucede al infanticide act. 1922].

«Cuando una mujer por cualquier acto u omisión voluntaria causa la muerte de su hijo, siendo el niño menor de 12 meses, pero en el momento del acto u omisión el equilibrio de su mente estaba trastornado, debido a no haberse recuperado totalmente de los efectos de haber dado a luz al niño, o por motivo del efecto de la lactancia consecutiva al nacimiento del niño, entonces ella será culpable del crimen de infanticidio».

II.3.2.2.4. Legislación sobre infanticidio y eutanasia precoz en América Latina.

a) Argentina.

La figura del infanticidio, que estaba contemplada en la ley 11.179 (Código Penal de la Nación Argentina) fue derogada por la ley 17.567. Más tarde volvió a ser recogida con la ley 20.509 y fue de nuevo abrogada con la ley 21.338. En 1984 reapareció la figura de infanticidio a partir de las reformas del texto ordenado del Código Penal (decreto 3992/84), pero nuevamente fue derogada con la ley 24.410 del 30 de noviembre de 1994 (argumentándose que ni la honra ni el honor se comprometen hoy en el parto) que disponía en el inciso 2º del art. 81:

«Se impondrá reclusión hasta tres años o prisión de seis meses a dos años a la madre que, para ocultar su deshonra, matare a su hijo durante el nacimiento o mientras se encontrara bajo la influencia del estado puerperal y a los padres, hermanos, marido e hijos que, para ocultar la deshonra de su hija, hermana, esposa o madre, cometieren el mismo delito en las circunstancias indicadas en la letra a del inciso 1º de este artículo».

b) Bolivia.

El artículo 258 del Código Penal boliviano dice así: «La madre que, para encubrir su fragilidad o deshonra, diere muerte a su hijo durante el parto o hasta tres días después, incurrirá en privación de libertad de uno a tres años».

En julio de 2014 fue promulgado el nuevo "Código Niño, Niña y Adolescente", que castiga el infanticidio con 30 años de prisión sin derecho a indulto.

c) Colombia.

El Artículo 328 del Código Penal de 1980 establece que: «La madre que durante el nacimiento o dentro de los ocho días siguientes matare a su hijo, fruto de acceso carnal violento o abusivo o de inseminación artificial no consentida, incurrirá en arresto de uno a tres años».

d) Costa Rica.

El Libro Segundo, Título I, Sección I del Código Penal de Costa Rica, se ocupa de los Delitos contra la vida: Homicidio. Concretamente, el Artículo 112, inciso 3,

prescribe que se impondrá prisión de veinte a treinta y cinco años, a quien mate a una persona menor de doce años de edad.

En el Art. 113 del C.P. se atenúa el delito de homicidio en su inciso 3 por causa de honor para la madre de buena fama: «A la madre de buena fama que para ocultar su deshonra diere muerte a su hijo dentro de los tres días siguientes a su nacimiento».

El C.P. también recoge el abandono por causa de honor en su Artículo 143:

La madre que abandonare un recién nacido de no más de tres días, para ocultar su deshonra, será reprimida con prisión de un mes a un año. Si a consecuencia del abandono sobreviniere grave daño o la muerte, la pena será de prisión de uno a cuatro años.

e) Cuba.

La Ley 62, de 29 de diciembre de 1987, Art. 264 inciso 2, dice:

La madre que dentro de las setenta y dos horas posteriores al parto mate al hijo, para ocultar el hecho de haberlo concebido, incurre en sanción de privación de libertad de dos a diez años.

f) Chile.

El artículo 394 del C.P. dice así:

Cometen infanticidio el padre, la madre o los demás ascendientes legítimos o ilegítimos que dentro de las cuarenta y ocho horas después del parto, matan al hijo o descendiente, y serán penados con presidio mayor en sus grados mínimo a medio.

La actual regulación del delito de infanticidio del Código Penal chileno es contraria a la Constitución. El artículo 394 del Código punitivo plantea la existencia de dos categorías de persona: las que aún no han cumplido cuarenta y ocho horas de existencia y las que ya han superado dicho umbral de vida. Careciendo dicho distinción de un fundamento que lo justifique, resulta imperiosa la introducción de una modificación legal a dicho delito. Pero para que ésta sea acorde con el principio constitucional de culpabilidad, resulta asimismo indispensable incorporar una reforma legislativa que tenga en cuenta la culpabilidad disminuida o aun acentuadamente disminuida de la mujer que, hallándose afectada por el trastorno puerperal, mata a su hijo recién nacido. (Mayer Lux, 2012: 119-143).

g) Ecuador.

El Código Penal ecuatoriano considera al infanticidio entre los delitos contra la vida. En su artículo 453 dice así:

«La madre que por ocultar su deshonra matare al hijo recién nacido, será reprimida con la pena de reclusión menor de tres a seis años. Igual pena se impondrá a los abuelos maternos que, para ocultar la deshonra de la madre, cometieren este delito». (Concordancias: Constitución de la República del Ecuador, 2008: Arts. 66, 44, 45).

h) El Salvador.

El Código Penal de El Salvador considera que el infanticidio no requiere móvil de honor, sino que se caracteriza porque la madre mata a su hijo en estado de emoción violenta que las circunstancias hagan excusable durante el nacimiento o dentro de las 72 horas de producido el mismo.

i) Guatemala.

El Código Penal de Guatemala, en su Artículo 129 prescribe que la madre que, impulsada por motivos íntimamente ligados a su estado que le produzcan alteración psíquica, matare a su hijo durante el nacimiento o antes de que haya cumplido 3 días tendrá pena menor.

j) México.

El Código Penal Federal de los Estados Unidos Mexicanos contemplaba en su Libro segundo. Título décimo noveno delitos contra la vida y la integridad corporal. Capítulo V. el delito de infanticidio:

Art. 327 (Derogado mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 10 de enero de 1994) Se aplicarán de entre tres a cinco años de prisión a la madre que cometiere el infanticidio de su propio hijo, siempre que concurran las siguientes circunstancias: que no tenga mala fama; que haya ocultado su embarazo; que el nacimiento del infante haya sido oculto y no se hubiere inscrito en el registro civil, y que el infante no sea legítimo.

Sin embargo, el 14 de junio de 2012, el Capítulo V pasó a denominarse Femicidio (Reformada la denominación mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de junio de 2012). El Art. 327 fue derogado en 1994,

así que actualmente no está tipificado el delito de infanticidio en el C.P.F. de México. Ahora matar a un hijo estaría considerado como homicidio, teniendo en cuenta las circunstancias que pueden agravar o atenuar el delito. Los artículos del C.P.F. que hacen alusión a la muerte del niño o a su abandono son los siguientes:

Artículo 323. Al que prive de la vida a su ascendiente o descendiente consanguíneo en línea recta, hermano, cónyuge, conviviente, compañera o compañero civil, concubina o concubinario, adoptante o adoptado, con conocimiento de esa relación se le impondrá prisión de treinta a sesenta años.

Si faltare dicho conocimiento, se estará a la punibilidad prevista en el artículo 307, sin menoscabo de observar alguna circunstancia que agrave o atenúe la sanción a que se refieren los capítulos II y III anteriores. (Artículo reformado mediante Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de junio de 2012)

Artículo 335. Al que abandone a un niño incapaz de cuidarse a sí mismo o a una persona enferma, teniendo obligación de cuidarlos, se le aplicarán de un mes a cuatro años de prisión, si no resultare daño alguno, privándolo, además, de la patria potestad o de la tutela, si el delincuente fuere ascendiente o tutor del ofendido.

Artículo 342. Al que exponga en una casa de expósitos a un niño menor de siete años que se le hubiere confiado, o lo entregue en otro establecimiento de beneficencia o a cualquiera otra persona, sin anuencia de la que se lo confió o de la autoridad en su defecto, se le aplicarán de uno a cuatro meses de prisión y multa de cinco a veinte pesos. (Fe de erratas publicada en el Diario Oficial de la Federación el 31 de agosto de 1931).

Artículo 343. Los ascendientes o tutores que entreguen en una casa de expósitos un niño que esté bajo su potestad, perderán por ese sólo hecho los derechos que tengan sobre la persona y bienes del expósito.

k) Nicaragua.

El Artículo 339 del Código Penal nicaragüense castiga con pena de prisión a la mujer de buena fama que para ocultar la deshonra matase a su hijo dentro de las veinticuatro horas de haber nacido. La pena de prisión en primer grado, cuando el delito se cometió por los abuelos. En los demás casos, el que da muerte a un infante que no haya cumplido treinta días se castigará con la pena de parricidio o asesinato.

l) Paraguay.

El Código Penal de Paraguay (Ley 1.160/97), en su Artículo 105:

Inciso 1. El que matara a otro será castigado con pena privativa de libertad de cinco a quince años.

Inciso 2. La pena podrá ser aumentada hasta veinticinco años cuando el autor: matara a su padre o madre, a su hijo, a su cónyuge o concubino, o a su hermano (...)

Inciso 3. Se aplicará una pena privativa de libertad de hasta cinco años y se castigará también la tentativa, cuando... (2) una mujer matara a su hijo durante o inmediatamente después del parto (...)

El Art. 214 castiga con dos años de prisión a la madre que para ocultar la deshonra matare a su hijo recién nacido, entendiéndose por tal, según el Art. 215, al que no tenga tres días completos. La pena se eleva a los tres años para los abuelos maternos que cometieren el mismo delito. El Art. 216 castiga en los demás casos con la pena de homicidio simple.

m) Perú.

El Artículo 110 del Código Penal dice así: La madre que mata a su hijo durante el parto o bajo la influencia del estado puerperal, será reprimida con pena privativa de libertad no menor de uno ni mayor de cuatro años, o con prestación de servicio comunitario de cincuenta y dos a ciento cuatro jornadas.

n) Uruguay.

El Artículo 313 del Código Penal se ocupa del Infanticidio *honoris causa*:

Si el delito previsto en el artículo 310⁷⁴ se cometiera sobre la persona de un niño menor de tres días, para salvar el propio honor o el honor del cónyuge, o de un pariente próximo, será castigado con seis meses de prisión a cuatro años de penitenciaría. Se entiende por parientes próximos los padres y los hijos legítimos o naturales, reconocido o declarado tales, los adoptivos, los abuelos y nietos y también los hermanos legítimos.

El Art. 338 castiga con penitenciaría de dos a cuatro años a la madre que para ocultar la deshonra matare a su hijo antes de que cumpla tres días.

El Art. 339 establece la misma pena a los padres ilegítimos, naturales o adoptivos, al marido, al hijo o hermano que para ocultar la deshonra de la hija, de la

⁷⁴ «El Código de 1933, en su artículo 310 dispone: El que con intención de matar diere muerte a alguna persona será castigado con penitenciaría de dos a doce años».

esposa o de la madre, o de la hermana, matasen a un recién nacido dentro del mismo periodo.

El Art. 340 dispone que fuera de los casos citados, la muerte de un recién nacido se castigará con la pena de homicidio.

ñ) Venezuela.

El Artículo 406, Inciso 3, del Código Penal de la República Bolivariana de Venezuela dispone «De veintiocho años a treinta años de prisión para los que lo perpetren: ... En la persona de su ascendiente o descendiente o en la de su cónyuge».

Artículo 411(Derogado por el Art. 684 de la LOPNNA⁷⁵ 2007): Cuando el delito previsto en el artículo 405⁷⁶ se haya cometido en un niño recién nacido, no inscrito en el Registro del Estado Civil dentro del término legal, con el objeto de salvar el honor del culpado o la honra de su esposa, de su madre, de su descendiente, hermana o hija adoptiva, la pena señalada en dicho artículo se rebajará de un cuarto a la mitad.

II.3.2.3. Conclusión.

Una vez realizada esta exposición sobre Derecho comparado en cuanto al aborto y a la eutanasia precoz tanto en Europa como en el Continente Americano y Australia; podemos hacernos una idea mucho más amplia y generalizada del estatuto legal que se le otorga tanto al embrión como al neonato en los distintos países aquí reflejados y podemos concluir en primer lugar que pre-embrión, embrión, feto y neonato no comparten el mismo estatuto legal entre sí y tampoco con una persona adulta, tan sólo el recién nacido, transcurridas 24 horas de vida puede equipararse,

⁷⁵ LEY ORGÁNICA PARA LA PROTECCION DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES: Esta ley tiene por objeto garantizar a todos los niños, niñas y adolescentes, que se encuentren en el territorio nacional, el ejercicio y el disfrute pleno y efectivo de sus derechos y garantías, a través de la protección integral que el Estado, la sociedad y a familia deben brindarles desde el momento de su concepción ... Artículo 684. Derogatorias. Se deroga la Ley Tutelar de Menores, la Ley del Instituto Nacional del Menor, la Ley de Adopción, el Capítulo I de la Ley sobre Protección Familiar, los Artículos 411 y 437 del Código Penal y los Artículos 247, 248, 254, 263, 264 y el encabezamiento del Artículo 404 de la Ley Orgánica del Trabajo; los Artículos 191 ordinal Segundo, 192, 261, 264, 265, 278, 279, 280, 287 y 464 del Código Civil, así como todas las disposiciones contrarias a la presente Ley.

⁷⁶ Art. 405: «El que intencionalmente haya dado muerte a alguna persona será penado con presidio de doce a dieciocho años».

según algunas legislaciones de algunos países concretos con un adulto. En segundo lugar, que ni el embrión ni el neonato poseen un estatuto legal universal, sino que depende de la legislación vigente en cada país. Mientras que en algunos países es legal el aborto (no constituye delito), en otros muchos es ilegal (constituye delito), mientras en algunos países es legal la eutanasia precoz (no existe el delito de infanticidio) en otros países es ilegal (constituye delito e incluso es equiparado con el homicidio). En consecuencia, si nos preguntamos ¿qué estatuto legal tiene el pre-embrión, el embrión, el feto o el neonato? Debemos contestar que no hay una respuesta universal, sino que depende de la legislación del país donde nos encontremos. Y si esta relatividad legal con respecto al embrión, al feto y al recién nacido es palpable en esta muestra de países, que podríamos llamar desarrollados o del primer mundo, se acentúa mucho más si consideramos otros países menos desarrollados o de otras religiones dominantes; incluso hay un gran número de países en donde ni siquiera se plantean esta cuestión, como por ejemplo países extremadamente pobres en donde la subsistencia de un recién nacido completamente sano es cuestión de azar más que de discusiones religiosas o jurídico-filosóficas.

II.3.3. Estatuto moral.

Antes de entrar de lleno en la cuestión sobre el estatuto moral de las personas, vamos a proceder a comentar muy escuetamente algunos conceptos clave para poder abordar con éxito el debate filosófico que aquí nos ocupa.

En primer lugar vamos a proceder a definir, aclarar y distinguir dos términos fundamentales: moral y ética.

El término “moral” es la traducción o derivación del vocablo latino *moralis*, que deriva de *mos/moris*, que significa “costumbre(s)”, desde este punto de vista se puede considerar que la moral es un conjunto de elementos evaluativos, comúnmente aceptados por la mayoría de los miembros de una sociedad, que acompañan el proceso de decisión sobre qué acciones son correctas y cuáles no. En otras palabras, qué acciones son beneficiosas y cuáles perjudiciales para dicha colectividad humana.

Por su parte, la Ética es la reflexión filosófica sobre los contenidos y criterios morales de la moralidad en general, tratando de aclarar en qué consiste la moral en tanto que fenómeno humano, qué argumentos racionales avalan su existencia (si es

que los hay) y de qué modo se pueden ordenar y sistematizar los contenidos morales para ser aplicados de un modo razonable y adecuado. Se considera que la ética, como disciplina independiente de las demás, fue sistematizada por primera vez por Aristóteles, aunque tiene sus orígenes en los presocráticos, en Sócrates y Platón, que plantearon la pregunta sobre la manera en la que un hombre debería vivir.

Desde que el hombre convive con otros miembros de su especie formando grupos o comunidades (es decir, desde el origen mismo del ser humano) se ha preocupado por regular, mediante normas, códigos o leyes las acciones propias de los individuos que integran dichas comunidades. Con el nacimiento de la filosofía, el hombre ha reflexionado sobre dichas normas. La filosofía, en una de sus vertientes, es filosofía moral o Ética: un saber reflexivo, de segundo nivel, acerca de otro saber de primer nivel al que llamamos “la moral” (un conjunto de principios, normas y juicios relativos al comportamiento desde el punto de vista de lo que está bien y lo que está mal). La moral trata de dar respuesta a las preguntas: ¿qué debemos hacer? y ¿cómo debemos comportarnos para vivir de forma responsable haciendo el bien y evitando el mal? Este saber de primer nivel afecta a la convivencia de los seres humanos en la familia, en la comunidad, y también a la relación con uno mismo (por ejemplo: si uno está obligado moralmente a cuidarse y a no suicidarse, etc.).

La ética, en cambio es un saber de segundo nivel, de tipo reflexivo: se trata de una reflexión sobre el primer nivel, sobre el saber moral. La ética como filosofía de la moral reflexiona acerca de nuestros comportamientos y se pregunta: ¿por qué consideramos que unos son válidos y otros no lo son? La ética compara las pautas morales de distintos individuos y comunidades indagando sobre su legitimación racional: ¿qué razones hay para aceptar como válidas esas pautas socialmente establecidas? Este saber de segundo nivel es más técnico, es filosófico (el saber de primer nivel no lo es), es un saber que procura ordenar o sistematizar las normas de conducta, utiliza la crítica racional como método y de ese modo legitima algunas de nuestras pautas de comportamiento moral y deslegitima otras.

Dicho lo cual, huelga decir que no hay una única ética, sino que hay una multitud de teorías éticas que intentan explicar el fenómeno de la moralidad desde su propio punto de vista. Clasificarlas todas sería prácticamente imposible, aunque podríamos hacerlo considerando a las éticas como estructuras lógicas de la acción

moral y agrupándolas por pares, de tal forma que habría, por ejemplo: éticas naturalistas y no-naturalistas; cognitivistas y no-cognitivistas; de móviles y de fines; de bienes y de fines; materiales y formales; sustancialistas y procedimentales; de la intención y de la responsabilidad; de máximos y de mínimos, etc. En este capítulo, nos centraremos fundamentalmente en otro par de tipos de ética que predominan en el estudio de la Bioética, y más concretamente en el debate sobre el aborto y el infanticidio:

- Éticas que destacan como criterio moral básico el deber que deriva del respeto a la persona (éticas deontológicas) Las llamadas “éticas dialógicas” son un subtipo de aquellas. Las éticas dialógicas, o éticas del discurso, o de la comunicación, serán relevantes cuando hablemos de los comités de bioética, donde el diálogo argumentativo tiene un papel crucial en la resolución de conflictos éticos.
- Éticas que destacan como criterio moral básico la supuesta finalidad natural de la acción humana: la búsqueda de la felicidad, entendida como autorrealización o como placer (éticas teleológicas).

Además, en este trabajo, expondremos brevemente las principales corrientes bioéticas desde las que se aborda el debate que aquí nos ocupa. A continuación mostraremos los principales principios y argumentos utilizados en dicho debate. Posteriormente nos centraremos en la discusión sobre el estatuto moral del ser humano, si existe o no un estatuto moral especial y un derecho a la vida en las primeras etapas de un organismo humano, si un neonato es persona, sobre la inmoralidad de matar personas o seres humanos, si hay una vida humana desde el momento de la concepción. Hablaremos también, entre otras cosas, de la eugenesia, del diagnóstico prenatal, de la manipulación genética, de la elección de nuestros futuros hijos en un hipotético supermercado genético, del aborto selectivo, y del feminicidio.

II.3.3.1. Dos formas de entender la ética según el deber o las consecuencias de las acciones.

Como ya hemos mencionado más arriba, procederemos en este apartado a exponer brevemente los dos tipos de ética más utilizados en el debate sobre el

infanticidio o la eutanasia precoz, que basan su diferencia en la atención a las consecuencias de la acción. Aunque ambas teorías éticas piensan en las consecuencias de las acciones humanas, lo hacen de una forma diferente. Las deontológicas estudian las acciones y las normas, consideran que las acciones son correctas en sí mismas si cumplen con el deber y atienden a las consecuencias únicamente de forma hipotética y *a priori*, cuando el ser humano, antes de realizar una acción, supuestamente piensa internamente si el resultado de dicha acción será bueno para toda la humanidad. Mientras que las éticas teleológicas no atienden directamente al deber sino a las consecuencias que pueden tener nuestras acciones, así una acción será buena si las consecuencias de dicha acción son buenas para una mayoría y, por ende, se acercan al bien.

II.3.3.1.1. Éticas deontológicas.

Como ya hemos adelantado, las éticas deontológicas se caracterizan por basar el criterio moral en lo bueno o lo malo de la acción en sí. El sempiterno imperativo categórico kantiano: «Obra de tal modo que la máxima de tu voluntad pueda valer siempre, al mismo tiempo, como principio de una legislación universal» sería la máxima expresión en las éticas deontológicas. El propio Kant considera a su propuesta como una ética formal y autónoma, mientras que el resto de las éticas son materiales y heterónomas.

Una característica de las éticas deontológicas es que configuran el ámbito del deber antes de considerar el bien, de forma que sólo será bueno aquello que se adecue al deber. Una acción será siempre correcta o incorrecta en unas circunstancias concretas, sean cuales fueren las consecuencias.

A continuación presentaremos algunas de las principales éticas deontológicas: como por ejemplo la teoría del mandato divino o el principio de no agresión.

II.3.3.1.1.1. La teoría del Mandato Divino.

En el ámbito de las éticas deontológicas, y dentro de lo que podríamos considerar teología moral, podemos encontrarnos con la teoría del Mandato Divino,

que viene a decirnos que sólo es moralmente correcto aquello ordenado por Dios, siendo lo contrario, es decir, moralmente incorrecto, aquello prohibido por Dios. Esta teoría no tiene una fundamentación racional, sino más bien religiosa, por lo que no nos servirá de gran ayuda en nuestro debate ético sobre el infanticidio. Sin embargo, consideramos oportuno reflejarla en este trabajo porque mucha gente intenta justificar su posición en defensa del principio de santidad de la vida humana basándose en sus creencias religiosas, y más concretamente en el Mandato divino, es decir, en el mandato o voluntad de Dios.

Estos mandatos divinos podemos encontrarlos, sin lugar a dudas, en el Decálogo. La palabra "Decálogo" significa literalmente "diez palabras" (Ex 34,28; Dt 4,13; 10,4). Estas "diez palabras", según el Catecismo⁷⁷ de la Iglesia Católica (2056), Dios las reveló a su pueblo en la montaña santa. Las escribió "con su Dedo" (Ex 31,18; Dt 5,22), a diferencia de los otros preceptos escritos por Moisés (Dt 31,9.24). Constituyen palabras de Dios en un sentido eminente. Son transmitidas en los libros del Éxodo (20,1-17) y del Deuteronomio (5,6-22). Ya en el Antiguo Testamento, los libros santos hablan de las "diez palabras" (por ejemplo, Os 4,2; Jr 7,9; Ez 18,5-9); pero es en la nueva Alianza en Jesucristo, según la Iglesia Católica, donde será revelado su pleno sentido.

De lo escrito en Éxodo y Deuteronomio, la Iglesia Católica ha deducido los Diez Mandamientos que se enseñan actualmente en su Catecismo (2051):

- El primero, amarás a Dios sobre todas las cosas.*
- El segundo, no tomarás el nombre de Dios en vano.*
- El tercero, santificarás las fiestas.*
- El cuarto, honrarás a tu padre y a tu madre.*
- El quinto, no matarás.*
- El sexto, no cometerás actos impuros.*
- El séptimo, no hurtarás.*
- El octavo, no dirás falso testimonio ni mentirás.*
- El noveno, no consentirás pensamientos ni deseos impuros.*
- El décimo, no codiciarás los bienes ajenos.*

Estos diez mandamientos se resumen en dos: Amarás a Dios sobre todas las cosas y al prójimo como a ti mismo. Cuando le hacen la pregunta "¿cuál es el

⁷⁷ Dado el 11 de Octubre de 1992, trigésimo aniversario de la apertura del Concilio Vaticano II y año decimocuarto de mi pontificado. Ioannes Paulus Pp II. Puede descargarse en: <http://www.lafecatolica.com/descargar-catecismo-iglesia-catolica/320/>

mandamiento mayor de la Ley?" (Mt 22,36), Jesús responde: "Amarás al Señor tu Dios con todo tu corazón, con toda tu alma y con toda tu mente. Este es el mayor y el primer mandamiento. El segundo es semejante a éste: Amarás a tu prójimo como a ti mismo. De estos dos mandamientos penden toda la Ley y los Profetas" (Mt 22,37-40; Dt 6,5; Lv19, 18).

Además de habernos legado los Diez Mandamientos, Dios también puede, de manera extraordinaria, manifestarse y ordenarnos hacer cualquier cosa, por inmoral que parezca a los ojos de los hombres, como por ejemplo cuando Dios ordenó a Abraham matar a su hijo Isaac (Gén 22,1-18), en este caso no debemos cuestionar sus órdenes, pues conducen a un fin, son divinas y por ende, intrínsecamente buenas.

De acuerdo con esto, nuestras acciones no son, *a priori*, moralmente buenas ni malas, sino que dependen de que hayan sido ordenadas por Dios; por ejemplo, Dios nos ordena no mentir: «No hablarás falso testimonio contra tu prójimo» (Éxodo, 20:16), por eso tenemos que decir la verdad y el motivo de ello es porque así lo manda Dios. Por lo tanto, lo que confiere carácter moral a decir la verdad es ese mandamiento, de manera que la verdad no es ni buena ni mala, ni moral ni inmoral, por sí misma. Si Dios nos hubiese ordenado no decir la verdad, entonces mentir sería lo correcto. Alguien podría decir que Dios no nos puede ordenar algo así, y entonces podríamos contestarle que se equivoca, de hecho Dios ordenó a Abraham matar a su hijo para ponerle a prueba, como hemos visto más arriba. La Biblia está plagada de ejemplos en los que Dios ordena hacer cosas que podrían parecernos incorrectas, pero que son correctas porque son mandatos suyos.

Según la doctrina del mandato divino, matar no es malo, en muchos casos es bueno, como cuando Dios ordena el exterminio de todos los primogénitos de Egipto (Éx 12,29); o reconoce la esclavitud y permite maltratar o herir a los esclavos (Éxodo, cap. 21); u ordena matar a quienes maldicen a sus padres: «El que maldijere a su padre o a su madre, morirá» (Éx 21,17; Mt 15,4; Mr 7,10). Otro caso de exterminio lo encontramos en Gén. 19, 24: «Entonces llovió Jehová sobre Sodoma y sobre Gomorra azufre y fuego de parte de Jehová desde los cielos; y destruyó las ciudades, y toda aquella llanura, con todos los moradores de aquellas ciudades, y el fruto de la tierra.»

También en el Deuteronomio (20:16-18; 7:1-11; 7:20-26) ordena Dios la destrucción y la aniquilación de toda vida en aquellos pueblos que no le reconocen como su Dios. Pero el caso más conocido de genocidio masivo por mandato divino es el del Diluvio universal (Gen. 6:17 y 7:23).

Hoy en día, destruir y exterminar poblaciones enteras está considerado como la peor de las atrocidades, como algo moralmente incorrecto y legalmente reprobable, como crimen de lesa humanidad. Sin embargo, según la doctrina del mandato divino, son acciones loables porque han sido dictadas y/o ejecutadas por Dios.

En esta teoría, el mandato de Dios es el criterio último de corrección moral. Al carecer de cualquier otro criterio externo y depender únicamente de una orden o mandato divino, la doctrina de la bondad de Dios quedaría reducida a un sinsentido, ya que si lo bueno o lo malo, lo correcto o incorrecto, depende únicamente de la voluntad de Dios (un Ser bueno) no tendría sentido. Tendríamos la imagen de un Dios arbitrario y caprichoso. Además, mandare lo que mandare, siempre sería correcto. Este aspecto del Mandato Divino quedó reflejado en 1686 por Leibniz en su *Discurso de Metafísica*:

«Además, diciendo que las cosas no son buenas por ninguna regla de bondad, sino sólo por la voluntad de Dios, se destruye sin darse cuenta, me parece a mí, todo el amor de Dios y toda su gloria. ¿Por qué alabarle por lo que ha hecho si sería igualmente loable habiendo hecho todo lo contrario? ¿Dónde estarán su justicia y su sabiduría si no le queda más que un cierto poder despótico, si la voluntad ocupa el lugar de la razón y si, según la definición de los tiranos, lo que agrada al poderoso es justo por eso mismo?» (Leibniz, 1983: 66).

Al igual que muchas personas que creen en Dios, Leibniz no se muestra conforme a la hora de aceptar esta teoría, que ofrece la idea de un Dios arbitrario y despótico, idea que hace un flaco favor al cristianismo.

Aceptar el Mandato Divino supone abrazar la concepción teológica de lo correcto y lo incorrecto y obviar la ética, porque no tendría utilidad ni validez alguna, puesto que existen unos Mandamientos, que no atienden a las consecuencias de la acción, ni tampoco al deseo o intención del sujeto que causa la acción. Esos Mandamientos son unas normas de conducta infalibles ordenadas por Dios, un Ser

superior omnipotente y omnisciente, que nunca yerra al dictaminar lo que está bien y lo que está mal, por lo que no puede existir contradicción entre sus mandamientos. Aunque la teología moral sí que tiene en cuenta las consecuencias y las intenciones, para la teoría del mandato divino no tienen tanta importancia como los Mandamientos de Dios.

Como ya hemos dicho, la teoría del Mandato Divino no aporta ningún argumento racional al debate que aquí estamos tratando. Sin embargo esta teoría cuenta con el apoyo de muchos creyentes y teólogos que basan su posición en el Catecismo y en las Sagradas Escrituras.

II.3.3.1.1.2. Principio de no agresión, de no coacción o no invasión.

El principio de no agresión procura ofrecer un fundamento no religioso a una idea tan antigua como la misma humanidad y recogida por la teoría del mandato divino, expuesta en el apartado anterior, bajo los preceptos de no matarás y amarás a tu prójimo como a tí mismo. Como podremos observar, no todas las teorías deontológicas se basan en un fundamento religioso, sino que existen otras que buscan su fundamentación en el ámbito de lo social, del derecho, de la economía y de la política. Este sería el caso del liberalismo deontológico (sobre el que se apoya el Partido Libertario⁷⁸ en EE.UU), que considera que todos los seres humanos tienen ciertos derechos naturales o morales, como por ejemplo el derecho de un individuo a su soberanía, o el principio de no agresión, según el cual no hay justificación moral para utilizar la fuerza con el propósito de agredir a una persona o a la propiedad de cualquier otro ser humano.

Dicho principio es considerado por los libertarios deontológicos como el fundamento de toda moralidad, por lo que cualquier violación de dicho principio es inmoral, sin importar las consecuencias ni los argumentos utilizados para defender o justificar esa violación. Por el contrario, los libertarios consecuencialistas sólo tienen en cuenta las consecuencias de las acciones y normas que se juzgan, así para ellos las consecuencias del derecho a la propiedad privada y del libre mercado siempre serán buenas.

⁷⁸ Para mayor información sobre este partido político se puede consultar su web en español: <https://www.lp.org/plataforma-en-espa%C3%B1ol>

El principio de no agresión es afín al de propiedad de uno mismo, que defiende la legalidad de hacer lo que uno desee, siempre y cuando no amenace o incite a la violencia contra la persona o la propiedad de otro individuo. Mantiene que la coacción es intrínsecamente ilegítima y debe ser rechazada. En este sentido se entiende por agresión (o coacción) el inicio (o amenaza) del uso de la fuerza física contra el cuerpo o las propiedades de otra persona. El principio de no agresión incluye la propiedad como parte de su propietario y entiende que la agresión contra la propiedad es como agredir a la persona misma que la posee, por lo que rechaza el hurto, el fraude, el vandalismo, el asesinato y la invasión de la propiedad de alguien.

Hay dos principios fundamentales sobre los que descansa la teoría libertaria de la justa propiedad⁷⁹: (a) toda persona tiene absoluto derecho de propiedad sobre su propio cuerpo; y (b) todo el mundo tiene absoluto derecho de propiedad sobre los recursos naturales previamente sin dueño (tierra), que por primera vez ocupa y pone en servicio (en alusión a la frase de Locke: "Mezclar su trabajo con la tierra "). El principio de propiedad originaria o de "la primera propiedad para el primer uso" hacia los recursos naturales es también conocido popularmente como el "principio de apropiación original"⁸⁰. Si un hombre es dueño de la tierra "con la que mezcla su trabajo", entonces es dueño del producto de esa mezcla, y tiene derecho a intercambiar títulos de propiedad con otros productores similares. Esto es lo que

⁷⁹ Rothbard, M. (Spring 1982). "Law, Property Rights, and Air Pollution" Originally published in the *Cato Journal* 2, No. 1, pp. 55-99. Recuperado de: https://mises.org/sites/default/files/Law%2C%20Property%20Rights%2C%20and%20Air%20Pollution_2.pdf (p. 145).

⁸⁰ El principio de apropiación original (*homestead principle* en inglés) o ley del primer ocupante es parte esencial de la ética liberal clásica y la anarquista propietarista. El principio de apropiación original establece que la colonización y transformación pacífica es la condición para que un recurso que no tiene dueño se convierta en propiedad privada legítima. Según este principio, cualquier recurso que no haya sido "mezclado" con el trabajo de alguien, o que haya sido abandonado por su anterior propietario, es considerado como recurso sin dueño. La primera persona que "mezcle" su trabajo con el recurso se convierte en su propietario legítimo, al ser imposible físicamente separar la acción del objeto. El uso del término "mezclar trabajo" proviene del filósofo del siglo XVII, Locke, quien enuncia el principio de la siguiente manera:

«...cada uno de los hombres es propietario de su propia persona. Nadie sino él tiene derecho sobre ella. Podemos decir que el trabajo de su cuerpo y las obras de sus manos son estrictamente suyos. Cuando aparta una cosa del estado que la naturaleza le ha proporcionado y depositado en ella y mezcla con ella su trabajo, le añade algo que es suyo, convirtiéndola así en su propiedad. Ahora existe a su lado, separada del estado común de la naturaleza puesta en ella. Con su trabajo le ha añadido algo que la excluye del derecho común de las demás personas. Dado que este trabajo es propiedad indiscutible del trabajador, nadie puede tener derecho sobre aquello que ha añadido...»

Locke, John (1689). *Tratados sobre el gobierno civil*, pp. 305-307, citado en Rothbard, M. (1995: 49).

establece el derecho de libre mercado en el sentido de la transferencia de títulos de propiedad. Asimismo, establece el derecho a regalar esos títulos, ya sea como donación o legado.

En su aplicación a los Estados, los principios de no agresión y de propiedad son utilizados por los libertarios deontológicos para oponerse a las políticas relativas a la fiscalidad, a la restricción de la libertad de expresión, o a proyectos militares que puedan atentar contra las personas.

La mayoría de los libertarios deontológicos defendieron esta noción, siendo uno de sus máximos exponentes el economista norteamericano Murray N. Rothbard, que propuso un tipo de anarquismo de la propiedad privada y del libre mercado al que llamó anarcocapitalismo. Esta teoría política sostiene que los servicios proporcionados y de una u otra forma monopolizados por el Estado deberían ser privatizados, obteniendo así una gestión más eficaz de los mismos y una reducción del fraude y la corrupción. Esta privatización se basa en el principio de apropiación original y en el derecho natural (iusnaturalismo) fundamentado en el principio de no-agresión.

Rothbard entiende la libertad como un derecho natural que tiene todo individuo a disponer de sí mismo y de lo que haya adquirido de forma justa, ya sea por medio de la transformación, el intercambio o la donación. En este sentido, la libertad y el derecho a la propiedad son indisociables.

Con respecto a las relaciones interpersonales, Rothbard⁸¹ asegura que a veces los hombres utilizan la violencia ofensiva, es decir, la agresión de unos contra otros. Con esta expresión de violencia ofensiva hace referencia a los casos en los que alguien invade la propiedad de otro sin su consentimiento. La invasión puede dirigirse contra la propiedad que la víctima tiene sobre su persona —y se habla entonces de asalto o violencia corporal— y/o contra su propiedad sobre los bienes tangibles, y tenemos entonces el robo o la intrusión. En ambos casos, el agresor impone su voluntad sobre la propiedad natural de un tercero, priva a otra persona de su libertad de acción o del ejercicio pleno de su natural auto-posesión.

En el caso del anarquismo, el principio de no agresión se llevaría hasta sus últimas consecuencias, ya que invita a la desobediencia civil e incluso a la abolición

⁸¹ Rothbard, M. (1982). *La Ética de la libertad*. Cap. 8. Disponible en: <http://www.enemigosdelestado.com/propiedad-y-agresion-por-murray-rothbard/>

del Estado, en cuanto que es una institución coercitiva, con el fin de proteger a los ciudadanos de la agresión del Estado sobre su soberanía individual.

Otros libertarios deontológicos como Ayn Rand no son tan radicales y abogan por un gobierno mínimo para proteger a las personas de cualquier violación de sus derechos, y para procesar a los que inician la fuerza contra otros, atendiendo al principio de no agresión.

El principio de no agresión puede ser considerado como un axioma básico de carácter deontológico, similar al principio de no maleficencia, se trataría pues de un principio ético con una clara pretensión universal, al que podría aplicarse el imperativo categórico kantiano, ya que si todo el mundo respetase a su prójimo, evitando las agresiones a sus congéneres y nadie agrediese a nadie, se respetarían los derechos humanos, viviríamos en paz y en un mundo más justo. Y este principio, axioma o precepto podría convertirse en una norma o ley universal.

II.3.3.1.1.3. Otras éticas deontológicas.

Con las éticas de John Rawls, Karl Otto Apel y Jürgen Habermas se llega a superar el ámbito individual para alcanzar al colectivo, igual que hizo el Utilitarismo en la ética teleológica, como veremos más adelante. Otro ejemplo de ética deontológica es el Intuicionismo de Scheler, Prichard y Ross.

II.3.3.1.1.3.1. La ética de Adela Cortina.

En este apartado dedicaremos especial atención a la ética de Adela Cortina⁸², que podría considerarse como una ética deontológica de mínimos o un deontologismo dialógico o discursivo.

Para Cortina, el objetivo principal de la ética es el estudio de la moral y de la acción humana y, precisamente, el interés de las acciones humanas se orienta a conseguir unos fines concretos. Para la ética, la felicidad es el fin último al que todos

⁸² Esta concepción de la ética de Adela Cortina ha sido extraída básicamente de dos textos:
- Un Cuestionario a Adela Cortina realizado por Jessica Lizeth Arévalo Alemán, Publicado en 20 marzo 2009 por ANELINA, disponible en: <http://anelina15035.over-blog.net/article-29278022.html>
- Su libro *Ética aplicada y democracia radical*.

los hombres tienden y esta se propone, en principio, ayudar a alcanzarla, por medio de la moral.

La filósofa valenciana entiende la ética como un saber que tiene la función de dirigir la acción humana en un sentido racional, con el propósito de tener una buena conducta y un buen carácter, para así poder elegir lo correcto y tomar buenas decisiones, y para ello es necesario saber deliberar bien antes de tomar una decisión, bajo nuestros valores morales. Para que nuestras decisiones sean correctas y decisivas en la vida debe ser tenido en consideración el *ethos* (carácter), el *phatos* (temperamento) y su relación con la personalidad y actuar ético. Para que podamos elegir correctamente, no sólo en un caso concreto, sino a lo largo de toda nuestra vida, debemos forjarnos un buen carácter.

Ahora bien, el procedimiento que debemos seguir para poder decidir qué normas son moralmente correctas es el de entablar un diálogo entre todos los afectados por la decisión, que culmine en un acuerdo. Un acuerdo que no esté motivado por razones externas al diálogo mismo, sino porque todos los interlocutores estén convencidos de la racionalidad de la solución. La ética discursiva reconoce que cuando aplicamos este procedimiento en los diálogos concretos es preciso tener en cuenta las consecuencias de dar por correcta una norma u otra, y en esto precisamente se diferencia de las teorías éticas deontológicas tradicionales, ya que esta teoría ética es deontológica, pero considera las consecuencias de las acciones. En este orden de ideas, Cortina entiende la ética deontológica como una ética del deber, de la obligación; no se ocupa del tipo de hombre que quisiéramos llegar a ser, o de la clase de vida que sería deseable vivir, sino de definir las leyes que debemos obedecer.

Además de Adela Cortina, la ética de mínimos está representada en España por otros filósofos como Javier Sádaba y Victoria Camps. En líneas generales, y simplificándola al máximo, consiste en acordar una serie de principios o valores mínimos con los que todos los miembros de una sociedad plural puedan estar de acuerdo, que sean compartidos y que sean el fundamento para su convivencia, mediante la tolerancia. La forma de poder establecer y consolidar estos valores o principios es adquiriendo forma de ley pública. Se trata, pues de conseguir una

comunicación y entendimiento mejor para hacer más fáciles las relaciones entre unos y otros, mediante unos mínimos comportamientos comunes de convivencia.

Adela Cortina (1993: 252-295) defiende una ética basada en la vida humana, concretada en cada persona. En este sentido, considera que ni la vida humana, ni la especie humana tienen derechos. Tan sólo tienen derechos los individuos de la especie humana, y añade que en nuestra cultura el individualismo es insuperable, siempre que intente salvaguardar los derechos de todos y cada uno de los individuos, lo cual sólo es posible con la solidaridad, uno de los valores mínimos normativos universalizables, que son posibles gracias a la dimensión autónoma del sujeto y de los que se ocupan las éticas deontológicas de la justicia. Esta autonomía de la persona es su capacidad moral para la resolución de un problema concreto, y es también esa capacidad universalizadora, en el ámbito de las normas, que le permite fundamentar racionalmente una ética de mínimos universalmente exigibles.

Cortina distingue los siguientes valores mínimos fundamentales en su ética de mínimos:

- Igualdad, entendida como eliminación de la dominación; garantía del mínimo material social y cultural para que cada persona pueda desarrollar una vida digna (ingresos dignos, educación, vivienda, asistencia sanitaria, etc.); igualdad de oportunidades para ocupar cargos y empleos, disminuyendo las desigualdades naturales y sociales por nacimiento; procurar que todas las personas tengan un nivel razonable de autoestima.

- Solidaridad, que exige dos tipos de acción: Apoyar al débil para que alcance la mayor autonomía y autoestima posible; y explotar al máximo los nuevos talentos en provecho de la sociedad.

- Tolerancia, o respeto activo de aquellas concepciones de felicidad que no compartimos.

- Actitud dialógica, entendida como herramienta para resolver problemas. Utilización del diálogo como único recurso para solucionar los conflictos, especialmente los conflictos sociales que implican al ser humano. Se puede decir que sólo a través del diálogo se pueden conocer todos y cada uno de los valores morales.

En una entrevista, Cortina afirma:

«Fundamentalmente la libertad (entendida como independencia, como participación, como autonomía y como no dominación), la

igualdad, la solidaridad, el respeto activo y los derechos humanos de las tres primeras generaciones: es decir, la libertad de expresión, de asociación, de reunión, de conciencia, etc., pero también los derechos económicos, sociales y culturales, es decir, una asistencia sanitaria de calidad, una educación de calidad, un seguro de desempleo, unas pensiones a una edad razonable y la ayuda en tiempos de carencia, como cuando uno está discapacitado o en situación de dependencia. Esos derechos son unos valores mínimos sobre los que todos los grupos políticos deberían estar de acuerdo. Es verdad que esos mínimos no son estáticos, sino dinámicos, pero por lo menos debemos tener claro que hay unos mínimos de justicia que todos debemos compartir, porque, si no, los miembros de una sociedad no tienen nada en común y no pueden construir nada juntos.»⁸³

En esta línea de argumentación, dentro de la ética de mínimos, pero aplicados a la Bioética, existen dos principios básicos que todos debemos aceptar:

- Principio de no-maleficencia: *Primum non nocere*, que dice que no se debe causar perjuicio al paciente y evitar los daños innecesarios. Este principio está basado en el respeto a la vida de las personas, pero en su formulación negativa.

-Principio de justicia: que dice que hay que tratar a todos los pacientes por igual, sin discriminación, evitando el daño a terceros y promoviendo el bien social.

Como cualquier otra teoría, tiene sus detractores, que la critican por oscurecer o poner en entredicho los principios fundamentales, que algunos pensaban que eran universales, inalienables, obvios y definitivamente adquiridos. Otra crítica a la que se ve expuesta la ética de mínimos es que sustituye la ética por la política, provocando que la ética se mantenga en el ámbito de lo privado, y la política (ética de mínimos) en el de lo público.

Entre aquellos que no están de acuerdo con la ética de mínimos se encuentra Luis Miguel Pastor (1999: 94-110) que afirma:

«En mi opinión, las categorías de máximo o mínimo entrañan un planteamiento muy encorsetante de la vida moral,... Las propuestas minimalistas de la ética olvidan que el núcleo de la vida ética es presentar un carácter proyectivo y no acabado. Es siempre una tarea que realiza la libertad y, por lo tanto, tiene siempre un carácter máximo, que permite el progreso, el perfeccionamiento y la autorrealización» (Pastor, 1999: 99).

⁸³ Entrevista a Adela Cortina, publicada en "Filosofía hoy". Texto: Gabriel Arnaiz. Disponible en: <http://www.filosofiahoy.es/index.php/mod.pags/mem.detalle/relcategoria.5255/idpag.6471/prev.true/c hk.7aae09d608497f61fe2e1600c3876ee4.html>.

En su opinión, el comportamiento ético no tiene como finalidad primera acatar unas normas de una forma rígida y disciplinada, convirtiéndose en un puro normativismo, tras el cual se encuentran opciones máximas libres.

Pastor (1999: 98) considera que el planteamiento de la ética de mínimos es más adecuado para el derecho que para la ética. Una ética de mínimos con una finalidad estricta de justicia corre el riesgo de identificarse con los deberes que emanan de la legislación positiva, con lo que de alguna manera podemos caer en el fundamentalismo legal. En síntesis, mantener un planteamiento tan disyuntivo de la vida moral, separando la justicia del resto de las obligaciones éticas, puede acabar no sólo con el fundamento de esas obligaciones de justicia, sino hacer pensar que la vida ética es un mínimo de obligaciones legales.

Pastor (1999: 103) está en contra de la diferenciación entre una ética de máximos y una ética de mínimos, en realidad no acepta que exista una ética de mínimos, ni tan si quiera acepta que haya unos principios negativos universalizables, como el de no-maleficencia, sino que en su concepción de la ética de una forma positiva, ya que la ética, para él se fundamenta siempre en un impulso hacia el bien y no en una actitud de negatividad o de no hacer determinados actos. Si hay que poner un principio como el primero éste sería el principio de beneficencia, entendida como un hacer el bien de forma integral al sujeto y respetando su libertad: «insisto, no hay que olvidar que primero es hacer el bien y luego evitar el mal, y que tanto uno como otro se miden por el bien que se deja de hacer o del que se priva voluntariamente, o el bien que se conserva al no hacer el mal» (Pastor, 1999: 103).

II.3.3.1.1.3.2. La ética de Juan Carlos Siurana.

Basándose en la ética discursiva de Apel y Habermas, y en la versión española de Adela Cortina, Juan Carlos Siurana (2009: 325-326) desarrolla lo que él llama una “brújula para la vida moral”, que consiste en definir una serie de rasgos que cada uno de nosotros debería desarrollar para afrontar, de una manera éticamente correcta, cada uno de los problemas de valor a los que nos enfrentamos en nuestra vida familiar, profesional o social. Se trata de un listado de rasgos ideales que

seguramente ninguno de nosotros ha alcanzado completamente en la actualidad, pero que nos indica el camino a seguir, hacia dónde debemos orientar nuestras vidas y nuestras acciones para ser mejores personas desde el punto de vista ético.

Siurana divide la brújula en tres niveles y destaca dos rasgos de la persona en cada uno de dichos niveles, esta división queda así:

1. En el nivel de la autocomprensión: sentido e intersubjetividad.
2. En el nivel de la fundamentación: reflexión y criterio.
3. En el nivel de la aplicación: moral postconvencional y corresponsabilidad.

II.3.3.1.1.3.3. La ética de Diego Gracia.

Con respecto a la Bioética y dentro de las éticas deontológicas podríamos destacar el principialismo, del que hablaremos más adelante, marcado básicamente por el Informe Belmont (1979) y la obra de Beauchamp y Childress (1979), donde quedan reflejados los cuatro principios que son el “a, b, c y d” de los especialistas en Bioética que tienen que hacer frente día a día a la toma de decisiones. Estos principios son el de autonomía, el de no maleficencia, el de beneficencia y el de justicia (no necesariamente por este orden, ya que no todos los deontologistas se ponen de acuerdo en el orden jerárquico de estos principios).

Una corriente derivada de esta es el principialismo moderado, cuyo máximo exponente en nuestro país, y fuera de nuestras fronteras, es Diego Gracia y que desarrolla en toda su obra, pero principalmente en *Fundamentos de Bioética* (1989), donde establece una jerarquía en cuanto a los cuatro principios, siendo los de rango superior el de no maleficencia y el de justicia (estos principios son deontológicos, de carácter universal, de obligaciones transitivas y de nivel público, que trascienden al ámbito jurídico), y los de rango inferior serían el de beneficencia y el de autonomía (principios estos de carácter privado, particular y teleológico). En *Procedimientos de decisión en ética clínica*, Gracia (1991:126) precisa que «la no-maleficencia y la justicia se diferencian de la autonomía y la beneficencia en que obligan con independencia de la opinión y la voluntad de las personas implicadas, y que por tanto tienen un rango superior a los otros dos».

Esta jerarquización de los principios supone a veces controversias e incluso enfrentamientos entre sus propios seguidores, que no se ponen de acuerdo o no aceptan todos del mismo modo esta ética de dos niveles, que obligan de forma diferente. Lo normal en estos casos es optar por la deliberación, aplicada sobre todo a la toma de decisiones en los comités de bioética, como veremos en el capítulo dedicado a este asunto.

Con respecto a la moral, Diego Gracia considera que quien debe construir los contenidos de la vida moral es la razón, y para conseguir su objetivo necesita una nueva propuesta metodológica, orientada a la solución de dilemas éticos en medicina. Se trata de una combinación de varios métodos utilizados en bioética, que dan como resultado un método que podría denominarse deliberativo. Teniendo en cuenta la filosofía de Zubiri y con respecto al análisis de los problemas morales propone los siguientes pasos como metodología ética (Gracia, 1998: 95-97):

1º) Primera valoración o sistema de referencia moral. El momento ontológico:

- Premisa ontológica: Ver si el acto se puede universalizar. El hombre es persona, y en cuanto tal tiene dignidad y no precio.

- Premisa ética: Ver si cumple con el principio de tratar a todos con igual consideración y respeto. En tanto que personas, todos los hombres son iguales y merecen igual consideración y respeto.

2º) Principios morales (corrección y bondad). El momento deontológico del juicio moral:

Mientras que el componente formal de la ética trasciende a la historia, el componente material, no. Los principios morales van evolucionando con el tiempo y son descubiertos por la razón. Los esbozos morales son hipótesis, que se componen de contenidos que la razón va elaborando a partir de un ideal que sería el sistema de referencia inicial, ejemplos de ello serían el Decálogo o la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

- Primer nivel de la "corrección": Principios de No-maleficencia y Justicia.

• Bondad objetiva (contrastar el problema con el contenido de estos dos principios).

Este primer nivel pertenece al ámbito público y es propio de una ética de mínimos.

Tanto el principio de no maleficencia como el de justicia hacen referencia al Bien común, son garantes de la igualdad de todos los seres humanos, por lo que todos tenemos la obligación de cumplirlos y respetarlos. No dependen de nuestra voluntad individual ni de nuestras condiciones o creencias particulares.

- Segundo nivel de la "bondad": principios de autonomía y beneficencia.

- Bondad subjetiva (ver si la decisión es acorde con los valores del individuo y de su grupo - "autenticidad"). Se debe evaluar la autonomía del sujeto. Este segundo nivel pertenece al ámbito de lo privado y es propio de una ética de máximos. Tanto el principio de autonomía como el de beneficencia atañen al individuo y sus condiciones personales, dependen de su propio sistema de valores.

3º) Consecuencias (mal menor). El momento teleológico de la experiencia moral:

- Evaluación de consecuencias objetivas (derivan del nivel 1): Proporcionado / desproporcionado.

- Evaluación de consecuencias subjetivas (derivan del nivel 2): Ordinario / extraordinario.

Los esbozos, además de ser contrastados con el sistema de referencia (adecuación formal a la realidad), también deben ser contrastados con la experiencia. Para contrastarlos se siguen los pasos siguientes:

- Contrastar el caso con la «regla», tal como se encuentra expresada en el esbozo (paso 2).

- Comprobar (haciendo una evaluación de las consecuencias del acto) si es posible justificar una «excepción» a la regla en ese caso concreto (paso 3).

- Contrastar la decisión tomada con el sistema de referencia, tal como se encuentra expresado en el primer punto (paso 1).

Con estas comprobaciones o verificaciones se justifican o validan los esbozos. Si se adecúan a la realidad se procede a tomar la decisión final. Si, por el contrario, las consecuencias no son las esperadas deben reprobarse los esbozos, es decir, la hipótesis y ha de cambiarse la regla.

4º) Toma de decisión final:

Para llevar a cabo esta labor de análisis en el terreno de la ética asistencial o ética clínica, Diego Gracia (1998: 97) propone partir de la historia clínica. Sólo con una buena historia clínica puede hacerse un buen análisis moral. Lo que se necesita es prolongar la historia clínica clásica, de modo que no sólo sirva para tomar decisiones diagnósticas y terapéuticas, sino también morales.

En conclusión, Diego Gracia (1998) propone un método clínico en bioética donde, en la toma de decisiones y en el proceso de deliberación, se producen dos momentos; a saber, uno deontológico y otro teleológico. El momento teleológico hace referencia a la aplicación de los principios del primer momento, se podría comparar a la *phronesis* de Aristóteles y se trataría de evaluar las consecuencias derivadas de las decisiones tomadas. No obstante, la aplicación de los principios de la Bioética debe ser compatible con algunos requerimientos mínimos para que la ética a aplicar deba ser:

- a) secular, no religiosa
- b) pluralista
- c) autónoma y no heterónoma
- d) racional, susceptible de diálogo
- e) universal o aspirar a serlo.

A continuación trataremos brevemente las éticas teleológicas.

II.3.3.1.2. Éticas teleológicas.

Tal y como hemos visto anteriormente, las éticas teleológicas son éticas materiales o de los fines y su fundamento tiene un contenido material (la felicidad, el placer, la virtud o la utilidad) e implican la búsqueda de un fin o un bien supremo. Las éticas teleológicas basan el criterio moral en las consecuencias de las acciones. Para saber si una acción es correcta o incorrecta tendremos que calcular y evaluar las consecuencias, y analizar si éstas son intrínsecamente buenas o malas.

Un ejemplo de ética teleológica en la antigüedad es la de Aristóteles, para el cual una acción es correcta cuando es capaz de proporcionarnos felicidad, pero no como individuos aislados, sino como miembros de la polis. Para el estagirita, lo que nos hace felices es una actividad del alma conforme a una virtud perfecta, y la

actividad que nos hace buenos es el pensamiento. En definitiva, bien, ser y fin coinciden.

Hay bienes que son medios para conseguir otros bienes, como el dinero; hay otros bienes que se buscan en parte para conseguir otros bienes y en parte por sí mismos, como la salud; y hay un bien que se busca únicamente por sí mismo, la felicidad que es el bien más perfecto y consiste en realizar la función propia del hombre, que no es otra que la racionalidad y para desarrollar la función racional, el hombre debe hacerlo tanto de forma activa (dedicándose al conocimiento racional, a la reflexión) como de forma pasiva (guiándose por la razón), pero ejercer esta función racional no es algo esporádico, sino que el hombre debe ejercitarla durante toda su vida, en eso consiste la felicidad, en llevar una vida buena y virtuosa.

Sin embargo, para Epicuro una acción era correcta cuando nos proporcionaba placer. Para el filósofo de Samos era necesario eliminar el temor a los dioses y a la muerte para poder vivir tranquilo, que era para él la finalidad de la vida, por lo que recomendaba también alejarse de la política. La felicidad sólo podía conseguirse mediante la ausencia de sufrimiento, por lo que debemos evitar todo aquello que se oponga a tal fin. En definitiva todo placer es bueno, mientras que todo sufrimiento es malo.

Las éticas teleológicas más conocidas son el eudemonismo, el hedonismo, el estoicismo y el utilitarismo.

Por norma general, las éticas teleológicas se ocupan de averiguar lo que es el bien antes que determinar el deber. En este orden de ideas, lo moralmente bueno o correcto es la maximización del bien, la felicidad o el placer y la minimización del mal, la infelicidad y el sufrimiento. El mayor problema con el que se encuentran estas teorías es cuando entran en conflicto la idea de bien de un individuo con la idea de bien de los demás individuos. Este problema procura resolverlo una de las éticas teleológicas más importantes y representativas: el Utilitarismo, fundado por Jeremy Bentham y James Mill, y desarrollada más adelante por el hijo de este último.

II.3.3.1.2.1. Utilitarismo.

Dentro de las éticas teleológicas nos detendremos por un momento en el utilitarismo por considerarlo de gran relevancia para el desarrollo de este trabajo. Esta corriente ética considera que una acción es correcta cuando se obtiene el mayor bien posible para la mayor cantidad de personas.

El utilitarismo tiene su origen en el empirismo y el materialismo y descansa en el pensamiento de Jonh Stuart Mill y Jeremy Bentham. Para conseguir el mayor bienestar de la mayoría se tiene que calcular la relación coste – beneficio y el resultado se aplicará a la hora de tomar decisiones. La idea oculta bajo la máxima de Bentham: ‘la mayor felicidad para el mayor número’ es esa moralidad que se basa en maximizar la felicidad y minimizar la miseria: nuestras acciones son moralmente correctas porque tendemos a ese fin y moralmente incorrectas porque tendemos a disminuir la felicidad o incrementar la miseria. Esta idea es la base de todas las teorías utilitaristas de ética, que aunque sus orígenes se remontan a Epicuro, fueron desarrolladas por Bentham, Sidgwick, y J. S. Mill en los siglos XVIII y XIX, siendo elaboradas y refinadas extensivamente por una variedad de filósofos recientes, (Gillon, 1986: 21).

El principio de la máxima felicidad sostiene que el fin o propósito de toda vida humana es la felicidad y la evitación del dolor. Estas son las únicas cosas deseables como fines: todo lo demás que es deseable, lo es como medio para estos fines. De modo que la pregunta: ¿Por qué maximizar la felicidad? no es en realidad más que una pregunta sobre qué hace deseable la felicidad. Mill propone una analogía para contestar a la pregunta. La única forma de probar que un objeto es visible consiste en demostrar que, de hecho, la gente lo ve. Análogamente, sostiene, las únicas pruebas que podemos dar de que la felicidad es deseable es que realmente la gente la desea. Todo el mundo considera deseable la felicidad, de modo que la felicidad general es la suma de las felicidades individuales y es deseable en sí misma.

II.3.3.1.2.1.1. Objeciones al Utilitarismo.

En este apartado nos centraremos principalmente en exponer de forma resumida y sintética tres de las críticas más destacadas que se han planteado al utilitarismo, para posteriormente rebatirlas.

II.3.3.1.2.1.1.1. *Incoherencia.*

La primera objeción hace referencia a la coherencia de esta teoría. Algunos filósofos argumentan que el eslogan utilitarista que afirma: ‘la mayor felicidad del mayor número’ tiene un marcado carácter subjetivo y problemático. Parece obvio que no hay un consenso lo suficientemente amplio para establecer con exactitud qué es la mayor felicidad del mayor número, ni tan siquiera para establecer lo que es la felicidad, ni cómo puede ser medida, ni cómo maximizarla, o de quién es la felicidad en cuestión.

Analizando algunas diferencias entre Jeremy Bentham y J. S. Mill en su concepto de felicidad, los utilitaristas han encontrado muchos problemas a lo largo del desarrollo histórico de su teoría. Hasta ahora, medir la felicidad y el sufrimiento ha sido uno de los mayores problemas con los que se ha encontrado el Utilitarismo. Sin embargo, hoy en día los filósofos y economistas utilitaristas coinciden en la medida, pero difieren en que los primeros intentan medir aproximadamente la valoración interior de la felicidad y el sufrimiento, mientras que los segundos intentan medir beneficios y pérdidas en términos monetarios.

Con respecto a la dificultad planteada en el debate utilitarista de lo que realmente debe ser maximizado, cabe decir que tanto el placer como el dolor pueden ser cuantificados, de igual forma que el grado de felicidad de las personas, tanto individual como colectivamente. A pesar de que hay muchas formas de medir la felicidad, principalmente destacan dos: en términos absolutos (felicidad total) o en términos relativos (felicidad media o promediada). Así, la felicidad total es la suma de placeres y sufrimientos de todas y cada una de las personas en la población donde viven; mientras que la felicidad promediada es la media aritmética o, dicho de otra

forma, la suma de los placeres y sufrimientos de cada miembro de una población dividida por el número de personas de dicha población.

Los utilitaristas que defienden que ha de ser maximizada la felicidad total se oponen a aquellos que proponen la maximización de la felicidad media de la población y que aceptan que el mejor resultado es aquel que logra una media de bienestar más alta (Smart y Williams, 1973: 27-28).

En *Mill's Principle of Utility: A Defense of John Stuart Mill's Notorious Proof*, Alican (1994: 182-190) considera que estas cuestiones sobre la maximización de la felicidad son, cuanto menos, superficiales, no sólo porque John Stuart Mill no se decantase explícitamente por ninguna de estas dos formas de medir la felicidad de una sociedad, sino porque las acciones, prácticas e instituciones casi siempre afectan a la felicidad (total o promediada) en la misma dirección, y porque tanto la felicidad media como la total no deben ser consideradas como si estuviesen compitiendo por la felicidad de una población.

La distinción racional que se puede apreciar entre la felicidad total y la felicidad media es que ambas formas de medida tienden a comparar la cantidad de felicidad en diferentes poblaciones, muestras de población o en diferentes mundos posibles. Alican (1994: 184) muestra tres ejemplos:

Primero: Compara un mundo en el que hubiera diez personas, cada una de las cuales disfrutara de diez unidades de felicidad, con un mundo en el que hubiera cincuenta personas que disfrutaran cada una de diez unidades de felicidad: la felicidad total es mayor en el mundo más poblado, pero la felicidad media es la misma en ambos mundos.

Segundo: Compara un mundo en el que hay diez personas, cada una de las cuales disfruta de diez unidades de felicidad, con un mundo en el que una persona disfruta de cien unidades de felicidad: la felicidad total es la misma en ambos mundos, pero la felicidad media es mayor en el mundo menos poblado.

Tercero: Compara un mundo en el que hay diez personas, cada una de las cuales disfruta de diez unidades de felicidad, con un mundo en el que cien personas disfrutan cada una de una unidad de felicidad: la felicidad total es la misma en ambos mundos, pero la felicidad media es mayor en el mundo menos poblado.

El propósito de tales ejemplos es apelar a nuestra sensibilidad moral para evaluar y comparar las implicaciones del fomento de la felicidad total y la felicidad media. En el primer ejemplo, la promoción de felicidad total favorece al mundo más poblado, mientras que la promoción de felicidad media es indiferente entre los dos mundos. Además, y siguiendo con este primer ejemplo, nuestras sensibilidades morales se mostrarían a favor del mundo más poblado, estando de ese modo en línea con la clase de utilitarismo que promueve la felicidad total (Smart y Williams, 1973: 27-28). En cada uno de los ejemplos posteriores, la promoción de la felicidad total es indiferente entre ambos mundos, mientras la promoción de la felicidad media favorece al mundo menos poblado. Alican (1994: 184) considera que nuestras sensaciones morales pueden sugerirnos que el mundo más poblado es mejor que el menos poblado, en vez del hecho que la felicidad total sea la misma en ambos mundos, y la felicidad media mayor en el mundo menos poblado. La diferencia más acuciante entre los dos mundos de estos ejemplos es el número de personas en la población. Parece que la base de nuestra sensibilidad moral en estos tres casos es que la gente se autoevalúa, y además que es intrínsecamente mejor que la gente exista a que no exista y que, dentro de los límites razonables, es mejor que exista más cantidad de gente que menos. Si el número de personas es el punto más importante de la comparación, entonces deberíamos estudiar la distinción entre las dos medidas de felicidad y evaluar sus diferentes implicaciones para el control de la población.

Por ejemplo, J.J.C. Smart (en Smart y Williams, 1973: 28) especula que la distinción entre felicidad total y media debería tener significativas implicaciones para la ética de control de natalidad, pero él no elabora sobre su especulación, excepto sugerir que la promoción de la felicidad total no se da a sí misma argumentos para el control de natalidad como fácilmente hace el fomento de la felicidad promedio. Igualmente, Richard B. Brandt (1992: 125, nota 11) prefiere la felicidad media sobre la total en su versión utilitarista porque él cree que la felicidad total tiene consecuencias indeseables para los problemas de control de población. En este sentido, para incentivar la felicidad total es necesario promover la reproducción y prohibir el control de natalidad, mientras que para incentivar la felicidad media se requiere un control de la natalidad y prohibir o limitar la reproducción.

Si el fin último del utilitarismo es maximizar la cantidad de felicidad en una población, mientras simultáneamente se controla, cambiando o preservando, la distribución de felicidad entre las personas en dicha población, entonces el progreso hacia ese objetivo puede ser evaluado monitoreando los cambios con tres formas de medida: 1) cambios en la felicidad total de la población; 2) cambios en la tendencia de los indicadores centrales de la distribución de la población con respecto a la felicidad; 3) cambios en los indicadores de la dispersión de la distribución de felicidad de la población. Por otra parte, la importancia de la distinción entre felicidad total o media se encuentra sobrevalorada porque, a pesar de todos los intentos, los cambios en las dos medidas son simultáneos y paralelos. En la medida en que el fin de una sociedad es maximizar sus beneficios, su utilidad neta colectiva y sus ganancias por participación son medidas de progreso igualmente fiables hacia la meta. De igual forma, si el fin es promover o maximizar la cantidad de felicidad en una población, la felicidad total y la media son medidas de progreso igualmente fiables hacia esa meta. (Alican, 1994: 189-190).

Una vez que hemos visto que el lema utilitarista ‘la mayor felicidad en la mayor cantidad posible’ plantea problemas serios de incoherencia y que tanto la felicidad total como la media conduce al mismo fin, es pertinente decir que los problemas relativos a quién o a qué se aplica la teoría moral no son sólo propios del utilitarismo; otras corrientes éticas también se encuentran con ese problema. Así las teorías éticas deontológicas en general deben buscar la fórmula de cómo incorporar los animales (no humanos), los niños recién nacidos, y los seres humanos inconscientes de forma permanente (comatosos) dentro de su marco teórico. Obviamente, algunos defensores de las éticas deontológicas discreparán en este punto, pero les toca a ellos defender su posición y demostrar que han superado este escollo, y es en este punto en el que se centra el debate actual sobre este asunto.

Muchos utilitaristas actuales comparten la posición de J. Bentham de que cualquier cosa que pueda sufrir cae dentro del ámbito de la moralidad. Pero, deberían acomodar la intuición de que la gente es moralmente más importante, diferenciando los intereses de la gente de los intereses de los animales “inferiores”, aunque muchos filósofos actuales no están de acuerdo con esta posición, Peter Singer entre ellos.

II.3.3.1.2.1.1.2. *Justificación.*

La segunda objeción al Utilitarismo que vamos a considerar se refiere al problema de la justificación. Bentham era consciente de un grave problema que afectaba a la legitimación del utilitarismo ya que, aunque hubo un consenso universal para establecer que la felicidad fuera un bien y el sufrimiento un mal, no se seguiría que maximizar la felicidad fuera un requisito moral determinante o, incluso si lo fuera, que fuese el único y más importante principio moral. J. S. Mill encontró el mismo problema, y no consiguió encontrar una solución. La mayoría de las críticas hechas al utilitarismo son construidas sobre este punto, porque parece una situación insostenible.

En *Moral Thinking*, el filósofo británico Richard Mervyn Hare (1981) pretende solucionar este problema argumentando que hay una versión del utilitarismo que se deriva únicamente de un análisis del significado y la lógica de las palabras morales que usamos y, en particular de la palabra ‘deber’ y las palabras afines o relacionadas con ella.

De acuerdo con esto, Raanan Gillon (1986) cree que el problema de la justificación última no es únicamente un problema del utilitarismo, sino que este mismo dilema lo podemos encontrar también en otras teorías morales.

II.3.3.1.2.1.1.3. *Intuición.*

Finalmente, la tercera y última objeción que vamos a discutir contra la posición utilitarista hace alusión a sus resultados contra la intuición. De manera que el individuo (sobre todo aquellos individuos pertenecientes a colectivos minoritarios, en riesgo de exclusión, discapacitados, niños, ancianos, etc.) puede llegar a verse sometido a una situación de continuo riesgo de ser sacrificado por los intereses predominantes de la sociedad, porque la maximización global de bienestar se ha convertido en la meta moral más alta. A veces, como consecuencia, el utilitarismo propone la maximización de bienestar a expensas de los principios morales deontológicos e intuitivos que regulan nuestras relaciones sociales.

Ante esta objeción, de que el utilitarismo es contraintuitivo, Hare (1981) sale al paso presentando su teoría de dos niveles del pensamiento moral; puesto que las intuiciones tienen utilidad, el nivel intuitivo cobra importancia en esta teoría. Sin embargo, como las intuiciones se dirigen hacia condiciones normales, pueden llegar a contradecirse; por ello propone un nivel crítico que será el que tome la decisión en última instancia. Hare considera las objeciones contra el utilitarismo como variantes terminológicas o componentes justificables en el nivel intuitivo.

II.3.3.1.2.1.2. Argumentos contra las objeciones al utilitarismo.

Contra estas tres objeciones al utilitarismo que han sido expuestas, los utilitaristas hacen uso de distintos alegatos para intentar justificar la validez de esta teoría ética.

Así, los ‘utilitaristas del acto’, mientras juzgan cada acción propuesta individualmente, en la práctica y en algunos casos específicos, tienden a argumentar que, aunque las acciones individuales contra las reglas parecen promover el bienestar, no lo hacen necesariamente. Los partidarios de esta teoría miden las consecuencias derivadas de los actos.

Por otra parte, los ‘utilitaristas de la regla’ argumentan que, incluso cuando se supone que la acción individual maximiza el bienestar contraviniendo uno de los principios morales deontológicos convencionales, el principio aún sería seguido porque la institucionalización de tales principios se puede entender como un asunto empírico de hecho con la finalidad de maximizar el bienestar (Gillon, 1986: 26). Para los defensores de esta teoría lo correcto o incorrecto de una acción tiene que ser evaluado por el bien o el mal que produzcan las consecuencias de una norma, teniendo que adecuar nuestras acciones en esas circunstancias a dicha norma. Así se establece la moralidad de las normas en función de las consecuencias que se derivan de su seguimiento y se juzgan las normas por las consecuencias y las acciones de estas.

II.3.3.1.2.1.3. R.M. Hare y el Utilitarismo de dos niveles.

Como ha sido mencionado con anterioridad, el utilitarismo tradicional considera que las personas deben procurar asegurarse de que sus acciones maximicen la felicidad o el placer de la mayoría, por lo cual una acción es correcta si conduce al mejor estado de las cosas.

El “utilitarismo del acto” y el “utilitarismo de la regla” fueron las doctrinas utilitaristas anteriores al “utilitarismo de dos niveles” propuesto por Hare (1981: 25-64) para salvar la oposición entre ambas: el nivel 1 (o nivel crítico) y el nivel 2 (o nivel intuitivo).

El utilitarismo del acto fue criticado porque en determinadas circunstancias, una persona normal con un conocimiento imperfecto de las cosas no puede calcular la acción que sea de máxima utilidad. El utilitarismo de la regla fue criticado porque implica que las personas deben seguir el curso de la acción que sea de utilidad y en ciertos casos no implica maximizar el bien.

Hare intenta sintetizar las doctrinas utilitaristas del acto y de la regla, tomando las mejores características de ambas, combinándolas de la mejor manera posible con el objeto de resolver los conflictos que puedan derivarse de la oposición de dichas doctrinas; para ello equipara el utilitarismo del acto con el nivel crítico del pensamiento moral, mientras que el utilitarismo de la regla correspondería al nivel intuitivo.

Hare considera que normalmente debemos actuar atendiendo a un nivel intuitivo (utilitarismo de la regla), ya que podemos conocer con bastante exactitud las acciones que pueden ocasionar consecuencias negativas: «No necesitamos elaborar ningún cálculo de felicidad para deducir que atropellar a alguien con un coche le ocasionará un daño» (Hare, 1981:122). Por lo tanto, las decisiones morales de una persona deben basarse en un conjunto intuitivo de normas morales, menos en ciertas circunstancias excepcionales en las que es más útil utilizar un nivel crítico de razonamiento moral (utilitarismo del acto).

Dicho de otra forma, en circunstancias normales, una persona debe actuar siguiendo las indicaciones del utilitarismo de la regla; es decir, cumpliendo las normas que maximicen la felicidad y el bien común, dichas normas son principios

intuitivos *prima facie*, con la finalidad de salvar los posibles errores humanos y las influencias en la toma de decisiones, evitando así las objeciones que se hicieron al utilitarismo del acto. No obstante, en ciertas ocasiones, nos podemos encontrar con situaciones excepcionales, ya que dos normas pueden ser contradictorias, o cuando el desarrollo de una acción pueda desembocar en una situación que no sea la más beneficiosa. Si se diera este caso, Hare propone que podemos pasar a un nivel crítico de pensamiento moral y comportarnos de acuerdo al utilitarismo del acto; es decir, calculando las consecuencias de la acción misma.

En aras de hacer entendible su propuesta, el filósofo británico utilizó dos ejemplos con los que pretendía clarificar más aún los dos niveles del utilitarismo:

El primer ejemplo es el de una persona, que Hare (1981) llama “arcángel” que sólo utiliza el pensamiento moral de carácter crítico. Esta persona está dotada de un poder de discernimiento más allá del que cualquier humano puede poseer y se caracteriza por no tener debilidades propias de la especie humana. Se trata, en definitiva de un observador ideal. El arcángel es capaz de escrutar todas las posibles consecuencias derivadas de cualquier acción con la intención de poder enunciar un principio universal más adecuado para cualquier situación. El arcángel no necesita para nada un conjunto de normas morales de carácter intuitivo, puesto que es capaz de decidir, por la mera razón, la respuesta correcta ante cualquier situación que se le presente. Sin embargo, Hare no pretende que seamos arcángeles o seres sobrenaturales omniscientes capaces de dar siempre con la solución exacta: «Lo más que pueden pedir los seres humanos cuando están tratando de elaborar un pensamiento crítico lo mejor que pueden, es cierta aproximación, quizá nunca completa, al pensamiento de un arcángel» (Hare, 1981: 122).

El segundo ejemplo es el de una persona, a la que denomina “prole” que sólo utiliza el pensamiento moral de carácter intuitivo. Esta persona tiene todas las debilidades propias del género humano y debe confiar en sus intuiciones y en un conjunto de principios *prima facie* en todo momento, ya que carece del atributo del pensamiento crítico. Este conjunto de normas morales tiene que ser tan simple y general que pueda ser entendido y memorizado fácilmente y usado de forma rápida y eficaz.

En realidad, todas las personas comparten las características tanto del arcángel como de la prole; según las circunstancias ante las que se encuentre una persona debe elegir actuar como el arcángel o como la prole. En este sentido afirma Hare (1981: 52): «Realizo mi propio pensamiento moral del modo descrito en este libro, no como un arcángel, dado que no soy uno, no como la prole, sino haciendo mi mejor esfuerzo para emplear el pensamiento crítico e intuitivo como es apropiado».

Hare (1981) determina tres situaciones en las que sería necesario emplear el nivel crítico de pensamiento:

1ª) Cuando utilizando el método intuitivo entran en conflicto los principios generales con los casos particulares.

2ª) Cuando no se presenta conflicto entre los principios, pero el caso es tan difícil de resolver que pone en entredicho los principios generales por no ofrecer solución al problema.

3ª) Cuando se requiere elegir entre varios principios intuitivos *prima facie* que se han de utilizar.

Hare considera que el nivel intuitivo y el crítico no son contrarios entre sí, sino que cada uno desempeña su papel. La diferencia entre ambos, apunta Hare, es comparable a la aristotélica entre dianoética y ética; o a la diferencia platónica entre ciencia y recta opinión. Además, estos dos niveles no agotan el pensamiento moral, a ellos añade un tercer nivel: el metaético, que no se interesa por cuestiones morales substanciales (o lo que es lo mismo, por problemas e la ética normativa); sino que es utilizado cuando se discute sobre el significado de los términos morales y sobre la lógica del razonamiento moral (Hare, 1981: 58). Este tercer nivel está por encima de los otros dos y toma por objeto de pensamiento al nivel crítico; mientras que éste, a su vez, toma por objeto de su reflexión al nivel intuitivo.

II.3.3.1.2.1.4. Críticas al utilitarismo de dos niveles.

Una primera crítica podría consistir en considerar que el utilitarismo de dos niveles quebranta el compromiso de una persona para actuar conforme a sus principios morales. Por ejemplo, una persona creyente cumplirá a rajatabla su código moral porque está dictado por Dios y si incumple los mandamientos divinos le

invadirá un sentimiento de culpa tan grande por haber faltado a Dios que no puede ser comparado con el sentimiento de culpa que puede tener un utilitarista de dos niveles, ya que su conjunto de normas morales no es más que una guía para actuar y el incumplimiento de alguna de las normas no tiene mayor trascendencia.

El contraargumento a esta crítica consistiría en considerar el utilitarismo de dos niveles como una mera teoría moral correcta, pero en el ámbito de lo personal, es decir, manteniéndolo en secreto, pero entonces el utilitarismo se convertiría en una doctrina misteriosa, con pocos seguidores, y en caso de ser descubiertos, tendrían que negarlo públicamente.

La segunda crítica es la que hace David McNaughton (1988: 177), quien defiende que aunque no se quebrante el compromiso de una persona para actuar conforme a sus principios morales, el utilitarismo de dos niveles no logra su objetivo de mostrar cómo, basándose en los principios utilitaristas, es una buena idea pensar y razonar de forma plural y no consecuencialista. McNaughton piensa que no es posible separar el pensamiento en dos niveles, ya que para ello sería necesario actuar como un utilitarista y pensar de una forma no utilitarista simultáneamente. Probablemente, Hare respondería a esta objeción diciendo que él efectúa su propio pensamiento moral de esa forma, por lo que la objeción de que esta clase de pensamiento moral es imposible debe ser falsa.

La tercera crítica estaría relacionada con la debilidad de la voluntad, ya que las dificultades surgen cuando tratamos de mantener el pensamiento crítico independiente del pensamiento intuitivo.

II.3.3.1.3. Conclusión.

Como hemos expuesto más arriba, utilizaremos en este trabajo la distinción entre éticas teleológicas y deontológicas, aunque si bien es cierto, hoy en día, y más concretamente en el campo de la Bioética (como veremos en el apartado siguiente), ya no existe una diferenciación clara y concisa entre unas éticas y otras, sino que tienden a hibridarse, ya que en la actualidad, las éticas deontológicas tienen en cuenta las consecuencias de las acciones a la hora de valorar éstas, incluso Kant, ya las tenía en consideración, aunque fuera de forma hipotética, al formular su imperativo categórico «obra de tal modo que la máxima de tu voluntad pueda valer

siempre como principio de una legislación universal», dicho de otro modo, que un sujeto debe analizar *a priori* las consecuencias que pueden llegar a derivarse de sus acciones y calcular si dicha acción puede universalizarse, de forma que sea una máxima para todo el mundo, es decir que la acción que va a realizar debe ser buena para todo el mundo.

Por lo tanto, no existe una diferencia tan abismal como a simple vista pueda parecer entre las éticas teleológicas y las deontológicas. Tradicionalmente, y utilizando la distinción de Broad⁸⁴, basada en las consecuencias de las acciones, se entendería por teoría teleológica aquella para la que la corrección o incorrección de las acciones está siempre determinada por su tendencia a producir ciertas consecuencias que son intrínsecamente buenas o malas, mientras que la teoría deontológica consideraría que una acción será siempre correcta o incorrecta en tales circunstancias, fueran cuales fueran las consecuencias.

En la opinión de Cortina y Martínez (1996: 115) esta distinción entre éticas teleológicas y deontológicas no resulta útil en una época en la que ninguna teoría ética prescindiera de las consecuencias a la hora de calificar una acción. Por ello W.K. Frankena propone una matización de la distinción, que Rawls (1979: 42-45; 48-49) recoge y que a Emilio Martínez y Adela Cortina les parece más adecuada para el análisis en nuestro momento:

«Serían éticas teleológicas las que se ocupan en discernir qué es el bien no-moral antes de determinar el deber, y consideran como moralmente buena la maximización del bien no moral; mientras que serían éticas deontológicas las que marcan el ámbito del deber antes de ocuparse del bien, y sólo consideran bueno lo adecuado al deber».
Cortina y Martínez (1996: 115)

A continuación procederemos a exponer algunos tipos de bioéticas por ser las más utilizadas en el debate bioético.

⁸⁴ C.D. Broad, *Critical Essays in Moral Philosophy*, London, pp. 206 ss; J. Mosterín, *Racionalidad y acción humana*, Alianza, Madrid, 1978, pp. 34-39. Citado en Cortina, A. y Martínez, E. (1996). *Ética*. Madrid: Ediciones Akal. p.115.

II.3.3.2. La Bioética desde sus diferentes fundamentos éticos.

Al inicio de este apartado intentaremos establecer una clasificación de los distintos tipos de bioética que existen. Para ello, comenzaremos por la propuesta de Daniel Callahan⁸⁵, que fue el primero en hacer una clasificación de las distintas áreas generales de investigación en bioética, instaurando los siguientes tipos:

1) Bioética teórica, conceptual o meta-bioética, se ocupa de la reflexión sobre los fundamentos racionales de las acciones morales en el ámbito de las Ciencias de la Vida en general y de la Medicina en particular.

2) Bioética clínica, se centra en la toma de decisiones éticas en la práctica profesional y está muy vinculada a la casuística.

3) Bioética regulatoria, normativa o política, orientada a decisiones de Salud Pública y al debate con la Justicia. Este tipo de bioética trata de la política sanitaria, así como de la ética clínica, no puede focalizar sus intereses en casos particulares, sino al interés general.

4) Bioética cultural, trata de relacionar los dilemas de la bioética con el contexto histórico, ideológico, social y cultural en el que se han expresado. La bioética debe ayudar a reconocer el alma de los pueblos, contribuyendo al proceso de integración de los nuevos descubrimientos de la ciencia con realismo, sensatez y respeto a los valores.

Dos décadas más tarde, Elio Sgrechia (1994) y Diego Gracia (1998) distinguen tres tipos de bioética, basándose en la clasificación de Callahan. Tanto Sgrechia como Gracia, reconocen: 1º) una bioética general, que se ocupa de los fundamentos y los valores originarios que sustentan la ética de la vida y sus fuentes documentales, así como de la utilización de microorganismos y los animales y plantas; 2º) una bioética especial que se ocupa de los grandes temas en el terreno médico y biológico; y 3º) una bioética clínica, que examina las conductas de la práctica médica concreta y en los casos clínicos los medios correctos para desarrollar una buena conducta.

Sin embargo, otros autores, como Cortina y Martínez (1996: 152-164), basándose en Apel y Arras, distinguen tres modelos metodológicos posibles, aunque

⁸⁵ Callahan, D. (1978). *Encyclopedia of Bioethics*. Warren T. Reich. New York: The Free Press. Para este trabajo hemos utilizado la 3ª Edición. Vol. I. 2004 (pp: 278-307) by Macmillan Reference USA, Stephen G. Post, Editor in Chief, versión online disponible en: <http://course.sdu.edu.cn/G2S/eWebEditor/uploadfile/20120826202224001.pdf>

no suficientes, por lo que proponen un cuarto modelo, basado en una hermenéutica crítica.

1º) La casuística 1 (ideal deductivo), consistente en el «arte de aplicar cualquier tipo de principios morales que se tengan a mano a los casos concretos» (Arras, 1990: 20-35). Se trata de un modelo deductivo, es decir, de arriba hacia abajo, desde los principios generales a su aplicación a los casos concretos.

2º) Casuística 2 (una propuesta inductiva), se caracteriza por utilizar un procedimiento inductivo para sustituir los principios o axiomas iniciales por máximas, entendidas como criterios sabios y prudentes de actuación práctica en los que coincide todo el mundo. Se trata de un modelo inductivo, es decir, de abajo hacia arriba, desde los casos particulares se llega a unas máximas o valores reconocidos y compartidos por una gran mayoría. Los clásicos principios establecidos por el informe Belmont (beneficencia, autonomía y justicia) y por Beauchamp y Childress (los tres anteriores más el de no-maleficencia) son máximas de este tipo, basadas en una larga tradición de buenas prácticas en medicina y en investigación biomédica.

3º) El principio procedimental de la ética discursiva: se trata de un principio ético universal que no es material, pero tampoco procede de una razón pura, sino que es procedimental y constituye el trasfondo de una cultura social y política democrática y pluralista y se modula de distinta forma en los distintos ámbitos de la vida social (Cortina, 1993: cap. 10 y en Cortina y Martínez, 1996: 155). Este principio procedimental de la ética del discurso es únicamente una orientación de trasfondo; esto significa que necesitamos contar con otras tradiciones éticas para componer el modelo de aplicación (Cortina y Martínez, 1996: 159).

4º) Hermenéutica crítica de las actividades humanas. Este nuevo modelo propuesto por Cortina (1993) no es deductivo ni inductivo, sino que goza de la circularidad propia de una hermenéutica crítica. Dicho modelo tiene dos momentos:

- Un momento kantiano (Ética deontológica). Se trata de cumplir unos principios básicos, unos mínimos exigibles que todos debemos respetar, y el principio más básico es que hay que respetar a todos los seres humanos y tratarlos como un fin en sí mismo y no solamente como un medio. Se trata, en última instancia, de reconocer a cada persona como interlocutor válido (principio ético de la ética discursiva).

- Un momento aristotélico (Ética de las actividades sociales). Se trata de cumplir unas máximas (o valores) en cada campo de la ética, que son exigidas por el reconocimiento de cada persona como interlocutor válido.

Cortina, Conill, Domingo y Marzá (1994: cap.1) piensan que para desarrollar una actividad moralmente en una sociedad moderna es preciso atender al menos a cinco puntos de referencia: 1) las metas sociales por las que cobra su sentido; 2) los mecanismos adecuados para alcanzarlas en una sociedad moderna; 3) el marco jurídico-político correspondiente a la sociedad en cuestión, expresado en la constitución y en la legislación complementaria vigente; 4) las exigencias de la moral cívica alcanzada por esa sociedad, y 5) las exigencias de una moral crítica planteadas por el principio de la ética discursiva.

En el momento aristotélico se hace una distinción entre bienes internos y bienes externos. Los bienes internos se refieren al fin, el objetivo a conseguir por cada persona y cada profesión en el desarrollo de su actividad, junto con los valores, principios y actitudes necesarios para alcanzar ese fin; para conseguir estos bienes internos es necesario desarrollar unos hábitos o virtudes adecuados a la finalidad de que se trate. Los bienes externos (honor, fama, ingresos económicos y poder) son secundarios, son medios necesarios y recompensas merecidas que se obtienen como consecuencia de haber cumplido primero con los bienes internos. Si damos prioridad a los bienes externos, olvidando los bienes internos, estaremos actuando contra nuestros principios y, en última instancia, contra la ética: caeremos en la corrupción.

Para la toma de decisiones en los casos concretos no basta únicamente con el momento deontológico, ni tampoco basta con el de la ética de las actividades sociales. Los argumentos que se aporten al diálogo deberán tener en cuenta: la actividad, la meta, los valores, los principios, las actitudes, los datos de la situación, pero sobre todo, las consecuencias. El momento consecuencialista es imprescindible pero siempre dentro del marco de justicia exigido por la ética dialógica.

Para diseñar la ética aplicada de cada actividad sería necesario recorrer los siguientes pasos (Cortina y Martínez, 1996: 165):

1º) Determinar el fin específico o el bien interno

2º) Averiguar cuáles son los medios adecuados

3º) Indagar qué virtudes y valores es preciso incorporar

4º) Descubrir los valores de la moral cívica de la sociedad en la que se encuentra y qué derechos reconoce esa sociedad a las personas.

5º) Averiguar qué valores de justicia exige realizar en ese ámbito el principio de la ética del discurso, propio de una moral crítica universal, que permite poner en cuestión normas vigentes.

6º) Dejar las tomas de decisión en manos de los afectados que, con la ayuda de instrumentos de asesoría, ponderarán las consecuencias sirviéndose de criterios tomados de distintas tradiciones éticas.

Una vez establecida la clasificación de los diversos tipos de bioética que existen, vamos a mencionar algunas variedades concretas que pueden enriquecer cualquiera de las propuestas metodológicas que acabamos de explicar. Las que vamos a enumerar ahora pueden utilizar uno o más métodos en sus fundamentos.

II.3.3.2.1. Bioética contractualista.

La Bioética se vale de éticas ya existentes para intentar justificar sus decisiones; a veces se apoya en la ética del contrato social de corte empirista, fundada por T. Hobbes y J.J. Rousseau, para intentar conseguir el consenso entre las partes en conflicto cuando es imposible conseguir la universalidad de los valores. Quizás, la figura más destacada en esta corriente de la Bioética, o más concretamente de la ética clínica, sea Engelhardt, que defiende un tipo de neo-contractualismo en el que se parte de la imposibilidad de establecer principios universales y se intenta llegar a una única fuente de autoridad que sería el consenso, considerando débil cualquier otra forma de argumentación. Pero en una sociedad pluralista como es la nuestra, si queremos conseguir acuerdos mínimamente aceptados por todas las partes, la ética debe ser una disciplina flexible y transigente. A veces se le achaca a Engelhardt que su ética no es tal cosa, sino más bien estética o retórica que permite acuerdos substanciales, sobre todo financieros, como dice Manuel de Santiago (1998: 504-511), que no debe haber modos de actuar buenos y malos, ni así debemos interpretar o juzgar las acciones médicas, porque esto impide el acuerdo. Es el coste moral del consenso que exigiría una sociedad civil éticamente plural y democrática.

El consenso que buscamos, por este camino, como puede comprenderse, es imposible.

II.3.3.2.2. Bioética personalista con fundamentación metafísica – ontológica.

Como vimos en el capítulo segundo, dedicado a los distintos tipos de persona, el fundador del personalismo es Mounier, aunque habría que tener en cuenta también a otros autores no menos importantes en el desarrollo de esta doctrina ética, filósofos de la talla de Buber, Maritain, Lévinas, Wojtyła, Julián Marías, Zubiri, o Hildebrand, entre otros. En contraposición a la ética neocontractualista de Engelhardt surge la ética personalista, cuyo máximo exponente en la actualidad es el cardenal Elio Sgreccia, que se inspira en Aristóteles, Tomás de Aquino, Maritain, Scheler o Hildebrand, entre otros, para desarrollar su concepción personalista de la ética, considerando a la persona como la base estructural de su antropología, desarrollando ideas tales como la corporalidad, los valores y la diferenciación entre hombre y ser humano, también se refiere en sus escritos a algunos conceptos metafísicos como la ley natural o la sustancia, e incorpora al realismo clásico algunos elementos de la fenomenología moderna.

A diferencia de Hume, Hobbes, Mill o Bentham, Sgreccia (1997: 415) no entiende la naturaleza humana como meramente empírica, sino que le otorga un valor especial, la naturaleza humana es la misma esencia o verdad propia de cada hombre considerada como raíz y principio activo, origen de su actividad como hombre. La naturaleza humana es la misma esencia considerada, no abstractamente, sino como principio activo de todas las actividades propias del hombre. La persona humana por definición: es un ser subsistente dotado de racionalidad, espíritu encarnado en un cuerpo que actúa, y no podría actuar si no fuera por su naturaleza.

Para Sgreccia la persona es la unión sustancial de corporeidad y alma metafísica espiritual, que es lo que le confiere su inmortalidad, por lo que comienza su existencia con la formación del cuerpo, es decir, desde el momento de la concepción. Esta concepción inspirada en la filosofía de Tomás de Aquino, marcará su visión acerca de los dilemas más importantes que abarca la bioética, tales como el aborto, la eutanasia o el infanticidio.

Dentro de su teoría distingue tres clases de personalismo: el ontológico, el relacional y el hermenéutico. Elio Sgreccia estaría dentro del primero, pudiéndose afirmar que defiende un personalismo metafísico - ontológico realista de corte tomista, pero adaptado a los tiempos modernos, y aplicado a la Bioética, donde utiliza dos conceptos clave: vida y corporalidad, y propone cuatro principios básicos para aplicar a la biomedicina con respecto a la intervención del hombre sobre la vida humana. Dichos principios son los siguientes:

- 1.- El principio del respeto y defensa de la vida física de todo individuo humano.
- 2.- El principio de totalidad, también llamado de globalidad o terapéutico.
- 3.- El principio de la libertad y responsabilidad (encuadra el principio de autonomía).
- 4.- El principio de la socialidad y subsidiaridad.

El personalismo ontológico – metafísico de Elio Sgreccia supone una ética de máximos, que complementa a la ética del cuidado y a la ética narrativa, que vamos a tratar a continuación.

II.3.3.2.3. Bioética del cuidado⁸⁶.

En la Ética de los últimos tiempos se ha incorporado una nueva categoría que ha ido ganando terreno, sobre todo en el campo de la ética médica y en la bioética, se trata del cuidado.

El cuidado consiste en la preocupación por el otro, en este caso por el enfermo, mediante el acercamiento hacia él y el contacto físico, atendiéndole, asistiéndole, escuchándole, aceptando su diferencia, pero ayudándole a aceptar y superar su enfermedad. En esta relación entre el médico, el enfermero (o el cuidador) y el paciente, hay que dejar que éste sea él mismo, que recupere su autoestima, que no pierda su dignidad, ni la esperanza y que tenga una buena calidad de vida hasta su muerte.

⁸⁶ Para un estudio más exhaustivo de este tema, consultar la tesis doctoral de Rubiana Mesa, Yuriana Lidia. (2013). Sentimientos morales, valores y acciones que orientan la relación de cuidado entre enfermeras(os) y personas que viven con VIH/SIDA en el ámbito hospitalario de Bogotá. Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud alianza de la Universidad de Manizales y el CINDE. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/alianza-cinde-umz/20140620123632/YurianaLidiaRubiano.pdf>.

Esta ética del cuidado tiene como máximos exponentes al filósofo francés Paul Ricoeur y a su coetáneo español Pedro Laín Entralgo, y está inspirada en el pensamiento dialógico y fenomenológico, que se basa fundamentalmente en la responsabilidad, la compasión, la competencia, la confidencialidad, la confianza y la conciencia.

Esta ética gira en torno al valor del cuidado y a otros conceptos como la virtud, la alteridad, la empatía o la relación entre médico y paciente, entendida como “pacto de cuidados”. Este pacto encuentra su fundamentación en la confianza que debe existir entre el paciente (que sufre y pide ayuda) y la enfermera o el médico (que poseen el conocimiento y dominan la técnica para curar). La prescripción médica supondría, en definitiva, la materialización del pacto. El fin último de este pacto es el bienestar del paciente, de modo que toda la acción orientada a curar y ayudar a un paciente debe llevarse a cabo de una forma correcta, técnicamente hablando, y buena, desde el punto de vista de la moral.

En este orden de ideas, no debemos olvidar que desde tiempos inmemoriales se ha identificado la enfermedad como una carencia de salud, en comparación con otros individuos considerados biológica y socialmente “normales”. Consecuentemente, se ha rechazado, denigrado y estigmatizado a los enfermos, y se han utilizado los medicamentos como un medio de corregir esa carencia o defecto, medicando a los pacientes, con la intención de devolverlos a su estado normal.

Ricoeur (2008: 173-182) considera que además de la perspectiva biológica y social de la enfermedad se encuentra la dimensión humana del paciente y su relación con el mundo que le circunda. El enfermo convive con su enfermedad y con todo lo que ello lleva aparejado, entre otras cosas, la pérdida de la estima, y en algunos casos, incluso de su dignidad como persona. Para que la enfermedad deje de ser un defecto, una carencia o un estigma y pueda ser considerada como otra forma de ser-en-el-mundo y que se considere al enfermo como una persona con dignidad, que ha de ser respetado, debe haber una interacción con los demás, sobre todo con el personal médico y su entorno más cercano, y los demás deben aceptar la enfermedad para que el enfermo recupere su autoestima.

Cuando la enfermedad es menos común (o como suelen denominarse ahora: enfermedades raras) o bien enfermedades de transmisión sexual, como el SIDA, que

conlleven un deterioro físico de quien las padece, el rechazo por parte de la sociedad que le rodea, e incluso de sus propios familiares aumenta, y la pérdida de autoestima del paciente es mucho mayor. Se trata de enfermos estigmatizados, por lo que se hace mucho más necesaria una relación de cuidado entre el personal médico y el enfermo, entre el cuidador y el paciente. En estos casos, los cuidadores deben entender la relación existencial que el enfermo tiene con su enfermedad y, como consecuencia, su pérdida de autoestima; por ello los cuidadores deben ayudar al paciente a recuperar su dignidad y superar sus miedos.

Otros autores, como McIntyre y Pellegrino dan mayor relevancia al carácter y las cualidades del personal sanitario (la enfermera o el médico) para realizar una actuación éticamente correcta. Esta interpretación de la bioética del cuidado se centra en los hábitos del profesional que actúa, en vez de centrarse en los actos, como haría el principialismo, o en analizar casos puntuales, como haría el casuismo o la ética narrativa, a través del procedimiento de los personajes de la narración.

Sin embargo, Ricoeur mantiene una perspectiva terapéutica y una concepción de la bioética, en sus tres niveles estructurales (prudencial, deontológico y reflexivo) como una disciplina que debe ocuparse de curar y cuidar.

Los detractores de la ética del cuidado consideran que el sistema propuesto por Ricoeur, basado en la confianza, es débil y necesita de la seguridad que proporciona la deontología mediante las normas, que asegura y estabiliza el pacto. El proceso de deliberación en la bioética y la toma de decisiones es complejo e incierto, por lo que Ricoeur sugiere tres normas protectoras o defensoras del pacto, que son: el secreto médico, el derecho del enfermo a conocer la verdad y el consentimiento informado.

Hay otros autores, quizás menos conocidos pero no por ello menos importantes, fundamentales en esta ética del cuidar, como por ejemplo, Milton Mayeroff, que fue uno de los precursores de esta corriente. Para el filósofo americano los cuidados en su totalidad son una forma de entablar relación con el paciente, favoreciendo su desarrollo. Mayeroff propone un marco conceptual compuesto de diez factores que deben tener en cuenta los profesionales de la salud a la hora de comprender y cuidar a los enfermos.

Mayeroff (1971: 72) entiende el cuidar como “vivir el significado de mi propia vida” y considera que las personas que se comprometen al cuidado, como una forma de ser, se sienten moralmente obligados, ya que esa dedicación es un compromiso adquirido, una vocación. Y en ese proceso de cuidar a los pacientes hay una serie de valores morales que son inherentes a la acción; por ello, afirma que, cuando alguien cuida a otro, lo hace porque cree y porque selecciona sus propios valores e ideales.

II.3.3.2.3.1. Moral para médicos.

En las antípodas de la concepción de la Bioética que acabamos de ver, estaría la concepción Nietzscheana, expuesta en *El Ocaso de los ídolos* (1887) sobre lo que es un enfermo y lo que el filósofo alemán considera “moral para médicos” (Nietzsche, 1993b: 126-127):

«Moral para médicos. El enfermo es un parásito de la sociedad. Es indecoroso seguir viviendo cuando se llega a cierto estado. Seguir vegetando, dependiendo cobardemente de médicos y medicinas, una vez perdido el sentido de la vida, el derecho a vivir, debiera ser algo que produjese un hondo desprecio a la sociedad. Los médicos, a su vez, deberían ser los intermediarios de ese desprecio: dejar a un lado las recetas y experimentar cada día una nueva dosis de asco ante sus pacientes... Hay que crear en el médico una nueva responsabilidad ante todos aquellos en que el interés supremo de la vida ascendente exija que se aplaste y que se elimine sin contemplaciones la vida degenerante; por ejemplo, en lo relativo al derecho a engendrar, a nacer, a vivir...»

Hay que morir con orgullo cuando ya no es posible vivir con orgullo. La muerte, elegida libremente, realizada a tiempo, con lucidez y alegría, rodeado de hijos y de testigos, de forma que todavía sea posible un auténtico adiós, al que asista verdaderamente quien se despide y haga una tasación real de lo deseado y de lo conseguido a lo largo de toda su vida; la muerte, así, se opone totalmente a la horrible y lamentable comedia que el cristianismo ha hecho de la misma. No le debemos perdonar nunca al cristianismo que haya abusado de la debilidad del moribundo para violar su conciencia, al igual que ha hecho con la forma de morir para emitir juicios de valor sobre el hombre y sobre su pasado.

Frente a todos los prejuicios cobardes, hay que restablecer, antes que nada, la apreciación justa, es decir, fisiológica, de la que llaman muerte natural, que, en último término, no es más que una muerte “no natural”, un suicidio. Nadie nos causa la muerte más que nosotros

misimos. Sólo que se trata de una muerte en unas condiciones despreciables, una muerte no libre, una muerte a destiempo, una muerte propia de un cobarde. Por amor a la vida, habría que desear otra forma de morir: libre, consciente, sin influencia del azar, sin sorpresas.

Un consejo, por último, a los pesimistas y demás decadentes. No podemos impedir el hecho de haber nacido: pero podemos reparar ese error –porque en ocasiones es un error-. Cuando un hombre se autosuprime, hace lo más estimable del mundo; con ello, casi se merece vivir... La sociedad, ¿qué digo?, la propia vida obtiene más ventaja de esto que de una “vida” en medio de renunciadas, anemia y demás virtudes; se libra a los demás del espectáculo de una existencia así, y se libra a la vida de una objeción...

El pesimismo puro, radical sólo se demostraría a sí mismo si los pesimistas se autoeliminase. Hay que dar un paso más en la lógica pesimista: no sólo negar la vida con “voluntad y representación”, como dijo Schopenhauer, sino empezar negando a Schopenhauer... El pesimismo, dicho sea de paso, por muy contagioso que sea, no aumenta el estado de enfermedad de una época o de una estirpe en conjunto, sino que es la expresión de ese estado de enfermedad. Se contrae como el cólera: hay que estar predispuesto de una forma bastante enfermiza a contraerlo. El pesimismo no produce de suyo ni un solo decadente. Según datos estadísticos, los años en que el cólera causa estragos no se diferencian del resto en cuanto a la cifra total de mortalidad.»

Como podemos observar en este pasaje, la moral para médicos de Nietzsche difiere mucho de la ética del cuidado que hemos desarrollado en el apartado anterior de este capítulo, y de lo que actualmente se entiende que debe ser la moral de los médicos y del personal sanitario. Sin embargo, nos ofrece su visión sobre la enfermedad, sobre la vida, la muerte y sobre la eutanasia o el suicidio, temas que ahora más que nunca están de actualidad, y mucho antes de que la Bioética fuera una realidad. Si preguntásemos a Nietzsche si está a favor del infanticidio de niños gravemente enfermos en estado vegetativo, cuyas vidas se mantienen de forma artificial, evidentemente respondería que sí, sin lugar a dudas, no sólo de una forma pasiva, sino que estaría a favor de que el médico fuera quien pusiera fin a la vida de un niño en esas lamentables circunstancias. Además añadiría que es responsabilidad del médico llevar a cabo dicha acción.

Nietzsche no tiene prejuicios a la hora de eliminar, o prescindir de, algunas vidas cuando estas no son vividas dignamente, sino que serían consideradas por el filósofo alemán como formas degeneradas de vida, y no tiene prejuicios en este

sentido porque no cree que exista un derecho universal a la vida, ni un principio de santidad o sacralidad de la vida humana. En el apartado II.3.3.3.2.1 que lleva por título: el ocaso del PSVH, desarrollaremos un poco más el pensamiento de Nietzsche en este sentido, por considerarlo importante para el desarrollo del debate sobre el estado de la cuestión.

II.3.3.2.4. Bioética casuística.⁸⁷

La ética casuística, o de casos concretos, tiene en S. Toulmin y A.R. Jonsen a sus máximos representantes, aunque ha sido desarrollada por otros autores como Carson Strong, T. Shannon, W.J. Winslade, M. Siegler, o J.F. Keenan, entre otros. La casuística (aplicada a la bioética) tiene un carácter práctico y consiste en resolver los problemas cotidianos de la clínica médica, se trata pues de analizar los casos individuales atendiendo básicamente a las circunstancias concretas en las que se dan, sin considerar principios universales que puedan resultar demasiado generales para orientar la acción de forma real.

Esta doctrina se distingue de aquellas que intentan aplicar principios generales a casos concretos; no es pues un método deductivo, como podría serlo el principialismo, sino una aproximación a los problemas basada en casos. Se podría decir que la ética casuística utiliza un método inductivo, ya que las máximas se inducen desde los propios casos particulares. De ahí surgen factores casuísticos que difieren según el caso. El resultado no es extrapolable a otros casos y queda abierto a la valoración de nuevos factores que puedan presentarse. Como se puede intuir, este método dista mucho de los métodos deontológicos principialistas, por lo que no pretende resolver todos y cada uno de los casos médicos con implicaciones morales, pero sí supone una solución viable a una aporía moral de la que, en ciertas ocasiones, no hay salida.

En la bioética es muy utilizado este método, sobre todo en el ámbito de la medicina y más concretamente en lo que afecta a la vida y la muerte de los pacientes en situaciones extremas, y sobre todo en unidades de cuidados intensivos.

⁸⁷ Para profundizar en el tema del casuismo y el principialismo recomiendo el trabajo de Requena (2005).

Tal y como señala Sánchez González (2005: 354) el razonamiento casuístico utiliza los siguientes pasos:

1. Identificar los tópicos.
2. Describir las circunstancias que configuran el caso.
3. Identificar los casos paradigmáticos.
4. Encontrar las máximas aplicables.

En el ámbito de la bioética el libro que mejor refleja el enfoque casuista actual, es: *Clinical Ethics. A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine* escrito por Jonsen, Siegler y Winslade en 1982. Estos tres autores conciben la ética clínica como una disciplina práctica que ofrece una perspectiva bien estructurada desde la que poder identificar, analizar y resolver los dilemas éticos propios de la medicina clínica. Este libro no parte de los cuatro principios convencionales, sino que trata de analizar cada caso clínico, concretamente aquellos que plantean dilemas éticos, y lo hace siguiendo los cuatro tópicos o parámetros siguientes: 1) indicaciones médicas; 2) preferencias de los pacientes; 3) calidad de vida; y 4) aspectos contextuales (sociales, económicos, legales, administrativos, etc.). Se organiza alrededor de situaciones paradigmáticas en las que se presentan casos típicos, se definen los conceptos asociados, se menciona la opinión mayoritaria más recomendable, y se revisan críticamente los argumentos ofrecidos para resolver el problema.

Los médicos, y demás personal clínico, deben razonar mediante analogías para encontrar las posibles soluciones. Y deben tomar decisiones tras una deliberación prudente, teniendo en cuenta los casos paradigmáticos, y a la vista de las máximas morales acumuladas por la sabiduría práctica.

En el ámbito jurídico, el casuismo tiene su origen en el Derecho Romano, preocupado por la resolución justa de los casos prácticos cotidianos. Sin embargo, se podría decir también que el casuismo o la distinción de casos deriva del *case-law system* (sistema de jurisprudencia) o doctrina del precedente judicial, que tiene una manifestación directa en el documento jurídico que se otorga en el contexto jurídico del *common law* (derecho común o consuetudinario) tal y como lo describe Ferrán Larraz (2011: 179); se distingue entre un estilo propio de los países de derecho civil, al que se denomina estilo civilista, y un estilo casuista de la *common law*, el estilo

anglosajón. Mientras el primero formula los principios y no detalla, el segundo no formula el principio y sí el detalle.

La bioética casuística se encuentra estrechamente ligada al ámbito jurídico; tanto es así que a veces tiende a confundirse o simplemente es imposible diferenciarlos, sobre todo en los países anglosajones. En Estados Unidos⁸⁸, al ser como su propio nombre indica un conjunto de estados que se fueron agregando unos a otros a lo largo de su reciente historia, y al no tener un pasado o una historia común, sino que sus habitantes proceden de distintas razas y culturas, muy diferentes entre sí (los nativos americanos son indígenas de una multitud de tribus diferentes, pero la inmensa mayoría de sus habitantes actuales son descendientes de esclavos africanos, asiáticos, inmigrantes irlandeses, italianos y de otros muchos países que fueron llegando a esta agrupación de estados) y no existía un conjunto de valores comunes entre sus habitantes, por lo tanto no había una moral compartida (en el sentido estricto del término y según el significado que hemos expuesto anteriormente) y al carecer de una moral común, tuvieron que definir unos valores mínimos para poder convivir los unos con los otros. Ante este vacío moral, las leyes fueron ocupando la función de la moral. Por ello, la ley y su aplicación por los jueces y tribunales norteamericanos es la que ejerce de moral, y mucha gente reconoce como moral aquello que ha sido visto para sentencia, como por ejemplo la despenalización del aborto⁸⁹. En Estados Unidos es muy frecuente hablar de casos

⁸⁸ «No es una casualidad que de las dos comisiones nacionales más importantes de bioética, el director de ambas sea un jurista, y el presidente de una de las dos también lo sea (Annas, 1994: 19-21). Los principales resultados de estas comisiones fueron también legales: las regulaciones federales sobre experimentación humana y un modelo de ley estatal sobre muerte cerebral. Este dominio legal sobre la bioética es probablemente inevitable en los Estados Unidos porque "nosotros somos una sociedad pluralista compuesta de, por lo menos, 110 grupos étnicos y raciales. El mitologista Joseph Campbell escribió: "En América la ley es lo que nos mantiene juntos, no hay otro ethos" (Campbell, 1988). Y él debería haber añadido, ni otra bioética tampoco. La Ley se convierte, necesariamente, en nuestro menor común denominador ético.» Paris (1995: 87).

... «La tesis que Annas propone es que la ley, y no la ética, es la que domina la bioética y que es a la ley y al proceso legal al que debemos recurrir para garantizar la protección de los derechos individuales, la igualdad y la justicia. Esta tesis no es nueva, ni está confinada únicamente a la Bioética... los americanos parecen incapaces de resolver sus cuestiones ético-morales de ninguna otra forma que no sea en el ámbito del sistema legal. Esa realidad fue apuntada por Alexis de Tocqueville en su obra *La Democracia en América* de 1835, donde observó que los americanos, a diferencia de los europeos, tienen la extraña propensión de transformar los dilemas morales en problemas como si fueran juicios, a diferencia del resto de los mortales, poseen la visión, el entendimiento e integridad para proveer una resolución definitiva a las cuestiones sobre la condición humana» (Paris, 1995: 98).

⁸⁹ «Les parece natural a los americanos que la moralidad del aborto haya sido refundida como el derecho del aborto" (Annas, 1993 at 3). ¿El profesor Annas realmente cree que la refundición del debate del aborto de la Corte Suprema (en términos de derechos) en *Roe v. Wade* ha permitido

para hacer referencia a una sentencia que sienta precedente en jurisprudencia, como por ejemplo el Caso Roe contra Wade por el que se reconoció en 1973, el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo o aborto inducido.

Hay múltiples casos⁹⁰ archiconocidos en el estudio de la Bioética (algunos de ellos se recogen a lo largo de este trabajo) que han sentado precedente y que han dado lugar a cambios en la legislación, e incluso a la creación de nuevas leyes o comités de investigación, algunos de estos famosos casos son los siguientes:

- Caso Tarasoff. Un joven con problemas psicológicos asesinó a su novia, a pesar de que su psicólogo sabía que podría ocurrir. En 1974, la Corte Suprema de California consideró que, a pesar del deber de confidencialidad, existe el deber del psicólogo que tiene que advertir a la potencial víctima para evitar un daño grave causado por un problema psicológico de un enfermo.

- Caso Tuskegee 1972 (Investigación de la Sífilis en pacientes de raza negra sin su conocimiento). Lo ocurrido en este caso propició la elaboración del Informe Belmont, y el establecimiento del Consejo Nacional para la Investigación Humana y los consejos Institucionales de Revisión de Protocolos de Investigación.

- Caso Willowbrook. En realidad son dos casos ocurridos en el mismo lugar. Entre 1950 y 1970, se realizó una investigación, en la que se analizó un grupo de niños con retraso mental, que estudiaban en régimen de internado, en la Escuela Estatal de Willowbrook en Nueva York. En esta institución había una alta incidencia de hepatitis, por lo que se observaron estos casos cuidadosamente. El objetivo del estudio era determinar el curso natural de la enfermedad sin recibir tratamiento alguno. Más tarde se descubrió que existían dos tipos distintos de Hepatitis (A y B).

El otro suceso ocurrido en el mismo lugar fue el descubrimiento de las deplorables condiciones, hacinamiento, inadecuadas instalaciones sanitarias y los abusos psíquicos y sexuales que sufrían los residentes a manos de los cuidadores de la escuela. La escuela originalmente estaba pensada para atender a 2.000 estudiantes,

resolver únicamente el debate político sobre el aborto? ... Con respecto al rol de la ley en la bioética americana, el profesor Annas escribe que "tanto el escrito como la declaración no eran sobre lo que los filósofos deberían llamar ética; eran sobre el estado de la ley americana: lo que es y lo que debería ser" (Annas, 1993). Esto se ha propuesto como si la ley, no la moralidad, fuera la base de cómo nos comportamos. La justificación de George J. Annas avanza por esta posición: "la ética no tiene dientes. Tú no puedes demandar a menos que haya una violación de algún canon legal". Aquí tenemos la mentalidad americana con mayúsculas -- la demanda es lo único que cuenta». (Paris, 1995: 99).

⁹⁰ Para un conocimiento más detallado de estos casos, consultar Pence (1990).

pero cuando se destapó el escándalo y la institución ganó la atención de la prensa, allí había casi 5.000 residentes. Esto dio lugar a un pleito contra el estado de Nueva York, que era archivado por la Corte Federal el 17 de marzo de 1972. Una orden se sumó al caso, el 5 de mayo de 1975, asignando reformas al edificio, pero transcurrirían varios años antes de que todas las violaciones fueran corregidas. La publicidad generada por el caso era un factor importante que contribuiría a una ley federal, llamada Ley de los Derechos Civiles de las Personas Institucionalizadas⁹¹.

- Caso Karen Ann Quinlan. Este caso fue relevante debido a que, a raíz de la sentencia judicial, se constituyeron por primera vez en la historia los comités de ética hospitalaria.

- Caso Nancy Cruzan. Este fue el primer caso acerca del derecho a morir que apela a la Corte Suprema de los Estados Unidos (1990), ya que el caso Quinlan sólo apeló a la Corte de New Jersey. Al revisar la Corte Suprema la decisión de la Corte de Missouri, presentó tres importantes declaraciones. Primero, reconoció el derecho del paciente competente de rechazar tratamiento médico, incluso si tal decisión conduce a la muerte del paciente. Con la decisión del caso Cruzan, esta fue la primera vez que la Corte Suprema reconoció que la Constitución le otorga a los norteamericanos la libertad de prescindir del tratamiento médico no deseado. Así, la defensa de la vida por parte del Estado no debe ser una privación de la libertad individual. Segundo, la Corte Suprema indicó que retirar el tubo de alimentación no difiere de suspender cualquier otro tratamiento de soporte vital. Tercero, con respeto a los pacientes incompetentes, la Corte Suprema estableció que el Estado podía, pero no necesitaba, pasar del estatuto de requerir el estándar de evidencia de clarificación y convencimiento, al estatuto de qué es lo que querría un paciente competente si se volviese incompetente por un largo periodo de tiempo.

⁹¹ La Ley de los Derechos Civiles de Personas Institucionalizadas (CRIPA) fue aprobada por el Congreso en 1980 y le da al Fiscal General el poder de investigar condiciones de confinamiento de instituciones de estado y administración municipal como prisiones, cárceles, centros de detención, centros penitenciarios juveniles, hogares de ancianos del gobierno, y de las instituciones para individuos que tienen una discapacidad psiquiátrica o discapacidades de desarrollo. Permite al Fiscal General destapar y corregir problemas graves que ponen en peligro la salud y la seguridad de personas en estas instituciones. La ley permite al fiscal general intervenir en nombre de las personas institucionalizadas cuyos derechos hayan sido oprimidos. Esta ley fue promulgada para garantizar la seguridad de las personas que pueden sentirse incómodas por sufrir abusos en estas instituciones administradas por el Estado.

- Caso Baby Doe. En 1984, se aprueba una Ley, conocida como “The Baby Doe Rules”, que condena como abuso y negligencia, más que como discriminación, la no aplicación del tratamiento médico indicado a un niño, cualquiera que sea su condición, salvo en los casos de coma irreversible, inutilidad del propio tratamiento o cuando su aplicación sólo postergue indebidamente la muerte.

- Caso Saikewicz. Joseph Saikewicz era un anciano, cuyo coeficiente intelectual era de 10 y su edad mental de 2 años; había vivido durante más de 40 años en instituciones estatales. Su salud había sido buena hasta que se le diagnosticó una leucemia aguda monoclónica mieloblástica. Se decidió no suministrarle ningún tratamiento y el Tribunal Supremo de Justicia de Massachussets ratificó esta decisión el 9 de julio de 1976.

Pues bien, todos estos casos, y otros muchos en la jurisprudencia norteamericana y británica, han sentado precedentes y han influido notablemente en las decisiones que actualmente se toman en los hospitales y en los comités de bioética, no sólo de estos países, sino de todo el mundo. Hasta ese punto es importante la casuística, hasta el punto de influir en los sistemas de valores y creencias de mucha gente, de sentar jurisprudencia y legislar, de constituir comités y comisiones nacionales e internacionales.

Sin embargo, la casuística no siempre ha sido tenida en cuenta; de hecho fue obviada por el pensamiento moral durante un largo periodo de tiempo, hasta que Albert R. Jonsen y Stephen Toulmin la rescataron del olvido, gracias a la publicación en 1988 de un libro titulado *The Abuse of Casuistry (El abuso de la casuística: historia del razonamiento moral)* donde hacen un recorrido por la historia de la casuística y apelan a la recuperación de este método de razonamiento, que para ellos es más útil que otros utilizados en la actualidad por la ética aplicada.

Tanto Jonsen como Toulmin formaron parte de la *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research* y durante el tiempo que trabajaron en ella se percataron de que los miembros de dicha Comisión no se ponían de acuerdo sobre los planteamientos éticos que debían manejar, pero que conseguían salvar las discrepancias cuando trabajaban sobre casos concretos. Así se interesaron por el estudio de la casuística dentro de la ética,

dejando a un lado las éticas basadas en principios universales. Por este motivo escribieron el libro ya mencionado *The Abuse of Casuistry*, para fomentar el debate sobre la utilidad práctica de la casuística en la ética aplicada a las cuestiones actuales.

Antes de este libro, la casuística tuvo muchos altos y bajos; se podría afirmar con certeza que se puede encontrar en la época de Aristóteles; también fue usada por los jesuitas entre 1550 y 1650, entre otras cosas para relativizar la magnitud de los pecados en el sacramento de la confesión, atenuando la penitencia de los más pudientes, aquellos que hacían mejores donaciones a su iglesia e infligiendo una penitencia mayor a los más pobres por el mismo pecado, tal y como cuenta Blaise Pascal en sus *Cartas Provinciales*⁹², 18 cartas y el fragmento de otra, escritas entre 1656 y 1657 por Blaise Pascal, bajo el pseudónimo de Luis Montalto, a un provincial conocido suyo y a los jesuitas en general, criticándoles por su forma de entender e interpretar la moral y la política, pero sobre todo por el casuismo empleado en sus enseñanzas y aplicado a su antojo y en su propio provecho.

Por este motivo la cauística sufrió de descrédito y llegó a ser considerada como una forma degenerada de pensamiento. La casuística fue defenestrada, hasta que Jonsen y Toulmin (1988) se percataron de que el problema de la casuística no radicaba en sí misma, sino en el abuso que se haga de ella, haciendo un buen uso puede ser un método eficaz para resolver la contradicción de principios entre absolutismo y relativismo. En este sentido afirma el jesuita Albert Jonsen (1991: 297) que: «la forma constitutiva de la retórica clásica casuística es el razonamiento». Por otra parte, el utilitarismo y el pragmatismo comúnmente se identifican como filosofías que emplean el razonamiento retórico de la casuística.

En su obra, Jonsen y Toulmin (1988) describen 6 características propias del método casuístico:

1. Los paradigmas y las analogías.
2. Las máximas.

⁹² *Las célebres cartas provinciales de Blas Pascal. Sobre la moral y la política de los jesuitas.* Edición Española de 1846, revisada, cotejada y añadida por D. Francisco de Paula Montejo. Madrid: imprenta del colegio de sordomudos. Disponible en: <https://archive.org/stream/lasclebrescarta01pascgoog#page/n2/mode/2up>. También disponible en internet la traducción al inglés de M'Crie, Thomas: <https://ebooks.adelaide.edu.au/p/pascal/blaise/p27pr/complete.html>. y: http://www.arcticbeacon.com/docs/Pascal/Provincial_Letters_of_Blaise_Pascal.pdf.

3. Las circunstancias.
4. Los grados de probabilidad
5. Los argumentos acumulativos
6. La resolución final.

Y añaden que el método casuístico consta de tres pasos o etapas:

- 1) Identificar los temas, asuntos o problemas.
- 2) Descripción y evaluación de las circunstancias.
- 3) Comparación de casos.

Jonsen y Toulmin consideran (1988) dos tipos de casuística: una en sentido fuerte y otra más débil.

La posición débil, o nueva casuística, sostiene que el recurso al caso complementa otros análisis éticos. Se acepta la presencia e importancia de otras formas de análisis que utilicen principios u otros tipos de generalizaciones. En definitiva, que la casuística es entendida como un complemento a los principios.

La posición fuerte sostiene que el conocimiento moral es esencialmente particular, de manera tal que las resoluciones válidas de los problemas morales deben estar siempre enraizadas en una comprensión concreta de los casos específicos y las circunstancias (Jonsen y Toulmin, 1988: 330). En este punto los autores hacen uso de una cita de John Arras para aclarar esta posición:

«En lugar de enfocar la necesidad de encuadrar principios a casos, esta interpretación (de la casuística) acentúa la naturaleza particular, derivación y función de los principios manipulados por los nuevos casuistas. A través de esta teoría alternativa de los principios, comenzamos a discernir una moralidad que se desarrolla, no de arriba hacia abajo como en el Derecho Romano, sino más bien de caso en caso (o de abajo hacia arriba) como en el common law. Lo que diferencia a la casuística de la ética aplicada, entonces, no es el reconocimiento de principios que eventualmente puedan ser aplicados, sino más bien un informe particular de la lógica y la derivación de principios que desplegamos en el discurso moral» (Arras, 1991).

En conclusión, la casuística puede ser entendida como un sistema ético independiente, con su propio método, que atiende únicamente a los casos y a las máximas que puedan ser útiles para cada caso concreto; o bien como un complemento a los principios.

Algunos especialistas en bioética piensan que la casuística es un tipo de ética narrativa (este tipo de ética la desarrollaremos brevemente en el próximo apartado). En esta línea de pensamiento se encuentra Hilde Lindemann Nelson, que en la introducción al libro editado en 1997 por ella misma *Stories and Their Limits: Narrative Approaches to Bioethics* (Historias y sus límites: aproximaciones narrativas a la Bioética) sostiene que hay varias aproximaciones a la ética y que éstas caen dentro de una serie de categorías, cada una de las cuales trabaja con historias de una forma diferente: así hay una aproximación que consiste en leer, escuchar o ver las historias; otra en contar las historias; otra radica en la crítica literaria; pero hay otra aproximación que consiste en comparar, en lugar de leer o contar, historias con la intención de encontrar soluciones a las nuevas situaciones; este enfoque estaría dentro de lo que Albert Jonsen y Stephen Toulmin pretenden hacer con su obra *The Abuse of Casuistry*; en esta obra, ambos autores defienden un renacimiento de la práctica cristiana medieval de comparar casos de consciencia con la intención de proveer una guía moral en situaciones concretas y específicas, especialmente para usar en Bioética. En esta forma actual, la aproximación basada en casos trabaja de la siguiente forma: un caso particular es analizado en términos de temas formales (por ejemplo, en ética clínica los temas serían indicaciones médicas, preferencias de los pacientes, calidad de vida y contexto de cuidado) que permite observar sus similitudes para un caso paradigmático. El caso paradigmático es el único que muestra mayor visibilidad a las máximas morales y principios que guían la acción en "este tipo de casos". Los casos análogos son aquellos en los que las circunstancias particulares justifican calificaciones de los principios o excepciones para la máxima general. Para la agrupación de casos alrededor de un caso paradigmático en el que uno ya conoce lo que tiene que hacer, se puede razonar por analogía sobre lo que hacer en el caso concreto. (Nelson, 1997: x-xii).

II.3.3.2.5. Bioética narrativa.

Thomas H. Murray, en *What Do We Mean by "Narrative Ethics"?* se pregunta ¿qué es lo que entendemos por Ética Narrativa? y encuentra cuatro posibles respuestas a esta pregunta (Nelson, 1997: 6):

- 1) Narrativa como una forma de educación en la práctica moral.

- 2) Narrativa como una buena metodología para la teoría moral.
- 3) Narrativa como una forma apropiada de discurso moral.
- 4) Narrativa como justificación moral.

Por otra parte, Howard Brody divide en tres las alternativas al principialismo: la ética de la virtud, la casuística y la ética feminista, y explica que las tres contienen algunos rasgos de la ética narrativa. Tras esa denominación se agrupan diferentes autores, cuyo punto en común es presentarse como propuesta alternativa a los modelos éticos de tipo *topdown* (de arriba hacia abajo) (Arras, 1994: 1004), en otras palabras, a los métodos deductivos.

La ética narrativa, en el campo de la ética médica, es definida por Howard Brody (1994) como una síntesis o un diálogo abierto entre los principios colectivos recibidos y las particularidades de cada persona, es decir, la historia que narra. Esta doctrina, basada en la hermenéutica de Paul Ricoeur, es contraria al deontologismo y pretende superar, mediante una racionalidad hermenéutica vital, al principialismo.

La hermenéutica va unida y es inseparable de la ética narrativa; consiste en interpretar los sentidos, los símbolos, en definitiva, las narraciones, sacando a relucir el carácter narrativo de la experiencia humana. En este sentido, afirma MacIntyre (1981: 216) que los seres humanos somos «animales que cuentan historias», que necesitan la narrativa para dar sentido a sus vidas. Por ende, la narración forma parte del ser humano, ya que todo nuestro bagaje, nuestros valores y creencias se transmiten narrativamente. Por ello, el ser humano debe desembarazarse de la vieja razón objetiva o especulativa y acogerse a una nueva forma de razonar: la razón narrativa, hermenéutica vital.

La ética narrativa ha conseguido un mayor auge en los últimos tiempos como consecuencia del rechazo de mucha gente al determinismo y a la rigidez de los cuatro principios de la bioética. Sin embargo, no se puede decir que sea una ética generalizada y aceptada por una parte importante de los especialistas en ética.

Dentro del terreno de la bioética y de la ética médica; algunos profesionales de la salud, así como eticistas, consideran el diálogo con el paciente como el método más eficaz para elaborar una historia clínica, utilizando la hermeneútica para interpretar los datos propios del caso, que estarían inmersos dentro de su propio contexto. Este sería el método narrativo, propuesto por Brody, que entiende que la

ética no trata sólo de actos, sino también de actitudes (carácter) y hábitos (virtudes o vicios).

En la opinión de Diego Gracia (2004: 197-224): el ser humano no es un “yo” puro que permanece inmutable, sino que tiene una entidad dinámica que se desarrolla a lo largo de la vida. No se trata de un yo abstracto, sino del uno mismo narrativo, que se va haciendo por medio de la sucesión y la suma de experiencias concretas. La identidad personal sólo puede ser comprendida como una identidad narrativa, que se tiene que ir creando uno en relación con los otros. Así pues somos, individual y colectivamente, identidad narrativa... La narrativa constituye una forma de racionalidad particularmente adecuada a la reflexión bioética, entre otras cosas porque trata aspectos tan importantes de la vida humana como los sentimientos, los afectos, las emociones, las creencias y los valores. ... Los procedimientos narrativos son los adecuados para el análisis de la concreción. Para comprender mejor lo que se describe se ha de tener en cuenta el contexto histórico, social y cultural, y el contexto individual, las circunstancias y las consecuencias previsibles.

A priori, la bioética narrativa puede parecer contraria al principalismo, ya que supone una alternativa al mismo. Sin embargo, esta sería sólo una postura radical y un tanto polémica, de quienes consideran a la bioética narrativa como un sustituto de cualquier intento de justificación moral. Por el contrario, existe otra interpretación más conciliadora y menos polémica: la de quienes consideran a la bioética narrativa como un complemento al principalismo, pues toda ética de principios debe complementarse con la dimensión narrativa de la acción humana. Un ejemplo de esta posición conciliadora podemos encontrarlo en la metodología de trabajo propuesta por Diego Gracia (que desarrollaremos en el Apartado III.6.3.4. de esta tesis), que parte de la historia clínica del paciente, donde la narrativa juega un papel muy importante.

Los defensores de la bioética narrativa valoran y confieren gran relevancia al hecho de que el médico ostente la capacidad de implicarse e identificarse emocionalmente con su paciente y tenga la habilidad suficiente para relacionar el caso concreto con otros casos similares o equivalentes. Sin embargo, en la actualidad, muchos médicos poco o nada tienen en cuenta los relatos del paciente,

sus sentimientos, sus inquietudes, etc., más bien, el paciente es sometido a un cuestionario como si de un interrogatorio se tratase.

II.3.3.2.6. Conclusión.

Una vez expuestos de forma muy somera algunos de los tipos de éticas utilizadas en los debates propios de la Bioética podemos pasar al apartado siguiente, donde abordaremos los principios, doctrinas y argumentos utilizados en Bioética tanto por los detractores como por los defensores del infanticidio.

II.3.3.3. Principios, teorías, doctrinas y argumentos utilizados en el debate ético en torno a la eutanasia precoz.

En este apartado trataremos de exponer brevemente una serie de argumentos que utilizan, tanto los defensores como los detractores de las dos posiciones opuestas, para justificar sus tesis y rebatir las tesis contrarias dentro del debate ético que surge en torno a la aplicación o no aplicación de la eutanasia a niños con graves malformaciones congénitas.

Como podremos observar, hay autores que estarán a favor y otros en contra, que utilizarán estos argumentos en algún momento de la discusión, por ello los reflejamos aquí en este apartado, antes de comenzar con el debate propiamente dicho.

II.3.3.3.1. Principio o doctrina de Calidad de la Vida Humana (P.C.V.H.)

Este principio defiende, desde un punto de vista utilitarista, que la decisión que se debe tomar sobre la vida o la muerte de un ser humano depende del grado de utilidad, o de calidad que tenga o pueda llegar a desarrollar para la sociedad en su conjunto. Es decir, del beneficio o del perjuicio que pueda generar a la sociedad, de la calidad de vida que tenga o pueda llegar a tener y de su dignidad como persona. Un ser humano que no pueda producir o generar un beneficio a la sociedad, o que cause un perjuicio económico, moral, o de otro tipo y que no pueda disfrutar de una buena calidad de vida, o no pueda vivir dignamente, podría ser sacrificado por su propio bien, el de su familia y el de la sociedad en la que está inmerso.

Si un ser humano, tras un accidente o una grave enfermedad, se encuentra postrado en una cama, sufriendo insoportables dolores y sin posibilidad alguna de mejorar, se entiende que su calidad de vida es pésima y que puede optar por dejar de vivir en tan lamentable estado. Aplicado a un recién nacido con bajo peso al nacer o que presente una enfermedad incurable y un sufrimiento insoportable, el mejor interés de éste y de sus familiares más cercanos sería acabar con su vida por no presentar los mínimos estándares de calidad.

Algunos defensores de este principio son, entre otros, Peter Singer, Helga Kuhse, Michael Tooley, J. Glover, John Harris, Georg Meggle, y Norbert Hoerster.

Los defensores de este principio adoptan una posición consecuencialista, y se inclinan por una posición situacionista, al modo de Joseph Fletcher⁹³, fundador del situacionismo, en la década de 1960, según la cual es razonable atender a las particularidades de cada caso mediante el casuismo, en vez de ofrecer principios universalmente válidos que sirvan para todo tipo de situaciones. Fue pionero en el campo de la bioética, trató temas relacionados con el aborto, el infanticidio, la eutanasia, la eugenesia y la clonación. Se ordenó como un sacerdote episcopal, y más tarde se identificó como ateo.

Joseph Fletcher (2005: 803) considera que debemos cambiar la mentalidad de la gente y educarla en la idea de que la calidad de vida es más importante que la cantidad o la mera duración de la vida. Desde antaño se nos ha inculcado en nuestra tradición cultural que la vida tiene un valor absoluto. Sin embargo, esto ya no es suficiente porque a veces, dejar de vivir se convierte en la mejor opción posible, cuando nuestra calidad de vida es pésima y el dolor que sufrimos es insoportable.

En la revista *Atlantic Monthly*, Fletcher (1968: 59-64) argüía que si la vida de un feto con Síndrome de Down puede ser interrumpida antes del nacimiento, ¿por qué no se puede terminar con ella en el momento del parto? Según palabras del Dr. Fletcher, un niño con retraso mental no es un bebé, sino simplemente un fracaso reproductivo. En este sentido, añade que la gente que tiene hijos con síndrome de

⁹³ Joseph Francis Fletcher fue profesor de Ética Social de la Escuela Teológica Episcopal de Cambridge, Massachusetts. También fue el primer profesor de ética médica en la Universidad de Virginia y co-fundador del Programa en Biología y Sociedad en dicha Universidad. Fue presidente de la Sociedad Americana para la Eutanasia, más tarde llamada Sociedad por el Derecho a Morir, también fue miembro de la Sociedad Americana Eugénica y de la Asociación para la Esterilización Voluntaria.

Down no tiene motivo para sentirse culpable por repudiar o desechar a su bebé, ya sea en el sentido de ocultarlo en un sanatorio o en un sentido responsable más letal. Es triste; sí, terrible, pero ello no conlleva ninguna culpa. La verdadera culpa surge sólo de una ofensa contra una persona, y un niño con síndrome de Down no es una persona.

II.3.3.3.1.1. Calidad e igualdad de oportunidades frente a la vida. El deseo de los padres de tener un hijo con “calidad de vida”.

En *The Perfect Baby* (1987), Ruth F. Chadwick habla sobre el deseo que todo el mundo tiene de tener un hijo de 'calidad', o de tener un hijo perfecto. Esto no es algo nuevo; el hombre siempre ha anhelado que sus vástagos sean lo más sanos, guapos y fuertes que se pueda, es decir, lo más perfectos posible. Chadwick apunta que los habitantes de Esparta, en la antigua Grecia, se deshacían de los niños que no daban la talla. Incluso hoy en día, hay muchos partidarios de este tipo de eugenesia negativa, como una forma de control de la población y ahorro económico desde los propios estados.

El tema de tener hijos sanos, guapos, inteligentes y fuertes, es decir, perfectos, es muy recurrente en la Filosofía; de ello nos ocuparemos más adelante de la mano de Peter Singer, entre otros autores, en un apartado donde analizaremos la selección de embriones, las pruebas prenatales y diagnóstico prenatal, sus pros y sus contras.

Chadwick (1987: 122) también discute si el principio de igualdad es un principio moral o biológico, y se pregunta si dicho principio apoyaría una política que diese prioridad a la eugenesia negativa y a la ingeniería genética.

El principio de igualdad es un principio moral y no está fundamentado en hechos biológicos. Sin embargo, el deseo de lograr el ideal de ‘igualdad’ es alcanzar la mayor equidad entre los seres humanos, incluso en términos de igualdades físicas o biológicas. También es verdad que las desigualdades han sido aceptadas en el pasado porque no se podía hacer nada para superarlas. Y además, a todo el mundo le gustaría tener hijos con el menor número de defectos y enfermedades posible.

Como afirma Rawls (1989: 108): «Es en el interés de cada uno poseer las mayores ventajas naturales... en la posición original, ellos, las partes quieren asegurar para sus descendientes la mejor dotación genética (asumiendo su propio ser fijados)».

Naturalmente que todos, o una inmensa mayoría, queremos tener hijos sanos y fuertes, así como una igualdad de condiciones para todos los recién nacidos. Pero, ¿cómo podemos asegurar ciertos derechos y un estatus moral especial para todo el mundo?, ¿cómo podemos asegurar las mismas ventajas naturales para todos? Esto es imposible porque la naturaleza, por sí misma, es desigual y establece diferencias, sin embargo el ser humano, en su afán de conseguir un mundo más justo, sigue intentándolo.

Es muy difícil establecer cuándo un neonato, un feto, un embrión, un óvulo o una célula humana adquieren las características específicas que le configuran como un ser humano único y distinto de los demás miembros de su especie. Pero es incluso más difícil establecer cuándo y por qué puede ser atribuido un estatus especial de seres humanos, que lo haga diferente de otros seres.

Biología, Ética y Religión difieren a la hora de establecer qué o cuáles características hacen que algo sea un ser humano y no otra cosa, utilizando criterios y principios característicos de cada una de estas disciplinas.

II.3.3.3.2. Principio de la Santidad o Sacralidad de la Vida Humana (P.S.V.H.)

El Principio o Doctrina de la Santidad o Sacralidad de la Vida Humana, es el argumento más utilizado por los detractores del aborto y la eutanasia, es decir por aquellos que defienden la vida humana a ultranza, siempre y en todo caso sin atender a las circunstancias de casos concretos. Este principio es defendido por aquellos sectores más radicales de la Iglesia Católica en particular, el cristianismo en general y otros grupos pro vida⁹⁴, religiosos o no, que son activos socialmente, promoviendo manifestaciones y publicando blogs en Internet y en las redes sociales, donde suben a internet todo tipo de artículos contra el aborto y la eutanasia.

⁹⁴ Navegando por internet podemos encontrar una gran cantidad de páginas Pro-vida. En la bibliografía, al final de este trabajo, facilitamos un listado que puede ser consultado para una mayor información sobre este capítulo.

La Organización católica pro vida más grande del mundo es *Human Life Internacional*, sus siglas son H.L.I. y su página web: <http://www.hli.org>; su cometido es la protección de la vida humana y la familia. Cuenta con más de ochenta oficinas repartidas por los cinco continentes y realiza su labor, según reza en su web, con total fidelidad al Magisterio de la Iglesia Católica, por medio de la oración, el servicio al prójimo y la educación. Su Sección Hispana es Vida Humana Internacional, sus siglas VHI y su página web: <http://www.vidahumana.org>.

Pro vida es el término español traducido del inglés *pro-life*, y se refiere a un movimiento religioso, ético y político basado en la defensa de toda vida humana desde el momento de la concepción hasta la muerte natural. Los seguidores que profesan este movimiento adquieren un compromiso vital que incita a la acción para proteger el derecho a la vida de todo ser humano concebido y el derecho a una muerte digna y no procurada de todo enfermo terminal. Se opone sistemáticamente a todos los métodos anticonceptivos, al aborto, la eutanasia, la investigación con células madre embrionarias, la clonación humana y otras prácticas relativas a la experimentación con seres humanos.

De acuerdo con este principio de Santidad de la Vida Humana, toda la vida humana posee el mismo valor y es inviolable, es sagrada y por lo tanto, no nos compete a nosotros decidir si una vida humana debe ser extinguida o prolongada, basándonos en criterios como la calidad de vida.

Como ya hemos adelantado, el P.S.V.H. es defendido por el cristianismo en general, en palabras del teólogo protestante Ramsey (1978: 191):

«No hay razón alguna para decir que la vida de un niño de seis meses nacido con la enfermedad invariablemente fatal de Tay Sachs es una vida que tiene un valor inferior ante los ojos de Dios que una vida que ha durado setenta años antes de la aparición de una degeneración irreversible... todos nuestros días y años tienen igual valor cualquiera que sea su consecuencia; la muerte no es más tragedia en un tiempo que en otro».

Según la Iglesia Católica Romana y su extinto Papa Juan Pablo II:

«La Iglesia... no ha dejado nunca de proclamar la santidad de toda vida humana ... No está permitido hacer nada que vaya contra la vida en la realidad de un individuo concreto, por débil o indefenso que éste sea, por subdesarrollado o cultivado que esté». (En Pirrie: 1986 a).

Según el Cardenal Joseph Ratzinger (Benedicto XVI)⁹⁵ la inviolabilidad, santidad o sacralidad de la vida humana tiene unos fundamentos bíblicos; en su opinión, la Biblia define con dos trazos el ser humano, su esencia, que precede la historia y no se pierde nunca en ella:

«1. El hombre es creado a imagen y semejanza de Dios (Gn 1, 26); el segundo relato de la creación expresa la misma idea diciendo que el hombre, tomado del polvo, lleva en sí el soplo divino de la vida. El hombre se caracteriza por su relación inmediata con Dios, propia de su ser; el hombre es «capax Dei» y por eso está bajo la protección personal de Dios, es algo «sagrado»: «Quien vertiere sangre de hombre, por otro hombre será su sangre vertida, porque a imagen de Dios hizo Él al hombre» (Gn 9, 6). Ésta es una sentencia apodíctica del derecho divino que no tolera excepciones: la vida humana es intocable porque es propiedad divina.

Todos los hombres son un solo hombre porque provienen de un único padre, Adán, y de una única madre, Eva, «madre de todos los vivientes» (Gn 3, 20). Esta unicidad del género humano, que implica la igualdad, los mismos derechos fundamentales para todos, es solemnemente repetida y re-inculcada después del diluvio. Para afirmar nuevamente el origen común de todos los hombres, el capítulo 10 del Génesis describe ampliamente el origen en Noé de toda la humanidad: «Estos tres fueron los hijos de Noé, y a partir de ellos se pobló toda la tierra» (Gn 9, 19).

Los dos aspectos, dignidad del ser humano y unicidad de su origen y destino, encuentran confirmación definitiva en la figura del segundo Adán, Cristo: el Hijo de Dios ha muerto por todos, para reunir a todos en la salvación definitiva de la filiación divina. Aparece así con la máxima claridad la común dignidad de todos los hombres: «Ya no hay judío ni griego; ni esclavo ni libre; ni hombre ni mujer, ya que todos vosotros sois uno en Cristo Jesús» (Ga 3, 28).

Este anuncio bíblico, idéntico de la primera a la última página, es el bastión de la dignidad y de los derechos humanos: es la gran herencia de auténtico humanismo confiada a la Iglesia, cuyo deber es encarnar dicho anuncio en todas las culturas, en todos los sistemas sociales y constitucionales.»

Normalmente el movimiento a favor de la santidad o sacralidad de la vida humana está en contraposición ideológica con otro movimiento llamado pro elección (pro-choice), que defiende el poder elegir entre la vida o la muerte ante determinadas

⁹⁵ Disponible en <http://arvo.net/el-valor-de-la-vida-humana/la-sacralidad-de-la-vida-humana-i/gmx-niv377-con10535.htm>

circunstancias, así como el derecho de una madre a poder abortar y decidir sobre la vida o la muerte del ser que lleva dentro de su vientre.

Este movimiento ético y político, denominado “*pro-life*” en defensa de la vida humana, desde el momento de la concepción, surgió en la década de los setenta, como resultado de la secularización de la sociedad y de la revolución social del 68. La despenalización del aborto en EE.UU, el caso *Roe v. Wade*, fue el detonante, aunque también otros factores sociales como la legalización de los métodos anticonceptivos y de las relaciones homosexuales, los avances científico-tecnológicos, y otros cambios en la sociedad. Surge así un debate ético y político sin precedentes en la sociedad norteamericana, que no se conforma únicamente con las sentencias que dicta la Corte Suprema, sino que empieza a plantearse cuestiones como el derecho que tienen las madres a elegir (*pro-choice*) y el derecho a la vida de los no nacidos (*pro-life*).

Los movimientos pro vida han ido proliferando en todo el mundo, pero especialmente en EE.UU, América Latina y Europa. En Estados Unidos, grupos como “Focus on the Family”, “Alliance Defense Fund”, y otros, tienen un gran peso en la sociedad e influyen de manera notable en la política del país; de hecho una gran mayoría de los simpatizantes del partido Demócrata ya no apoyan la Ley del aborto de 1973.

En España, aunque ya existían estas corrientes de pensamiento, la proliferación de estos movimientos pro vida se produjo durante el mandato de José Luis Rodríguez Zapatero a partir de la aprobación de la ley del matrimonio homosexual, de la asignatura Educación para la ciudadanía y la Ley del aborto de 2009. La mayor concentración de estos movimientos en España se produjo en mayo de 2012 en Madrid, con motivo del Congreso Mundial de Familias, donde acudió el obispo de Alcalá de Henares, Juan Antonio Reig Pla y el eurodiputado del Partido Popular, Jaime Mayor Oreja, entre otras personalidades de la política española y la Iglesia Católica.

En España, existe una Federación Española de Asociaciones Pro Vida, que se autodefine como una Organización No Gubernamental (ONG) de voluntariado, que promueve el respeto a toda vida humana desde la concepción hasta su extinción natural. Tiene su origen en la primera Asociación Pro Vida de España, que surgió en Barcelona en 1977. Está reconocida e inscrita en el registro de Asociaciones del Ministerio del Interior desde 1981. Es independiente de otros organismos privados o públicos y posee

el estatus de ONG Consultiva Especial del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas. La Federación impulsa y coordina las actividades y servicios de solidaridad que realizan las voluntarias y voluntarios de las Asociaciones de las diversas ciudades españolas. Cada una de ellas es autónoma en su actuación y gestión. El nexo que las une en la Federación es la defensa de la vida humana y de su dignidad⁹⁶.

Según algunos expertos, los movimientos pro vida pueden distinguirse en tres grandes grupos⁹⁷:

El que se identifica con las posturas del Vaticano. Está presente en toda Europa y es el más visible en España, con organizaciones como "Derecho a Vivir", "Hazteoir" o "Foro Español de la Familia".

El que está integrado por la alianza entre católicos tradicionalistas de Reino Unido e Irlanda con evangélicos holandeses, suizos y de los países de Europa del Este, y al que se suman algunos cristianos ortodoxos. Una corriente responsable de recientes iniciativas contra el aborto en Rumanía y la educación sexual en Bulgaria, y cuyo brazo político sería el "European Christian Political Movement".

3) El más radical, con entidades como "Fraternidad de San Pío X", que agrupa a los seguidores de Marcel Lefebvre, que rechazan el Concilio Vaticano II, o la organización católica tradicionalista "Tradición, Familia y Propiedad".

En Europa han surgido diversas iniciativas pro vida en los últimos años:

Hungría. El gobierno del ultraderechista Viktor Orban modificó el 18 de abril de 2011 la Constitución para introducir un artículo en el que se dice que la vida debe protegerse "desde su concepción", lo que marca un primer paso en un proceso gradual de cuestionamiento del derecho de las mujeres a abortar en Hungría. La ley actual sobre el aborto lo permite hasta la semana 12 por petición de la mujer. A pesar de que el partido gobernante ha dicho reiteradamente que la prohibición del aborto no es una opción, algunas organizaciones no gubernamentales, como la Unión para las Libertades

⁹⁶ Disponible en: <http://provida.es/federacion/#>

⁹⁷ Consultar artículo de *El País* de 9 de junio de 2012. María R. Sahuquillo / David Alandete. La ofensiva antiaborto recorre Occidente. Más organizados y más profesionales, los autodenominados 'provida' reactivan esta batalla ideológica en Europa y EE UU. Disponible en: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/06/08/actualidad/1339179572_811614.html.

Civiles de Hungría, han dicho que la nueva Constitución abre el camino para una futura modificación de la ley.

Suiza. En 2002, con más del 72% de los votos, los electores aprobaron una ley de plazos, es decir, la despenalización del aborto durante las primeras doce semanas de gestación y, con cerca del 82% de votos en contra, rechazaron una iniciativa que pretendía prohibir la mayoría de las interrupciones del embarazo. Sin embargo el 9 de febrero de 2014 se aprobó una iniciativa popular que fue propuesta por el partido UDC (Unión Democrática del Centro) para "privatizar el aborto". A partir de entonces el aborto ya no se financia con dinero público.

Gran Bretaña. La diputada Nadine Dorries del Partido Conservador por Mid Bedfordshire, presentó un proyecto de ley mediante el cual se imponga a las escuelas británicas a "proveer cierta educación sexual a las chicas entre 13 y 16 años, para informarlas de los beneficios de la abstinencia sexual". Con ello aspiraba reducir el número de embarazos adolescentes. El proyecto de ley fue incluido para recibir su segunda lectura, pero se retiró antes de que tuviera la oportunidad de ser debatido. El proyecto de ley tenía pocas posibilidades de convertirse en ley sin el apoyo del gobierno, y es poco probable que el proyecto de ley vuelva a ser presentado.

Dorries fue elegida parlamentaria en 2005 y desde entonces ha protagonizado más de una polémica promoviendo la abstinencia sexual de las adolescentes y una férrea oposición al aborto. El 6 de noviembre de 2012, fue expulsada de su partido.

Rusia. En 2011 dos parlamentarios rusos propusieron un paquete de medidas legislativas con el que pretendían que se obligase a la mujer que solicitase un aborto a escuchar los latidos del feto y a ver la ecografía de su embarazo. También pretendían exigirle el permiso de su pareja para interrumpirlo.

En noviembre de 2013 se introdujo en el Comité de Sanidad de la Duma Estatal de la Federación Rusa un proyecto de ley para eliminar el aborto de la lista de servicios médicos gratuitos. Incluso surgió la idea de su prohibición total. Durante los últimos 100 años en Rusia no se ha dudado jamás de la necesidad de este procedimiento.

España. El pleno del Congreso aprobó el 16 de julio de 2015 la reforma de la ley del aborto para impedir que las menores de edad puedan abortar sin el consentimiento de los padres, que presentó el PP, si bien al menos cuatro de sus diputados votaron en

contra y uno se abstuvo. Hay que recordar que un intento anterior de reformar la ley actual le costó el puesto al ex - Ministro de Justicia Alberto Ruiz Gallardón.

Turquía. El primer ministro turco, Recep Tayyip Erdogan, ha manifestado su intención de modificar la ley del aborto con el argumento: “¿Cuál es la diferencia entre matar a un bebé en el vientre materno y matarlo después de nacer?”

Por norma general, los movimientos pro vida son muy activos e intentan divulgar su ideología a todas las esferas de la sociedad; para ello emplean distintos métodos, tales como internet, a través de las redes sociales, blogs y páginas web donde exponen sus teorías e intentan concienciar e influenciar a la sociedad. Además, utilizan sus influencias políticas para ejercer presión sobre los gobiernos e intentar cambiar las leyes; se acercan a las personas individualmente; en algunos países, como EEUU se intenta persuadir a las mujeres que acuden a abortar, mediante la distribución de folletos u ofreciendo servicios de consejería. A veces hacen manifestaciones públicas o actos de desobediencia civil.

Algunas de las acciones más llamativas son las siguientes⁹⁸:

Ecografías gratuitas: ofrecen ecografías gratuitas a las mujeres embarazadas que tienen intención de abortar. Esto tiene lugar usualmente en un centro de crisis de embarazo. El supuesto que hay detrás de esto es la creencia de que la mujer embarazada decidida a tener un aborto, al ver las imágenes del feto, cambie de opinión. En Estados Unidos, el Gobierno federal solía otorgar financiación a los centros de crisis de embarazo, en los que se otorgan ecografías gratis.

La "cadena de la vida": es una demostración pública que consiste simplemente en pararse en una fila sobre la vereda sosteniendo carteles con signos o frases pro vida (no siempre son específicamente antiaborto). Históricamente el mensaje más utilizado ha sido: «El aborto mata niños», pero se han ido generando otros mensajes tales como: «El aborto hiere a la mujer», «No abortes, dalo en adopción», «Dios bendiga a Estados Unidos», «Jesús perdona y sana», «Jesús ama a los niños pequeños» y «Jesús te ama». Las personas que realizan estas demostraciones, como una política oficial, no gritan ni cantan eslóganes, así como tampoco bloquean calles. La «cadena de la vida» es un tipo de activismo muy común, pero algunos activistas pro vida cuestionan la efectividad de semejante práctica. Suelen hacerse estas cadenas de vida de forma periódica.

⁹⁸ Para más información se puede consultar: <http://es.wikipedia.org/wiki/Provida>.

El "rescate": es realizada por activistas pro vida que se paran frente a clínicas abortistas para prevenir a las personas de entrar en ellas. La meta de esta práctica es forzar a la clínica que cierre por el día. Usualmente los protestantes son retenidos por la policía. Algunas clínicas fueron blancos específicos de esta práctica y se vieron forzadas a cerrar permanentemente. Desde que el entonces Presidente Bill Clinton firmó las leyes de acceso libre a las clínicas (*Freedom of Access to Clinic Entrances Act*), el rescate ha quedado casi obsoleto.

Hacerse el muerto: Es una variación de la protesta utilizada por las personas que se oponían a la Guerra de Vietnam. La forma de realizarla por los activistas pro vida consiste en caerse al suelo y ponerse en posición fetal. Usualmente esto es realizado para atraer la atención, para que los grupos puedan distribuir folletos informativos, y lograr conversar con las personas que se detienen a mirar.

Los defensores del P.S.V.H. adoptan una posición deontológica, basada en la tradición judeo-cristiana. Fundamentalmente consideran que toda vida humana es sagrada porque pertenece única y exclusivamente a Dios, en consecuencia, nadie que no sea Dios mismo puede disponer de ella desde el momento de la concepción, ya que desde ese mismo instante, Dios infunde un alma a cada ser humano. Es como un estigma, como una marca que Dios imprime a su obra, y sólo Él puede decidir cuándo le corresponde morir en la tierra, para pasar a mejor o peor vida en la eternidad, ya sea en el Cielo, disfrutando de todo tipo de privilegios y felicidad eterna, o en el Infierno, sufriendo los más severos tormentos inimaginables eternamente. Dios nos regala la vida y Dios nos la quita cuando lo estima oportuno.

II.3.3.3.2.1. El ocaso del P.S.V.H.

Cuando Singer (2003: 315-334) aseguraba que la tradicional santidad de la vida ética está terminalmente enferma, es decir, que se encontraba herida de muerte o que estaba a punto de colapsar, no le faltaba razón; había indicios suficientes para suponerlo. Sin embargo, alguien podría haberle contestado que no se debe vender la piel del oso antes de cazarlo. Es un hecho que la secularización de las sociedades modernas occidentales lleva implícita la desacralización paulatina de la vida humana, pero sólo hasta cierto punto. Una tradición de más de dos mil años de antigüedad no

puede desaparecer de la noche a la mañana; todo cuanto nos rodea está impregnado de santidad o de sacralidad, empezando por nuestros nombres (el nombre de pila de Singer es Peter o Pedro, y San Pedro fue el fundador de la Iglesia⁹⁹, su cimiento, y el predecesor de todos los Papas católicos que ha habido posteriormente), los nombres de nuestras calles, de nuestras ciudades, de nuestros pueblos, de nuestras fiestas populares, incluso nuestras costumbres, nuestras leyes y nuestra moral están considerablemente empapadas por la religión dominante. De hecho, la tradición judeo-cristiana ha perdurado durante siglos y ha sobrevivido a varios ataques mortales a lo largo de ese tiempo. Singer no es el único, ni el primero, que ha pretendido acabar o desacreditar este principio; otros pensadores ya lo intentaron antes que él (Jonathan Glover, Michael Tooley o John Harris) pero quien cercenó por la raíz esta doctrina fue F. Nietzsche, que dedicó la mayor parte de sus esfuerzos a cuestionar y criticar la moral tradicional, el idealismo y, en última instancia, el cristianismo. Su mayor contribución a la aniquilación de la moral cristiana fue *El Anticristo* (1888), donde explica la gran mentira que, en su opinión, es el cristianismo.

A lo largo de su obra, el filósofo alemán hace referencia a varias citas bíblicas para ilustrar sus palabras y se hace eco de la negación de los instintos naturales que se esconde tras ellas. En Lucas 6, 22 y 6, 27-30 se habla de que hay que amar a quienes nos odian, nos excluyan, nos insulten, que hay que amar a nuestros enemigos, bendecir a los que nos maldicen, orar por los que nos calumnian; si te pegan tienes que poner la otra mejilla, y si te van a robar, no hay que poner resistencia, sino dárselo todo, y no reclamar nada a quien intenta quitarte lo tuyo.

Respecto a estas recomendaciones cristianas, Nietzsche (1993b: 63-64) considera que la Iglesia primitiva luchó contra los inteligentes a favor de los pobres de espíritu. En consecuencia, la Iglesia combate las pasiones a base de extirpar y castrar. La moral que va en contra de la naturaleza, esto es, casi toda la moral que se ha enseñado, respetado y predicado hasta hoy, va en contra de los instintos, a los que condena. Cuando asegura que “Dios ve lo que hay en nuestro corazón”, la moral está

⁹⁹ «...tú eres Pedro, y sobre esta piedra edificaré mi iglesia, y las puertas del Hades no podrán contra ella. Yo te daré las llaves del reino de los cielos; y todo lo que ates en la tierra, atado será en los cielos; y todo lo que desates en la tierra, desatado será en los cielos» (Mateo, 16: 18-19).

negando los deseos más bajos y más elevados de la vida y está considerando a Dios como enemigo de la vida. El santo en el que Dios tiene puesta su complacencia es el castrado ideal. La vida termina donde empieza el reino de Dios (Nietzsche, 1993b: 67).

Nietzsche (1993a: 165) considera que la moral cristiana ha recibido los mayores honores y ha estado pendiendo como ley, como imperativo categórico sobre la humanidad. Así, la moral de la renuncia a uno mismo es la moral de la decadencia por excelencia (Nietzsche, 1993a: 169)... pero también puede ser que no haya degenerado la humanidad en sí, sino el sacerdote, esa clase parasitaria de hombre que, valiéndose del engaño, ha utilizado la moral para atribuirse la prerrogativa de ser él quien determine el valor de la humanidad; esa clase de hombre que ha visto en la moral cristiana el medio de acceder al poder. Por ello, Nietzsche está convencido de que los maestros, los guías de la humanidad han sido todos ellos teólogos, a la vez que decadentes; que han procedido a una inversión de todos los valores para exaltar lo que es hostil a la vida, generando así la moral. La moral puede ser, así definida, como la idiosincrasia del decadente, con la intención oculta de vengarse de la vida; y eso se ha conseguido. (Nietzsche, 1993a: 170).

Para Nietzsche, el concepto de Dios ha sido inventado como una idea antitética de la vida; él es el compendio de todo lo nocivo, de toda guerra a muerte contra la vida. El concepto de más allá o de mundo verdadero ha sido inventado para desprestigiar el único mundo que existe. El concepto de “alma” o “espíritu”, y, en último término, también el de “alma inmortal”, han sido inventados para despreciar el cuerpo, para contraponer una horrible frivolidad a todo lo que merece ser tomado en serio en la vida (Nietzsche, 1993a: 171). En lugar de predicar la salud, se ha predicado la “salvación del alma”, es decir, una locura circular que se manifiesta en las convulsiones de la penitencia y en las histerias de la redención.

La doctrina que propone Nietzsche consiste en que nadie concede al hombre sus cualidades, ni Dios, ni la sociedad, ni sus padres ni antepasados, ni él mismo. Nadie es responsable de existir, de estar constituido de uno u otro modo, de encontrarse en estas circunstancias, en este medio ambiente. La fatalidad de su existencia no puede desvincularse de la fatalidad de todo lo que ha sido y de todo lo que será. No es consecuencia de una intencionalidad, de una voluntad, de una

finalidad, no se ha intentado alcanzar con él un ideal de hombre, o un ideal de felicidad o un ideal de moralidad, no hay ninguna finalidad en el hombre, ya que ha sido el hombre mismo el que se ha inventado la idea de fin (Nietzsche, 1993b: 80-81).

El cristianismo es un sistema, una visión de las cosas coherente y total. Si se le quita una idea tan importante como es la fe en Dios, todo el conjunto queda desbaratado; ya no tenemos en las manos nada necesario. El cristianismo parte del supuesto de que el ser humano ni sabe ni puede saber lo que es bueno y lo que es malo para él: cree en Dios, que es el único que lo sabe. La moral cristiana es un mandamiento; su origen es trascendente; está más allá de toda crítica, de todo derecho a criticar; su verdad depende de que Dios sea verdad, depende plenamente de la fe en Dios (Nietzsche, 1993b: 102).

En estas reflexiones sobre la moral cristiana Nietzsche es radical y tajante, pero realista como la vida misma, toda la moral de los pueblos cristianos, todo el sistema de creencias y valores que nos circunda está construido sobre una base sólida que es la creencia en la existencia de un único y verdadero Dios Todopoderoso, creador del cielo y de la tierra, de todo lo visible y de lo invisible. Sin embargo esa base rocosa, consistente, indestructible se sitúa a su vez en un terreno pantanoso, en una ciénaga de arenas movedizas, se sitúa en torno a la pregunta de si ¿Dios existe? En el caso de que Dios no exista y sea todo un invento, un mito o una creencia milenaria, la base se hundiría y la moral cristiana dejaría de tener un fundamento, por lo que sería débil e inconsistente.

A pesar de arrancar desde la raíz esta doctrina -haciendo temblar los cimientos del cristianismo con su filosofía de martillo, propiciando la muerte de Dios, del cristianismo y su doctrina- no sólo no ha muerto, sino que parece que el cristianismo y su doctrina han cobrado más fuerza y se encuentran presentes en el debate actual de la bioética en general y en las cuestiones sobre la vida humana en particular. La idea de la santidad o sacralidad de la vida humana es esgrimida por los pensadores cristianos para atacar cualquier defensa del aborto, el infanticidio, la eutanasia, la manipulación genética, la clonación humana y los demás temas espinosos concernientes a la vida humana a los que se enfrenta hoy por hoy la Bioética.

Sin embargo, el filósofo y especialista en ética, Singer (2003: 315-316) ha encontrado tres signos inequívocos, a su parecer, que vislumbran el colapso de la santidad de la vida, a saber:

1º) El 4 de febrero de 1993, el caso de Tony Bland¹⁰⁰ supuso un antes y un después en la Justicia británica y el cuestionamiento de si absolutamente todas las vidas humanas deben ser preservadas sea cual sea su estado o sufrimiento. Pero sobre todo abrió una brecha en el terreno del Derecho en Gran Bretaña y posteriormente en muchos otros países. En dicho caso, nueve de los jueces británicos más prestigiosos, tuvieron que abordar el tema de si retirar el tubo de alimentación y el respirador artificial de un paciente en estado vegetativo e irreversible era un acto evidente de asesinato o simplemente era dejar que una enfermedad preexistente siguiera su cauce natural, aunque el resultado fuera la muerte del paciente. Muy insatisfecho por las lagunas del Derecho y claro en este caso se mostró Lord Mustill afirmando ante la Cámara de los Loes que el derecho es «tanto moral como intelectualmente deforme» y añadió que la distinción entre actos y omisiones es «moral e intelectualmente dudosa» (Singer, 1997: 85).

En este caso el principio de santidad de la vida humana fue por primera vez relegado a segundo plano, dando más importancia a otras consideraciones que los jueces estimaron más relevantes, lo cual supuso un precedente en la Justicia británica.

¹⁰⁰ Tony Bland fue uno de los aficionados que fueron víctimas de la tragedia de Sheffield, cuando el 15 de abril de 1989, se disponían a jugar un partido de futbol el Liverpool contra el Nottingham Forest y se produjo una avalancha humana que se aplastó contra una valla. Murieron 95 personas. Tony Bland quedó en estado vegetativo, tan sólo sobrevivió su tronco encefálico. El estado en que quedó queda resumido en la siguiente cita de las actas del proceso Airedale N.H.S. Trust v. Bland (C.A.), 19 de febrero de 1993, 2 Weekly Law Reports, p. 350: «Desde el 15 de abril de 1989, Anthony Bland ha permanecido en estado vegetativo persistente. Se encuentra en el Hospital General de Airedale, en Keighley, alimentado con líquidos mediante una bomba y un tubo que pasa por su nariz y la parte trasera de la garganta hasta el estómago. Se le vacía la vejiga por un catéter insertado en el pene, que de vez en cuando le causa infecciones que requieren vendajes y tratamiento con antibióticos. El entumecimiento de las articulaciones ha hecho que sus miembros estén rígidamente contraídos, de forma que sus brazos están fuertemente flexionados de un lado a otro del pecho y las piernas anormalmente deformadas. Los movimientos reflejos de la garganta le hacen vomitar y babear. De todo esto, y de la presencia de los miembros de su familia que se turnan para visitarle, Anthony Bland no es consciente en absoluto. Las partes de su cerebro que le proporcionaban el conocimiento se han convertido en líquido. La oscuridad e inconsciencia que descendió en Hillsbororough nunca desaparecerá. Su cuerpo está vivo, pero él no tiene una vida en el sentido en que incluso el ser humano más lamentablemente discapacitado pero consciente pueda tener. Sin embargo, los avances de la medicina moderna permiten que se le mantenga en este estado durante años, quizás incluso durante décadas». Para un mejor y más exhaustivo estudio de este caso léase el capítulo 4 de Peter Singer, (1997: 67-87).

2º) El 30 de noviembre de 1993, El Parlamento de Holanda le daba carácter legal a la práctica seguida durante años por los médicos de aquel país de administrar abiertamente una inyección letal a los pacientes que, aquejados de dolores insufribles por causa de una enfermedad incurable, pedían angustiosamente que se les ayudara a morir.

3º) El 2 de mayo de 1994, un jurado de 12 miembros absolvió en Michigan al Dr. Jack Kevorkian del cargo de haber ayudado a suicidarse a Thomas Hyde. La negativa del jurado a condenar a Kevorkian fue una gran victoria para la causa del suicidio asistido por un médico, pues era difícil imaginar un caso más claro que este. Kevorkian admitió libremente haber aportado el monóxido de carbono, haber entubado y colocado la mascarilla a Hyde, quien entonces utilizó personalmente todo aquel montaje para poner fin a una vida que se le había hecho insoportable por el rápido progreso de una enfermedad nerviosa incurable.

Singer considera que estos tres sucesos son los síntomas de una grave enfermedad terminal que sufre el principio de la santidad de la vida humana y afirma que estamos en un periodo de transición en nuestra actitud frente a la santidad de la vida humana. Y ello debido al hecho de nuestra creciente capacidad técnica para mantener vivos por medios artificiales a los seres humanos en estado vegetativo durante años.

A estos tres signos o sucesos, mencionados anteriormente, habría que añadir algunos más que, como una reacción en cadena, se siguen de los anteriores:

El 8 de noviembre de 1994, el Estado de Oregon aprobó la primera ley a favor del suicidio asistido en la historia y en todo el mundo. La ley permite a los médicos recetarles fármacos letales a los pacientes desahuciados cuya esperanza de vida sea inferior a 6 meses, para que puedan suicidarse mediante la utilización de dichos fármacos. Esos pacientes deben expresar por escrito su deseo de que le administren el fármaco letal¹⁰¹. Aunque la Ley de Muerte Digna de Oregón fue aprobada por los votantes del Estado en 1994, no se hizo operativa hasta noviembre

¹⁰¹ <http://www.muertedigna.org/textos/euta320.htm>.

de 1997, mientras que los primeros suicidios asistidos legalmente comenzaron a principios de 1998¹⁰².

- En 1996, la Ministra de Justicia holandesa Winnie Sordrager reclamó la despenalización de un tipo de eutanasia controlada por el médico.

- En 1997, por medio de las Recomendaciones del Ministerio de Justicia y Salud holandés, se recogían como criterios de buenas prácticas en la aplicación de la eutanasia activa los siguientes: 1) comprobar que un recién nacido sufre de graves daños o se vea amenazado por una muerte cruel y dolorosa, sin alternativas en el tratamiento de lucha contra el dolor, 2) con consentimiento de los padres y 3) previa consulta del médico con otros colegas.

- El 20 de mayo de 1998, Colombia se convirtió en el único país del mundo en el que la práctica de la eutanasia había sido reconocida como un derecho fundamental por el Tribunal Constitucional, en una sentencia de 1998 que entiende que la eutanasia activa (ya sea en su forma de producción directa de la muerte, ya en la de auxilio al suicidio) constituye un derecho de los enfermos directamente derivado del reconocimiento constitucional de la dignidad y la libertad individuales. Según dicha sentencia, siempre que el sujeto sufra una situación terminal con dolores insostenibles, el Estado no puede oponerse ni a su decisión de morir ni a la de solicitar la ayuda necesaria para ello; obligarle a seguir viviendo en tales circunstancias «equivale no sólo a un trato cruel e inhumano, prohibido por la Carta (art. 12), sino a una anulación de su dignidad y de su autonomía como sujeto moral» (Sentencia C-239/97, de 20 de mayo de 1998, Parte 17). Sin embargo, aun contando

¹⁰² Según el Departamento de Servicios Humanos de Oregón, que supervisa el cumplimiento de la ley, entre 1998 y 2006 se han producido 292 muertes [<http://www.condignidad.org/suicidio-asistido-oregon.html>]

En los cuatro primeros años, de 1998 a 2001, hubo 91 muertes, unas 23 al año. En los cinco años siguientes, hasta 2006, se produjeron 201 muertes, es decir, 40 al año. En 2006 se produjeron 46 muertes y un total de 40 médicos prescribieron 65 dosis mortales de diversos medicamentos. Actualmente, uno de cada 700 fallecimientos en Oregón se produce bajo la fórmula del suicidio asistido. [<http://www.condignidad.org/suicidio-asistido-oregon.html>]

El Department of Human Services anualmente publica un informe acerca de la aplicación de la ley. Entre 1998 y 2007 los ciudadanos que se han acogido a esta ley han sido: 16 (1998); 27 (1999 y 2000); 21 (2001); 38 (2002); 42 (2003); 37 (2004); 38 (2005); 46 (2006) y 49 (2007). En relación con el total de fallecidos en dicho Estado, el número de muertes ocasionadas por suicidio asistido oscila entre 5,5 por 10.000 fallecidos (1988, primer año de entrada en vigor de la ley) y 15,6 por 10.000 fallecidos (2007).

El gobierno no tiene cifras oficiales de cuántas personas se han mudado a Oregón para suicidarse asistidamente, pero desde la implementación hasta diciembre de 2013, más de 750 personas han usado esta ley para morir. El promedio de edad de los enfermos es de 71 años, solo 6 han sido menores de 35 años.

con una sentencia tan inequívoca como ésta, el Código Penal Colombiano de 2000 hace caso omiso del alto tribunal penalizando la eutanasia, por lo que la situación no está nada clara¹⁰³.

- En diciembre de 2000, el Parlamento catalán aprobó una ley sobre el testamento vital que contempla la necesidad de una confirmación ante notario o ante tres testigos.

- El 17 de septiembre de 2001 la Iglesia catalana presentó un Documento de Voluntades Anticipadas¹⁰⁴ que se adapta a la normativa sobre testamentos vitales y al texto elaborado diez años antes por la Conferencia Episcopal Española. Este documento de Voluntades Anticipadas (V.A.) persigue que el enfermo «pueda expresar su deseo de que no le mantengan con vida por medio de tratamientos desproporcionados», en línea con el rechazo mostrado por la Iglesia española ya en 1990 hacia el encarnizamiento terapéutico y recogido en 1997 por el Catecismo Católico¹⁰⁵. El texto sobre V.A. incluye, además, el respeto que el profesional debe tener en cuenta respecto a las creencias religiosas y la fe de su paciente que se halla en estado terminal. Así, según el documento de la Iglesia

¹⁰³ Consultar: *Eutanasia y suicidio asistido en el mundo*. Derecho a morir dignamente. Asociación Federal (The World Federation of Right to Die Societies). [http://www.eutanasia.ws/eutanasia_mundo.html]. Consultar también la American Psychological Association. (2003). APA style: Electronic references. Disponible en: <http://www.apastyle.org/elecref.html>.

¹⁰⁴ Hemeroteca del periódico ABC. Disponible en: http://www.abc.es/hemeroteca/historico-18-09-2001/abc/Catalunya/la-iglesia-incluye-en-las-voluntades-anticipadas-el-respeto-a-la-fe-del-paciente_47643.html.

Para más información sobre este asunto, consultar: Siurana, J.C. (2005) *Voluntades Anticipadas. Una alternativa a la muerte solitaria*. Madrid. Editorial Trotta. Juan Carlos Siurana es investigador del programa Ramón y Cajal y Doctor Europeo en Filosofía. En la actualidad es Director del Grupo de Investigación Bioética de la Universidad de Valencia. En este libro, Siurana analiza exhaustivamente el tema de las voluntades anticipadas y ofrece un punto de vista favorable a la elaboración de las mismas, alegando que los argumentos a favor son más poderosos que los argumentos en contra. Finalmente señala las diez condiciones que deben darse para que las voluntades anticipadas se realicen éticamente (Siurana, 2005: 122-123).

¹⁰⁵ Con respecto a este asunto, el Catecismo de la Iglesia Católica dice así:

2278 La interrupción de tratamientos médicos onerosos, peligrosos, extraordinarios o desproporcionados a los resultados puede ser legítima. Interrumpir estos tratamientos es rechazar el “encarnizamiento terapéutico”. Con esto no se pretende provocar la muerte; se acepta no poder impedirla. Las decisiones deben ser tomadas por el paciente, si para ello tiene competencia y capacidad o si no por los que tienen los derechos legales, respetando siempre la voluntad razonable y los intereses legítimos del paciente.

2279 Aunque la muerte se considere inminente, los cuidados ordinarios debidos a una persona enferma no pueden ser legítimamente interrumpidos. El uso de analgésicos para aliviar los sufrimientos del moribundo, incluso con riesgo de abreviar sus días, puede ser moralmente conforme a la dignidad humana si la muerte no es pretendida, ni como fin ni como medio, sino solamente prevista y tolerada como inevitable. Los cuidados paliativos constituyen una forma privilegiada de la caridad desinteresada. Por esta razón deben ser alentados.

catalana, el enfermo «pide ayuda para asumir cristianamente y humanamente la propia muerte» y, antes de firmarlo, el paciente debe por tanto «hacer una reflexión seria como acto de madurez». Este documento no defiende la eutanasia activa y, según sus portavoces, es «un texto en el que el paciente pide que no le alarguen innecesariamente la vida cuando no hay posibilidad de curación» y que incluye «la administración de los tratamientos adecuados para paliar los sufrimientos». Es decir, «un respeto final de la vida y no prolongarla inútilmente mediante todas las vías posibles», lo que se conoce como «encarnizamiento terapéutico». El documento, también incluye un anexo en el que es posible elegir la opción de donar órganos, como una prueba de «solidaridad». Este documento de Voluntades Anticipadas supone un cambio de la posición de algunos sectores más liberales de la Iglesia Católica con respecto a la concepción de la vida humana en un intento por adaptarse a los nuevos tiempos que corren, reconociendo el derecho de una persona a morir dignamente (bajo ciertas circunstancias) y en contra del encarnizamiento terapéutico.

- El 10 de abril de 2001, el Parlamento holandés, aprobó la Ley 26691 de comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio. Dicha Ley legalizaba la eutanasia activa controlada en caso de petición voluntaria del paciente y ante enfermedades “con padecimientos insoportables sin esperanza de mejora”. También se aplica a menores de edad entre dieciséis y dieciocho años que pueden decidir independientemente, aunque teniendo en cuenta el deseo y la voluntad de sus padres.

- El 8 de mayo de 2001, el Parlamento gallego aprobó una ley que reconoce el derecho de cualquier ciudadano a disponer que, en caso de enfermedad irreversible, no se prolongue su vida por medios artificiales. Para ello, el paciente tiene que redactar un testamento vital.

- En mayo de 2002 Bélgica aprobó una ley que despenalizaba la eutanasia. A diferencia de Holanda, la ley belga no menciona el suicidio asistido que se considera una práctica eutanásica. El primer informe de la *Commission Fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie*, referido a los quince primeros meses de aplicación de la ley, precisaba que algunas eutanasias fueron en realidad casos de

suicidio asistido en los que el propio paciente ingirió por su propia mano el producto letal o activó el mecanismo instaurado con este fin¹⁰⁶.

- En 2008 Luxemburgo despenalizó la eutanasia, por decisión de la Cámara de los Diputados y del Consejo de Estado y ratificada por Henri, Gran Duque de Luxemburgo y Duque de Nassau, se promulgó la Ley de 16 de marzo de 2009¹⁰⁷, sobre la eutanasia y asistencia al suicidio que modifica el Código de la seguridad social; la ley modificada de 16 de abril 1979 que fija el estatuto general de los funcionarios del Estado; la ley modificada de 24 de diciembre 1985 que fija el estatuto general de los funcionarios comunales; y el Código del trabajo. El Artículo 1º de esta Ley dice así:

«En aplicación de la presente ley, se entenderá por eutanasia el acto, practicado por un médico, que pone fin intencionadamente a la vida de una persona a la demanda expresa y voluntaria de la misma.

Por asistencia al suicidio se entenderá el hecho de que un médico ayude intencionalmente a otra persona a suicidarse o procure a otra persona los medios a tal efecto, a la demanda expresa y voluntaria de la misma.»

En el Artículo 2º se detallan las condiciones bajo las que no habrá sanción, ni acción civil de daños y perjuicios contra un médico que responda a una petición de eutanasia o asistencia al suicidio.

- En 2008, en Washington el electorado votó a favor de la Iniciativa 1000 para legalizar el suicidio asistido en dicho Estado, aprobando la *Washington Death with Dignity Act*¹⁰⁸. La medida fue aprobada el 4 de noviembre por elección general, con 1.715.219 votos a favor (57,82%) y 1.251.255 votos en contra (42,18%), 30 de los 39 condados del estado votaron a favor de la iniciativa.

- El 5 de diciembre de 2008 un Juez del Estado de Montana, a propósito de una demanda de un enfermo terminal apoyado por una asociación pro-muerte digna, dictaminó que los enfermos terminales tienen el derecho a la libre administración de dosis letales de medicamentos recetados por un médico, sin que pueda haber sanción

¹⁰⁶ http://www.eutanasia.ws/eutanasia_mundo.html.

¹⁰⁷ El texto íntegro en español disponible en: [http://www.eutanasia.ws/_documentos/Leyes/Internacional/\[TRADUCCI%C3%93N\]%20Luxemburgo%20-%20Ley%20relativa%20a%20los%20cuidados%20paliativos,%20eutanasia%20y%20asistencia%20al%20suicidio%20-%20marzo%202009.pdf](http://www.eutanasia.ws/_documentos/Leyes/Internacional/[TRADUCCI%C3%93N]%20Luxemburgo%20-%20Ley%20relativa%20a%20los%20cuidados%20paliativos,%20eutanasia%20y%20asistencia%20al%20suicidio%20-%20marzo%202009.pdf).

¹⁰⁸ El texto completo está disponible en: <http://apps.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=70.245>.

legal contra los profesionales. En diciembre de 2009, la Corte Suprema de Montana sostuvo que ningún precedente legal indica que la asistencia médica en la muerte esté en contra de las políticas públicas, por lo que, por una vía diferente al referéndum, el suicidio asistido es legal en este Estado.

- El 1 de enero de 2010, el Tribunal Supremo de Montana falló que el suicidio asistido es legal y que nada impide a los médicos ayudar a sus pacientes a quitarse la vida: «Al prestar ayuda médica al paciente para que muera, es el paciente, y no el médico, quien efectúa el último acto que causa la muerte al administrarse a sí mismo la dosis letal de medicamento», reza el fallo, suscrito por cuatro de los siete jueces, con tres votos en contra.

- En mayo de 2013 el estado de Vermont se convirtió en el tercer Estado del país en permitir el suicidio asistido por médicos, habilitando a los pacientes terminales a solicitar medicación letal. El gobernador demócrata de Vermont, Peter Shumlin, afirmó que se promulgaría la Ley de decisión de poner fin a la vida (*End of Life Choice Bill*), aprobada por la Cámara de Representantes en Montpelier, la capital del Estado, por 75 votos a favor y 65 en contra. La ley aprobada en Vermont habilita a los pacientes terminales, a los que no les han dado más de seis meses de vida, a pedir a sus médicos que les administren dosis letales de drogas para apresurar su muerte. La legislación incluye varias salvaguardias: el requisito de dos opiniones médicas, la opción de una evaluación psiquiátrica y un período de espera de 17 días antes de la prescripción para poner fin a la vida.

- El 6 de febrero de 2015 el Tribunal Supremo de Canadá revocó por unanimidad la prohibición del suicidio médicamente asistido. El fallo da 12 meses a los Estados y al Gobierno del país para elaborar la ley correspondiente. Si no lo hacen, el tribunal no procesará a los facultativos que ayuden a alguien a morir. Los médicos podrán ayudar a quitarse la vida, facilitando los fármacos correspondientes, a personas adultas en plenas facultades que padezcan un sufrimiento —físico o psicológico— intolerable y permanente y que hayan manifestado claramente su voluntad de acabar con su vida. La sentencia afirma que el “derecho a vivir” no debe transformarse en una “obligación de vivir”. El fallo no obliga a los médicos a colaborar con quien les pida ayuda para quitarse la vida. Estos podrán objetar si así lo consideran. Esta forma de acabar con el sufrimiento consiste en que un médico

aconseja y receta la combinación de fármacos que deben tomarse para morir, pero es el interesado quien debe ingerirlos por sus medios. La sentencia pone fin a las demandas de dos personas: Lee Carter —cuya madre, Kay, padecía una enfermedad degenerativa— y Gloria Taylor. Kay Carter murió en Suiza, donde esta práctica se permite, en 2010. Gloria Taylor falleció por la esclerosis lateral amiotrófica (ELA) que padecía en Canadá en 2012¹⁰⁹.

Como puede ser apreciado por esta concatenación de sucesos, la eutanasia y el suicidio asistido van, poco a poco, siendo despenalizados, pero de ahí a afirmar que el principio de Santidad de la Vida Humana ha llegado a su ocaso, tal y como afirma Peter Singer, hay un gran trecho. Todavía la religión sigue ejerciendo una gran influencia sobre la moral, las costumbres y la política de los estados y será muy difícil, por no decir imposible, llegar a conocer un mundo laico, sin dichas influencias por parte de las grandes religiones que ejercen su ministerio en todo el planeta.

II.3.3.3.2.2. Contra la ética cristiana, Tooley y Preston.

Aunque fue el Juramento Hipocrático (500 años a.d.C.) el que sentó las bases para defender la vida humana y prohibir a los médicos proporcionar abortivos a las mujeres embarazadas, hemos de reconocer que durante más de mil quinientos años, las enseñanzas cristianas dominaron el pensamiento moral occidental. Durante ese tiempo la cristiandad impuso la idea de que toda vida humana es sagrada, y esto ha llegado a ser una arraigada parte de nuestra conciencia moral.

Como ya se ha dicho anteriormente, han sido varios los intentos por acabar con el cristianismo y su doctrina; el más destacado, el de Nietzsche. Pero, a pesar de todos esos intentos, no se ha conseguido erradicar. Sin embargo sí que ha habido un proceso de secularización; hoy en día, la cristiandad ha dejado de ser la única base aceptada de nuestras creencias morales y de nuestras leyes. Por lo tanto, en una sociedad plural que acepte la separación entre Iglesia y Estado, algunas leyes resultantes de la hegemonía cultural cristiana no pueden ser defendidas sólo por mostrar que están de acuerdo con las creencias de una religión particular.

¹⁰⁹ http://internacional.elpais.com/internacional/2015/02/06/actualidad/1423246363_985761.html.

De acuerdo con la tradición cristiana, los niños recién nacidos severamente discapacitados deberían ser atendidos con todos los medios a nuestro alcance, siempre que tengan una mínima oportunidad de mantenerse con vida. Cuando el principio de la Santidad de la vida humana no puede ser aplicado directamente, los defensores de esta doctrina deben buscar en la Santa Biblia – como guía espiritual – o en su consejero espiritual el comportamiento correcto, con el objeto de tomar la decisión correcta, y con el principal objetivo de agradar a Dios. Como ya hemos visto anteriormente, la Iglesia Católica se muestra contraria al encarnizamiento terapéutico, por lo que, quizás en ciertos casos extremos, a dichos niños gravemente enfermos se les permita morir digna y cristianamente.

La Iglesia hizo uso de diferentes consideraciones para demostrar que el infanticidio era incorrecto porque cree que Dios nos dio la vida, que es algo que existe por su providencia, que la vida no nos pertenece a nosotros, sino a Dios y que, consecuentemente, destruir una vida humana en cualquier punto de su desarrollo es una ofensa contra Dios, excepto en los casos de pena de muerte. De acuerdo con esto, parece claro por qué matar seres humanos es incorrecto, y que matar a otros animales no lo es.

Contra este punto de vista, Tooley (1983: 319-322) considera que:

Primero, los argumentos que empleó el cristianismo para defender su postura de que el infanticidio es incorrecto implicaban suposiciones teológicas. En consecuencia, quienes no acepten dichas suposiciones no podrán apelar de forma justificada al cambio resultante en las consideraciones morales sobre el infanticidio y no tendrán motivos suficientes para creer que es incorrecto.

Segundo, la situación sería muy diferente si, por el contrario, la Iglesia hubiese apelado a argumentos no teológicos ya que, para la inmensa mayoría de la gente, las creencias religiosas son cuestión de fe, en vez de evidencia y argumentación razonada. Asimismo, el mero hecho de que la Iglesia enseñara que el infanticidio era totalmente incorrecto, por el motivo que fuese, fue lo que hizo que se compartiese esa opinión sobre el tema.

Ronald Preston (1995: 161) se hace eco de algunas de las críticas actuales más comunes de la ética cristiana:

1) La ética cristiana es intolerante y como tal fomenta la intolerancia. Esta acusación tiene el apoyo de numerosas pruebas. Todas las principales tradiciones confesionales se han perseguido mutuamente en ocasiones. De hecho, hasta el segundo Concilio Vaticano (1962-65) la Iglesia Católica Romana no abandonó finalmente la posición de que «el error no tiene derechos». Y la ética cristiana es intolerante en el sentido de que no acepta otra forma de pensamiento. En otros tiempos se dio la Santa Inquisición para aniquilar cualquier forma de pensamiento o de conducta distinta a la que ordenaba la Santa Madre Iglesia. Por ese mismo motivo se dieron las cruzadas, para convertir a los impíos, a los pecadores, a los que pensaban diferente fuera de nuestras fronteras, para universalizar el cristianismo y exterminar a aquellos que no quisieran convertirse. En la actualidad, el cristianismo no es tan agresivo en sus métodos, ahora se intenta convertir a los que piensan diferente mediante las misiones y la catequesis. Aquellos que no creen en Cristo no podrán disfrutar de la recompensa del cielo, sino que serán discriminados y arderán en el infierno. En este sentido, «Jesús dice: Yo soy el camino, y la verdad, y la vida; nadie viene al Padre, sino por mí». (Juan 14:6). Es decir, que si no es a través de Cristo, no se puede acceder a Dios Padre, ni a la salvación.

En otros pasajes de la Biblia podemos encontrar esa misma línea de pensamiento:

«El que crea y sea bautizado, se salvará; el que no crea, se condenará». (Marcos 16:16).

«Si alguno no permanece en mí, es arrojado fuera, como el sarmiento, y se seca; luego los recogen, los echan al fuego y arden». (Juan 15:6)

Esta forma de intolerancia, asegura Preston, ha dado lugar al antisemitismo, una enfermedad del cristianismo, aunque también ocurre fuera de la cristiandad, también otros grupos étnicos y religiosos odian o han odiado a los judíos.

2) La ética cristiana es inmoral porque parte de un sistema de recompensas (el cielo) por buena conducta y de amenazas (el infierno) por mala conducta, y no de hacer lo correcto simplemente porque es correcto y no por otra razón. Esta actitud de “palo y zanahoria” va totalmente en contra de la ética formal kantiana, que funciona en base al principio de actuar por deber, que es la necesidad de una acción por respeto a la ley, es decir, el sometimiento a una ley y no por la utilidad o satisfacción

de su cumplimiento. Así un hombre actúa moralmente cuando actúa por deber, y no cuando espera una recompensa (el cielo o la zanahoria) a cambio. Cuando se dice que Dios es bueno y castiga a los malos, no es solamente un dicho, las Sagradas Escrituras están plagadas de sentencias que lo atestiguan, aquí tan sólo mostraré algunas citas donde puede observarse claramente la ira, la represión y la crueldad del castigo divino: Proverbios, 29:15; Éxodo, 20: 5; Miqueas 5:15; Ezequiel 5:10-13; Levítico 26:28; Romanos 13:4; Hebreos 10:26-31.

Por miedo a las nefastas consecuencias de sus acciones, los cristianos procuran hacer el bien, porque la ira de Dios caerá sobre sus cabezas e irán al infierno, el peor lugar que se pueda imaginar.

3) La ética cristiana es represora y no conduce a la consumación de uno mismo.

La ética cristiana no favorece la autorealización personal, no permite la autonomía de la persona, sino todo lo contrario. Tanto el cuerpo como el alma de una persona pertenece a Dios, y el hombre puede llegar a realizarse proyectándose en Cristo; no existen las personas individuales ni autónomas, sino que todos somos hermanos en Cristo, formamos un cuerpo, una común unión con todos los demás creyentes; por lo tanto, se anula la personalidad y la autonomía de la persona a favor de algo más grande, una comunidad cristiana que tiene sentido mediante la fe en Cristo.

4) La ética cristiana mantiene a las personas en la inmadurez, porque conduce a reacciones morales tasadas independientemente de las circunstancias, e impide a los creyentes aprender de la experiencia. Muchas personas inmaduras son «religiosas».

Para concluir este apartado plantearemos unas preguntas que nos sirvan de reflexión: ¿puede considerarse ética a una religión?, ¿existe alguna diferencia entre ética y religión?, unas normas o pautas de comportamiento basadas en la creencia en un dios determinado: ¿pueden considerarse o erigirse en una ética y pretender que deba ser aceptada por todo el mundo por el mero hecho de que para los creyentes, Dios existe y eso es una Verdad universal incontestable o irrefutable?, ¿es legítimo imponer por la fuerza unas normas morales a aquellos que no compartan con nosotros dichas normas o no las respeten, invadiendo territorios, matando y

exterminando a aquellos que son contrarios a nuestros ideales, como en las cruzadas contra los infieles?

No responderemos a estas preguntas, tan sólo las hacemos de forma retórica para hacer una pausa y poder reflexionar sobre ellas. En este apartado hemos reflejado de una forma muy escueta y simplificada algunas de las críticas que se hacen a la “ética cristiana” si es que en realidad existe dicha ética, lo cual es discutible, aunque los cristianos especialistas en ética consideran que sí existe y que es el estudio de la ética aplicado a la vida cristiana. No obstante, hay muchas formas de entender la religión, unas serán contrarias a la ética, y otras no. Por último, queremos decir que estas críticas a la ética cristiana no son compartidas por nosotros, las reflejamos en este trabajo por considerarlas pertinentes para el conjunto de esta tesis. Independientemente de nuestras creencias religiosas, creemos que es necesario tener en cuenta la posición del cristianismo en el debate sobre la eutanasia aplicada a niños recién nacidos con graves malformaciones, porque una gran parte de nuestra sociedad profesa esa religión, o por lo menos es creyente, practicante o no. Sin embargo no nos detendremos aquí en este debate entre ética y religión, tan sólo exponemos algunas opiniones a favor y en contra.

II.3.3.3.2.2.1. *La complicada relación entre cristianismo y ética.*

Como ya hemos visto, no queda claro si existe una ética cristiana o no, hay tantas opiniones al respecto como autores que tratan este asunto. Desde quienes piensan que el cristianismo no tiene una base racional y por lo tanto no puede ser considerado como ética, hasta quienes no dudan en hablar de una ética cristiana, pasando por quienes consideran que debería denominarse como una teología moral cristiana.

En este sentido, Emilio Martínez (2009: 3-4) entiende la ética como un saber que orienta el comportamiento de las personas y proporciona criterios para juzgar la conducta —la propia y la ajena— conforme a ciertas ideas de bien y de mal, de lo justo y de lo injusto, de lo que se debe hacer y de lo que se debe evitar. Este saber ético es muy complejo. En su interior distingue entre:

1) La moral cotidiana, que es la moral vivida que va unida a la cultura de un pueblo concreto. Se trata de un conjunto de creencias y convicciones adquiridas y que nos sirve de guía, a lo largo de toda la vida. Esta moral cultural es heredada y grupal, pero la convertimos en personal adaptándola cada cual a su manera de ser y de pensar.

2) La ética filosófica, que es un saber académico que procede de las obras de los grandes pensadores que ha habido en la historia. Este saber ético es más reflexivo y crítico que la moral cotidiana, pero también es más abstracto: en lugar de decirnos directamente qué se debe hacer y qué no, proporciona únicamente principios y criterios generales para que cada cual reflexione sobre los casos concretos y llegue a la mejor conclusión posible.

3) Las llamadas “éticas aplicadas”, que son un tipo de saber ético que se nutre de aportaciones valiosas de distintos saberes para ofrecer orientaciones específicas a distintas profesiones y ramas de la actividad humana.

Según esta clasificación, el cristianismo podría ser entendido, según Martínez (2009: 5-6) como una de las éticas cotidianas: se trata de una fe, de una visión del mundo, que contiene unas creencias muy determinadas y que recomienda un modo de comportarse muy particular, inspirado en los relatos evangélicos. En este sentido, se suele hablar de “la moral cristiana” o también de “la ética del Sermón de la Montaña” (puesto que en ese sermón se condensan las principales orientaciones morales de Jesús de Nazaret).

Sin embargo, el cristianismo no puede ser considerado ni como una ética filosófica, ni como una ética aplicada. En consecuencia, Emilio Martínez (2009: 3) considera que:

«el cristianismo no es una escuela filosófica, sino una fe religiosa que tiene su centro en la creencia en que aquel personaje histórico, que predicó en Galilea y murió en Jerusalem, está vivo y sale al encuentro de las personas que le buscan».

A continuación abordaremos la cuestión de la autonomía, de gran relevancia en este trabajo.

II.3.3.3.3. Autonomía, Principio de Autonomía y el Principio de respeto por la autonomía.

Durante siglos, muchos filósofos han discutido cuestiones tan relevantes como la autonomía y la libertad de la voluntad, cuestiones estas que aún hoy en día son objeto de debate en el marco de la Filosofía y la Política contemporánea. Ya Maquiavelo, en sus *Discursos sobre la primera década de Tito Livio* (1531), combinó dos tipos de autonomía; a saber, libertad de dependencia y el poder de autolegislación. Nicolás Maquiavelo es considerado como el primer pensador moderno que considera la autonomía de la política con respecto al ámbito religioso. Y esto lo lleva a cabo mediante su defensa de la idea de que el fin justifica los medios y mediante su indiferencia ante los mandamientos cristianos, que no son aplicables en la política ni a los políticos. En *el Príncipe*, Maquiavelo pone por encima los intereses del Estado sobre los mandamientos de la Iglesia: “No mentirás” o “No matarás” tienen un valor absoluto, pero no para los gobernantes, sino para los creyentes. El crimen siempre es justificable si la razón por la cual se cometió es buena, es decir, si el resultado de dicho crimen supone un bien mayor para el Estado. Por ejemplo, Rómulo es absuelto de su culpa por el resultado superior al que se supeditaron los asesinatos cometidos, dar muerte a su hermano se justifica porque se hizo por el bien común. Si el fin es bueno, se justifican los medios utilizados.

Maquiavelo considera que la política tiene sus propios principios éticos, distintos a los que rigen al resto de los mortales; por ello en política es permitido cometer actos (violencia, asesinato, engaño) que no serían permitidos en ningún otro ámbito de la vida humana. Maquiavelo no se opone a la religión, es más, propone que debe ser utilizada como instrumento de control y sometimiento de la población, pero para que dé resultado, la sociedad no debe estar corrompida, debe creer firmemente en los principios de la religión y respetarlos igual o más que las leyes.

Considerando la determinación de la voluntad, Kant combinó dos aspectos de la autonomía, uno autónomo y otro heterónomo. De manera que, la voluntad es buena cuando se rige por una máxima que, al ser transformada en ley universal, no puede contradecirse consigo misma. Por lo tanto, la voluntad no depende de fines ni de leyes ajenas a ella, es decir, no debe ser heterónoma. Consecuentemente, la

voluntad debe ser autónoma, pues se guía por su propia ley, que es el principio universal autoimpuesto.

Pero para entender esto es fundamental la idea de libertad, ya que para Kant la libertad de la voluntad reside en que ésta es autónoma, se rige por su propia ley y no por leyes ajenas, así la voluntad libre y la voluntad sometida a la ley moral es lo mismo.

Llegados a este punto, nos parece importante resaltar que, en su filosofía práctica, hay una clara oposición entre principios autónomos y heterónomos. Kant creyó que, de acuerdo a su idea de las leyes, los seres racionales pueden actuar autónomamente ya que todos poseen una característica común, la voluntad libre; mientras que los seres irracionales están determinados y su comportamiento es heterónimo, es decir, se encuentran causalmente determinados por causas externas. Consiguientemente, la ética kantiana es autónoma porque no recibe justificación de ninguna fuente externa, como puede ser Dios, la metafísica, la costumbre o la utilidad, sino que es un campo aparte. En este sentido, Kant introduce el imperativo categórico en la *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*: «Obra de tal modo que uses la humanidad, tanto en tu persona como en cualquier otra, siempre como un fin al mismo tiempo y nunca solamente como un medio». Por ejemplo, para Kant, el suicidio sería un acto inmoral, ya que la humanidad es un fin en sí mismo, y no un medio para conseguir un fin, suicidarse (el suicida hace uso de sí mismo con el objeto de suicidarse). Con esto, Kant trata de explicar que debemos respetar a todos los seres humanos, incluido uno mismo, evitando la explotación y la esclavitud. Si consideramos a los seres humanos como fines sólo porque son deseados estaríamos hablando de imperativos hipotéticos, pero si existe un fin en sí mismo, el imperativo en cuestión es independiente del deseo y es, por consiguiente, un imperativo categórico. Un imperativo categórico no está sometido a condición alguna, es válido *a priori* y por sí mismo y es propio de la moralidad. Representa la acción objetivamente necesaria en sí misma, sin relación a ninguna finalidad o resultado. Pues bien, sólo el imperativo categórico puede determinar, universal y necesariamente, a la voluntad objetiva. El imperativo categórico es el principio de la moralidad, la ley que proviene *a priori* de la razón y nos muestra cómo debe querer la voluntad.

Así, para Kant, el respeto por la autonomía de cualquier agente individual racional podría ser ejercitado sólo dentro del contexto del respeto por la autonomía de todos los demás agentes racionales.

Aún hoy en día hay filósofos que defienden y utilizan el concepto kantiano de autonomía, ya que les ofrece una base metodológica válida. De acuerdo con algunos autores neokantianos, el respeto por la autonomía es un principio básico y entienden por autonomía la capacidad de elegir, hacer y actuar según las propias decisiones de uno. Consecuentemente, sólo un ser que puede captar y comprender la diferencia entre morir y seguir vivo puede, autónomamente, elegir seguir viviendo. Por lo tanto, si matásemos a una persona que no elige morir, no respetaríamos la autonomía de esa persona, y como la elección de vivir o morir es la más fundamental que uno puede hacer, la elección de la que dependen todas las demás, matar a una persona que no elige morir es la violación más grave posible de la autonomía de la persona (Singer, 1979: 83).

Esto tiene una repercusión bastante significativa en la toma de decisiones dentro de la medicina actual y afecta, sin lugar a dudas, al discurso sobre la eutanasia, el infanticidio, la experimentación con seres humanos, etc. De tal forma que, sólo aquellos seres humanos que sean capaces de captar la diferencia entre estar moribundos y seguir con vida pueden, autónomamente, elegir la opción de mantenerse vivos. Por otra parte, aquellos seres humanos que permanecen en coma irreversible, o incluso los niños recién nacidos y de corta edad, no pueden, autónomamente, elegir la opción de seguir vivos. En ese caso la decisión tendría que ser tomada por terceras personas, tales como padres, hijos o tutores legales.

Las éticas teleológicas lo tienen claro: si mantener a estos seres humanos con vida supone un beneficio para ellos, para sus familiares o para el Estado, entonces es obligación de todos mantenerlos con vida; si por el contrario supone un perjuicio, entonces la mejor solución es poner fin a sus vidas. Sin embargo, no está tan claro, porque no se dice nada sobre quien decide si una acción causa un beneficio o un perjuicio al paciente, aquí se abre otro debate sobre si son los familiares, los médicos o los comités quienes deben tomar ese tipo de decisiones.

Las éticas deontológicas, aparentemente, lo tienen más complicado porque deberían identificar previamente cuál es nuestro deber en este caso para actuar de

forma moralmente correcta. ¿Tienen los médicos el deber de preservar una vida humana a toda costa aunque ello suponga un gran sufrimiento para un paciente sin autonomía, para sus familiares y un elevadísimo coste económico para el hospital y el Estado, además de estar utilizando recursos que, en ocasiones, son escasos y que podrían salvar la vida de otros pacientes en mejor estado?, o por el contrario ¿tienen los médicos el deber buscar la solución más feliz y beneficiosa para todos? La respuesta a estas preguntas dependerá, en gran medida, de las creencias religiosas o filosóficas que cada uno tenga.

Por otra parte, Gillon (1986: 61-63) opina que la autonomía es la capacidad de pensar, decidir y actuar libre e independientemente sobre la base de cada pensamiento o decisión y sin restricción alguna. Considera que la autonomía es una subclase de la libertad. Además, el concepto de autonomía incorpora el ejercicio de lo que Aristóteles llamó atributo específico del hombre, la racionalidad. Teniendo en cuenta esta concepción, Gillon establece tres subdivisiones con respecto a la autonomía, a saber: autonomía de acción, autonomía de la voluntad y autonomía de pensamiento.

Según esta división, la autonomía de pensamiento engloba el amplio rango de actividades intelectuales que son llamadas ‘pensamiento por uno mismo’, incluyendo la toma de decisiones, la adopción de creencias, la elección de preferencias estéticas, y la elaboración de juicios morales.

La autonomía de la voluntad, o autonomía de intención, es la libertad de decidir hacer cosas sobre la base de las deliberaciones de uno.

La autonomía de acción se refiere al cuerpo, a la capacidad de acción de la persona; por ejemplo, el paciente cuyos músculos son paralizados voluntariamente cuando se le administra la anestesia, pero que está consciente porque su anestesista ha olvidado el óxido nitroso, y que intenta en vano idear la forma de parar al cirujano interrumpiéndolo, es quizá el paradigma de una persona cuya autonomía de pensamiento y voluntad son activas pero cuya autonomía de acción está completamente ausente en ese momento.

La mayor parte de las personas considera que su propia autonomía debe ser respetada, al igual que la mayoría de las personas también aceptan que la autonomía de, al menos algunas personas, en al menos algunas circunstancias, debería ser

respetada. Sin embargo, en el caso de la autonomía de acción, está claro que sería necesario establecer algunas restricciones al respeto de la autonomía. Por otra parte, estaríamos moralmente requeridos a respetar alguna acción deliberada, por muy horribles que fueran los resultados para otros. Por lo tanto, autonomía, principio de autonomía y principio de respeto por la autonomía son cosas diferentes, aunque a veces se tiende a confundirlas.

Todo esto nos lleva a pensar a la manera de Jonathan Glover, en *Causing Death and Saving Lives*, donde considera que matar a alguien anula su autonomía y va contra su propia preferencia por mantenerse vivo. Pero, como bien dice el Dr. Glover, esta objeción al homicidio no nos proporciona ningún argumento contra el infanticidio, puesto que los niños recién nacidos no son autónomos, no tienen ninguna concepción sobre la muerte, y no pueden tener ninguna preferencia por vivir o morir. A pesar de ello, sería incorrecto suponer que los niños no desean evitar la muerte simplemente porque no pueden expresarlo. De acuerdo con este autor, el argumento que dice que matar a un niño atenta contra su autonomía es totalmente o, en gran parte, inaplicable como una objeción válida contra el infanticidio (Glover, 1977: 156-58).

Por otra parte, J.S. Mill argumentó que el principio de respeto por la autonomía —del modo que el respeto por la autonomía de uno fuera compatible con el respeto por la autonomía de todos— era un componente fundamental del utilitarismo, dado que el ejercicio de la autonomía desempeña una parte fundamental en el florecimiento humano.

Entre los utilitaristas que han hecho acomodar más principios morales deontológicos ordinarios dentro de un marco utilitarista se encuentra, desempeñando una labor notable, Hare (1981), el cual también ofrece argumentos en los cuales el utilitarismo se colapsa cuando intenta establecer la distinción entre acto y regla, tal y como vimos anteriormente.

En su manual de ética biomédica, Tom L. Beauchamp y James Franklin Childress (uno utilitarista y otro deontologista) muestran cómo en la práctica tanto el utilitarismo como el deontologismo pueden estar de acuerdo en lo que sería calificado como principios morales que pueden ser usados en torno a cuestiones médico-morales (Beauchamp y Childress, 1983).

Pellegrino (1990: 379), en *La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica*, define la autonomía como la capacidad de autogobierno, una cualidad inherente a los seres racionales que les permite elegir y actuar de forma razonada, sobre la base de una apreciación personal de las futuras posibilidades, evaluadas en función de sus propios sistemas de valores.

En realidad, es difícil encontrar una definición universal del término “autonomía”; de hecho no la hay, ya que dependiendo de la corriente ética a la que nos remitamos podremos obtener distintas definiciones del término en cuestión. Así por ejemplo, en la ética discursiva se hace especial hincapié en que el sujeto autónomo debe poder expresar su voluntad y defender, mediante el discurso, su posición, quedando *a priori* fuera de esta consideración aquellos seres humanos que no tienen capacidad de comunicación, como por ejemplo, los enfermos en coma irreversible o los niños recién nacidos. No obstante, para estos casos especiales, la ética discursiva propone que sean los adultos sanos quienes hablen en nombre de quienes no pueden hacerlo.

No obstante, algunos defensores de esta ética opinan que los seres humanos que no son autónomos, pero que podrían llegar a serlo (como recién nacidos, enfermos y discapacitados) tienen la misma dignidad y derechos que quienes ya son autónomos, pero en esta concepción seguirían estando fuera aquellos seres que nunca podrán tener autonomía, como por ejemplo niños recién nacidos con graves daños cerebrales irreversibles; estos seres humanos nunca han tenido autonomía y jamás llegarán a disfrutar de ella.

Como ética kantiana que es, la ética discursiva, consideraría en este sentido a todos los seres humanos, como miembros de una especie privilegiada, como seres valiosos por sí mismos, seres que tienen dignidad y no precio. Lo que añade la ética discursiva a la posición de Kant es que las normas han de ser sometidas a un diálogo serio para ser válidas, y que no basta con que la razón individual se pregunte si podrían servir como ley universal.

En España, es Adela Cortina quien ha cultivado la ética discursiva, y ella lo ve de este modo:

«Reconocemos como persona a quien tiene las capacidades requeridas para la autoconciencia, para el mutuo reconocimiento de la dignidad, para actuar desde la libertad y para asumir su

responsabilidad. Esas capacidades pueden no estar en ejercicio en el caso de discapacitados psíquicos, enfermos mentales o niños, pero ése es un defecto que es necesario superar al máximo desde la comunidad humana» (Cortina, 2009:185-6).

En este texto, Cortina no dice que los discapacitados psíquicos, enfermos mentales o niños tengan las capacidades requeridas para la autoconciencia (entre otras cosas porque no las tienen), sino que tienen “un defecto que hay que superar al máximo”, pero ¿qué quiere decir superar al máximo?, ¿cuál es ese máximo que hay que superar?, ¿qué pasa si no superan ese máximo? Un ser humano en coma irreversible nunca podrá superar esa condición, por lo que ni es persona en esas circunstancias (aunque lo haya sido en otra etapa de su vida), ni puede ser considerado miembro de la comunidad moral.

Más adelante dice que:

«lo que hace a la comunidad moral, parece razonable entenderla como la que está formada por sujetos capaces de comunicación, es decir, capaces de llevar adelante la vida juntos (...) Tres criterios serían entonces los que permitirían decidir qué seres son miembros de la comunidad moral: que tenga sentido justificar ante ellos una acción, porque puedan aceptarla o rechazarla; que sean capaces de reconocer la dignidad y vulnerabilidad de otros y la suya propia; y que precisen de esa comunidad para desarrollar todas sus potencialidades» (Cortina, 2009:187-8).

Como se puede constatar claramente, un paciente en estado de coma irreversible no cumple ninguno de estos tres criterios, por lo que quedaría automáticamente excluido de la comunidad moral. Según su definición de persona y de comunidad moral queda claro que un ser humano que carezca de estas capacidades ni es persona, ni forma parte de la comunidad moral. Otra cosa es que aquellos que sí son personas y forman la comunidad moral se pongan de acuerdo y redacten una ley o una norma moral que diga que aceptan a esos seres humanos (no-personas) que carecen de autonomía y de capacidad discursiva como miembros de su comunidad y se les reconozca un estatuto igual que a los miembros de pleno derecho.

En un intento por salvar esta dificultad, que presenta la ética discursiva, algunos de sus defensores apelan al especismo, escudándose en la idea de que no hay que considerar al ser humano de forma individual, como un individuo aislado, sino

como un miembro perteneciente a una especie, la especie humana, que es superior a otras especies y que ostenta unos derechos y privilegios especiales por el mero hecho de pertenecer a dicha especie. Sin embargo, no todos los defensores de la ética discursiva estarían de acuerdo con este alegato, en este sentido, Adela Cortina (2009: 186) advierte que: «La especie humana no es una familia en modo alguno», este argumento no es válido para justificar la protección de los individuos de nuestra especie, y añade:

«No se trata de que la comunidad humana sea una gran familia que debe proteger a sus miembros, por mucho que aluda a ello la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 en su preámbulo. Y en este sentido creo que lleva razón Singer cuando considera insatisfactorio ese argumento según el cual de la misma manera que los padres tienen una obligación especial de cuidar de sus hijos antes que a los extraños, tenemos una obligación especial con los miembros de nuestra especie con preferencia a los de otras especies, porque somos como una gran familia.» Cortina (2009: 186).

En este sentido, Adela Cortina, continua diciendo que la norma de la especie¹¹⁰ no funciona como una suerte de ley natural, sino que es la base natural frente a la cual valoramos aquellas capacidades que nos parecen irrenunciables para llevar adelante una vida buena y por ello tenemos un motivo moral para ayudar a desarrollarlas. Además, la comunidad moral humana alcanza los límites de la especie humana. No dañar y cuidar a los que necesitan cuidado y empoderar a todos son las claves de esta comunidad, que hay que reforzar y no difuminar. Los seres humanos, los animales y la naturaleza merecen consideración moral, aunque de distinto rango. Entendiéndose por “consideración moral” que no se les puede dañar impunemente, si no hay razones poderosas para hacerlo. Los animales no humanos, por su parte, forman sus propias comunidades, en las que desarrollan las capacidades que les son propias.

El problema moral sobre la inclusión o exclusión de aquellos seres humanos que carecen de autonomía, de capacidad de razonamiento, de reconocer la dignidad y vulnerabilidad propia y de los demás, en definitiva, de las características propias de una persona perteneciente a la comunidad moral, queda pendiente de resolver y dependerá de la corriente ética a la que apelemos para justificar nuestra posición ante

¹¹⁰ Adela Cortina desarrolla este concepto en *Las fronteras de la persona* (pp.154-158).

el problema. Además, también dependerá, en cierto sentido, de la importancia que otorguemos a la autonomía de un ser humano. De todas formas, lo que sí se puede afirmar, teniendo en cuenta las diferentes concepciones que sobre el término “autonomía” se manejan, es que no todos los seres humanos son autónomos, al menos en todo momento y en todas las fases de la vida. Así, por ejemplo, un niño recién nacido no es autónomo, como tampoco lo es un paciente en coma, que carece totalmente de autonomía, tanto de la voluntad, como de pensamiento, como de acción. Aunque de esto no se sigue que sea lícito acabar con la vida de un recién nacido.

Otro aspecto a tener en cuenta es el hecho de que, dependiendo de la cultura, se tendrá más o menos en cuenta el principio de autonomía en la toma de decisiones bioéticas. Bien es sabido que en los países de tradición anglosajona se da prioridad a la autonomía del individuo, mientras que en los países mediterráneos e iberoamericanos priman valores como la familia sobre los valores individuales. Es muy importante resaltar este factor, ya que cuenta con el añadido de los valores de una tradición católica fuertemente arraigada en el Mediterráneo y, por ende, en Iberoamérica. Este es un tema muy recurrente en el debate de la Bioética, tanto es así que se llega a hablar de una Bioética angloamericana, una Bioética europea y una Bioética latina, como se plantea Adela Cortina en su artículo *¿Existe una Bioética latina?* (López de la Vieja, 2005).

Para terminar este apartado sobre la autonomía de los seres humanos, hemos de decir que, a pesar de todas estas consideraciones, el individuo no está solo, sino que se encuentra inmerso en un constructo social, con unas estructuras sociales y unas instituciones con las cuales interacciona constantemente; es decir, que el individuo se hace dentro de unas relaciones sociales y no aislado. Teniendo en cuenta lo anterior, y dependiendo de cada cultura y de cada corriente ética, tendremos distintos conceptos de un mismo valor; es difícil defender una teoría que sostenga la existencia de una jerarquía de principios en la que uno de ellos esté siempre y en todo lugar por encima de los demás. Por ello, consideramos que los cuatro principios de la bioética, comúnmente aceptados (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia) se encuentran, *a priori*, en un mismo nivel y que su importancia o trascendencia dependerá de las circunstancias. Si tuviésemos que considerar unos

principios como prioritarios sobre los demás, diríamos que el primero sería el de no maleficencia, el segundo el de justicia, y el tercero y cuarto, el de autonomía y beneficencia. Sin embargo, consideramos que, dependiendo del caso, se debe estudiar qué principio o qué principios deben prevalecer sobre los demás, pero no se debe establecer como algo universal que un principio deba estar indefectiblemente por encima del resto, sea cual sea el caso. Sobre esta cuestión ya hemos expuesto las diferentes posturas que tratan el asunto, desde Beauchamp y Childress hasta Diego Gracia, pasando por otros expertos que mantienen una u otra posición al respecto. No obstante, no es un tema cerrado y que demos por zanjado; a lo largo de este trabajo volveremos a incidir en esta cuestión, ya que es fundamental a la hora de tomar decisiones en casos reales concretos y, por ende a la hora de posicionarnos en el tema central de esta tesis.

II.3.3.3.4. Argumento del mejor interés.

Tradicionalmente, se ha considerado que la decisión que se tome con respecto a la vida o la muerte de un niño recién nacido con discapacidad severa debería estar fundamentada en “sus mejores intereses”. Sin embargo, para Kuhse y Singer (2003: 312) este enfoque está mal orientado, ya que hay que tener en cuenta otros factores tales como los intereses de los padres y de los hijos que ya existen.

Estos autores consideran injusto que los intereses de un infante gravemente discapacitado primen sobre los intereses de las demás personas sanas que le rodean, como por ejemplo sus padres, sus hermanos, abuelos y demás familiares cercanos. Si se le confiere prioridad a dicho interés del infante, descartando los intereses de los demás, esto sería incompatible con el principio de igual consideración de los intereses de todos aquellos a los que afectan nuestras decisiones – y este principio es fundamental para la ética (Singer, 1979: cap.2).

Con respecto a esto, Singer considera que hay otro interés a tener en cuenta, que no es otro que el interés del “siguiente hijo en la cola”. La mayor parte de las parejas que tienen un hijo gravemente enfermo y que no puede valerse por sí mismo, centran toda su atención y esfuerzos en él y no les queda tiempo ni ganas de pensar en tener otro hijo posteriormente.

Este argumento del “próximo hijo” fue utilizado por Hare (1976) de la forma siguiente: supongamos que una pareja tiene planeado tener dos hijos, así que la mujer queda embarazada y tiene su primer hijo sin problemas. Después de concebir el primero, la mujer queda embarazada por segunda vez. Durante este segundo embarazo el pediatra de la pareja les informa que el feto que esperan viene aquejado de una grave enfermedad, con el consiguiente riesgo de que si el embarazo sigue su curso y el bebé llega a nacer, la pareja ya no podrá tener más hijos en el futuro. Por el contrario, si abortan, la pareja podrá intentar tener su segundo hijo con una probabilidad bastante alta de que nazca sano. Hare considera que la mejor solución en este caso es optar por el aborto, teniendo en cuenta los intereses de los padres y del hijo futuro, que únicamente podría llegar a existir si muere el feto enfermo que actualmente está en el vientre de su madre.

Singer y Kuhse (2003: 312) llegan aún más lejos y argumentan que lo mismo que se dice del aborto puede ser dicho para el infanticidio, es decir, que este argumento del mejor interés para el niño futuro o siguiente, es igualmente válido y aplicable a niños ya nacidos con discapacidades severas. En la opinión de estos autores, el infanticidio de infantes gravemente discapacitados está justificado si se tienen en cuenta sendos aspectos: que sea en el mejor interés del niño futuro y que evitemos el daño y sufrimiento que debemos infligir al infante actual enfermo al aplicar medidas desproporcionadas para alargar su penosa vida.

Este argumento lo desarrollaremos más adelante, en el apartado II.3.3.3.11.5.4, dedicado a Hare y los intereses del próximo hijo en la cola. Por nuestra parte, consideramos que el argumento del próximo hijo en la cola es válido para defender una postura a favor del aborto y del infanticidio, pero no como un argumento único, ni tan siquiera como un argumento principal o de peso. Nosotros lo utilizaremos como condicionante en un grado mínimo (5%) a la hora de tomar decisiones sobre si mantener o no la vida de un neonato gravemente enfermo, en el apartado 5 (Recomendaciones) del capítulo IV (Propuesta de protocolo de actuación. Guía práctica clínica para profesionales en neonatología) de esta tesis. En este apartado también tendremos en cuenta el mejor interés del niño (15%); el de su familia (10%) y el de la sociedad en general (10%).

II.3.3.3.5. Doctrina de los actos y omisiones.

Básicamente, la doctrina o teoría de los actos y las omisiones se reduce principalmente a la discusión sobre la relevancia moral de la distinción entre matar (si Pedro apuñala a Juan y éste fallece, entonces podemos afirmar que Pedro ha matado a Juan) y dejar morir (si Antonio no hace nada por salvar a Francisco, entonces Antonio ha dejado morir a Francisco).

Pero si profundizamos más en esta distinción podemos, cuanto menos, reflexionar sobre ello y, llevándola al plano de la Bioética, podríamos hacernos una pregunta: ¿Es moralmente diferente matar a alguien realizando un acto (activamente), que poner fin a una vida al no proporcionar el tratamiento necesario para mantenerla (pasivamente)? Esta pregunta puede tener tres posibles respuestas:

a) Que las acciones son peores, moralmente hablando, que las omisiones.

Si consideramos que el mejor interés de una persona es mantenerse con vida, y así es por norma general cuando se trata de una persona sana, nos veremos obligados a decir que «Pedro mata a Juan» es peor moralmente que «Antonio deja morir a Francisco», es decir que Pedro actúa peor moralmente hablando que Antonio.

En nuestra sociedad está peor vista la acción de matar a alguien que la inacción o la pasividad de dejar morir a alguien. Con respecto a la eutanasia, está peor vista la eutanasia activa que la pasiva. Ya que la eutanasia activa implica una acción, la de suministrar un fármaco al paciente con el objetivo de acabar con su vida, mientras que la eutanasia pasiva consistiría en dejar morir al paciente, sin administrarle ninguna sustancia que le ocasione la muerte. El juicio moral que muchos emiten sobre la eutanasia activa y la pasiva descansa, pues, en último término, en una supuesta diferencia moral entre el acto de matar y la omisión consistente en dejar morir.

b) Que las omisiones son peores, moralmente hablando, que las acciones.

En el caso de la eutanasia, y más concretamente en el de la eutanasia precoz, que es el que nos atañe en este trabajo, hay un factor que no se ha tenido en cuenta hasta ahora en este debate y que deberíamos agregar, y es que, en ciertas ocasiones y bajo ciertas circunstancias, la omisión perjudica o menoscaba el mejor interés de un ser humano. En estos casos extremos, el mejor interés es morir, por lo tanto, en estos

casos, Pedro que mata a Juan está obrando mejor moralmente que Antonio que deja morir a Francisco, ya que Pedro estará beneficiando más positivamente a Juan que Antonio a Francisco.

Con respecto a este inciso, Singer y Kuhse (2003: 313) consideran que una vez tomada la decisión de no prolongar la vida del paciente «es mejor adelantar su muerte que esperar a que la naturaleza siga su curso, con frecuencia cruel» y para justificar su postura exponen el caso de Stephanie¹¹¹.

c) Que no existe diferencia moral significativa puesto que la consecuencia es la misma: la muerte del ser humano en cuestión.

Desde un punto de vista consecuencialista no hay diferencia moral alguna entre matar y dejar morir. En el caso de un recién nacido con una grave discapacidad no hay diferencia moral alguna entre dejarle morir, retirándole el soporte vital o administrarle una inyección letal para acelerar su muerte.

En este sentido, y con respecto a la cuestión de la eutanasia, Helga Kuhse y Peter Singer (1985: 133) afirman que: “tanto la omisión como la acción de matar a alguien tienen la misma consecuencia: que no existirá una persona que, de otro modo, hubiera tenido una vida digna. Es decir, que la persona que existe actualmente dejará de existir, con todo lo que conlleva su existencia. Si la acción de matar no viola un derecho a vivir actualmente, y se dice que es inmoral sólo porque la persona dejará de existir, ¿por qué la acción es peor que la omisión?, ¿por qué matar es peor que dejar morir? Sólo podríamos considerarlo peor si un acto tuviese peores consecuencias que una omisión.” Pero como la consecuencia es la misma, matar no es peor que dejar morir, de hecho no hay diferencia moralmente hablando, al menos desde el punto de vista de una ética teleológica como lo es el utilitarismo, y de sus seguidores, para los que no hay lugar a duda.

Desde la perspectiva de las éticas deontológicas, la cosa ya cambia y no está tan clara la distinción entre matar y dejar morir, ya que se tiene que tomar en cuenta

¹¹¹ Stephanie Christopher vino al mundo con sólo treinta semanas de gestación y afectada de epidermolisis bullosa, una enfermedad que le producía una proliferación irreparable de ampollas en la piel externa así como en la boca y el esófago. El irreversible proceso se desarrolló hasta hacer de la niña, en sólo dos meses, una "víctima ardiente que se incendiaba cada día y que recibía oxígeno a través de una mascarilla colocada cerca de su cara al tiempo que se le suministraba morfina para calmar los dolores y naloxona para contrarrestar los efectos de la intoxicación opiácea. Kuhse, H. y Singer, P. "Should All Seriously Disabled Infants live?" en Singer (2002: 234).

la acción en sí (o la omisión en sí) y analizar si dicha acción u omisión se adecua al deber, independientemente de las consecuencias.

Glover, Kuhse y Singer, son de la opinión (que nosotros no compartimos en este caso) de que esta doctrina es utilizada por aquellos teóricos pro vida, de fundamentación puramente religiosa, para saltarse de soslayo el principio de santidad de la vida humana, haciendo esa distinción entre matar y dejar morir.

Nosotros consideramos, en la línea de Margarita Valdés (2006), que la distinción entre matar y dejar morir no determina el carácter moral de todas las acciones u omisiones, sino que dependerá de cada caso. Hay casos en los que matar y dejar morir serán igualmente reprobables y habrá otros casos en los que matar y dejar morir sean igualmente loables. Habrá casos en los que matar sea moralmente preferible a dejar morir, es decir que habrá casos en los que la eutanasia activa sea moralmente preferible a la pasiva, así como también habrá casos en los que dejar morir sea moralmente reprobable, es decir, que habrá casos de eutanasia pasiva que resulten moralmente reprobables. «Nuestro juicio moral sobre la eutanasia activa voluntaria debe, pues, hacerse tomando en cuenta otros principios éticos y no sólo la tan traída y llevada distinción entre matar y dejar morir que, como hemos visto, no es moralmente determinante» (Valdés, 2006).

En este sentido, apostamos por el método casuístico, es decir, por el estudio pormenorizado de cada caso y atendiendo a las consecuencias, o sea, al beneficio o perjuicio ocasionado por la acción o la omisión.

II.3.3.3.6. Argumento de la pendiente resbaladiza.

La pendiente resbaladiza es un argumento consecuencialista muy recurrente para aquellos que no quieren la aprobación de una norma. Básicamente consiste en sugerir que si se permite una situación A, se iniciará una cadena de situaciones (B, C, D, ...) que finalizarán en una situación posterior no deseada, sin establecer ni cuantificar las contingencias relevantes. Una vez iniciado el descenso por dicha pendiente será imposible parar o romper la cadena de contingencias hasta llegar a la situación final, que siempre es negativa.

El argumento de la pendiente resbaladiza tiene también otros nombres y derivados. El término pendiente resbaladiza es la traducción de la expresión inglesa

slippery slope. También se utiliza mucho la expresión “plano inclinado” para designar la misma cosa.

Un argumento similar es el del “efecto dominó”, según el cual, si se colocan de pie todas las fichas de un dominó separadas por una distancia tal que si se inclina la una sobre la otra pueda tocarla, si tiramos la primera ficha sobre la segunda se inicia una reacción en cadena que hace que caigan todas las fichas de dominó hasta la última.

Otras expresiones también utilizadas con frecuencia en la Bioética son el argumento de “cuña” o de la “delgada punta de la cuña”, del inglés *wedge* o *the thin edge of the wedge*, utilizado, entre otros por Childress (en Childress y Macquarrie, 1986: 656-657). Es una metáfora que quiere decir que si se consigue meter la delgada punta de una cuña entre dos superficies, al final podrá entrar la cuña entera. Así que si no se desea un efecto determinado, hay que evitar la primera acción, que sería meter la delgada punta de la cuña.

Otra metáfora empleada por algunos autores como Pellegrino (1992: 100) o Aramini (2003: 86) es la de abrir una “brecha en un dique” que viene a decir que si permitimos una brecha en un dique que contiene el agua del mar o de un embalse, debido a la presión del agua, la grieta se hará cada vez mayor y al final se romperá el dique, siendo imposible detener la inundación y la catastrófica situación derivada de dicho desastre.

Otros términos o expresiones utilizadas a tal efecto son cruzar o traspasar la línea, poner el pie en la puerta, la fuerza de la gravedad, etc., todas estas expresiones son utilizadas para exponer lo mismo que la pendiente resbaladiza.

Aplicado al campo de la Ética médica, el de la pendiente resbaladiza es un argumento comúnmente utilizado por los detractores del aborto, la eutanasia y el infanticidio alegando que si se permite la eutanasia voluntaria a petición del enfermo, comenzaremos a resbalar por una pendiente que desembocará en su aplicación con cualquier ser humano que no cumpla con unos estándares médicos, o que resulte molesto, o represente una carga para la sociedad, como por ejemplo personas mayores con demencia senil, con alzheimer, personas adultas con síndrome de Down, enfermos con SIDA, incluso personas que padezcan una depresión, o no se sientan a gusto consigo mismas. En el caso del infanticidio viene a decir que si se

permite la muerte de recién nacidos gravemente enfermos, sin posibilidad alguna de sobrevivir, con una pésima calidad de vida, soportando fuertes dolores, después se permitirá la muerte de niños no tan graves, y así sucesivamente hasta llegar a matar niños por el mero hecho de no ser deseados, o por su color de pelo o de sus ojos.

II.3.3.3.6.1. Formulaciones de la pendiente resbaladiza.

Fundamentalmente se establecen dos formulaciones, una dinámica y otra estática:

a) La forma clásica, que consiste en afirmar que si hacemos un movimiento en una dirección determinada, comenzaremos a deslizarnos peligrosamente hacia abajo por una pendiente que resbala y no podremos detenernos hasta llegar a un fatídico final.

b) Hay otra forma más estática de presentar el argumento que consiste en suponer que si permitimos la situación A, entonces sentaremos un precedente que nos llevará irremisiblemente a permitir la situación B, una vez que se da B nos llevará a C, y así sucesivamente se irán concatenando situaciones derivadas la una de la otra anterior, siguiendo una cadena de relaciones lógicas. Este argumento puede ser reforzado con la única comprobación de la existencia de dicha cadena de necesidades lógicas o cuantificando las probabilidades relevantes.

Muchas son las obras dedicadas al tema de la pendiente resbaladiza, entre las que cabe destacar:

- Beauchamp y Childress (1989). *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press, 139.

- Childress JF. (1986). "Wedge Argument, Slippery Slope Argument, etc". en Childress, J.F. y Macquarrie, J. *A New Dictionary of Christian Ethics*. London: Ed SCM Press Ltd., 656-657.

- Higgs R. (1997). Slippery Slope, en Boyd KM, Higgs R, Pinching AJ. *The New Dictionary of Medical Ethics*, London: Ed. British Medical Journal. 239.

- Lamb, D. (1988) *Down the Slippery Slope. Arguing in Applied Ethics*. London: Croom Helm.

- Reich, WT. (1978). *Encyclopedia of Bioethics*. New York: Macmillan.

- Van der Burg W. (1998). Slippery Slope Arguments, en R Chadwick (dir). *Enciclopedia of Applied Ethics*. Ed. Academic Press. San Diego. 129-142.

- Vega Gutiérrez, J. (2005). *La Pendiente Resbaladiza en la eutanasia. Una valoración moral*. Tesis doctoral. Roma. Facultad de Teología de la Universidad de la Santa Cruz.

- Williams, B. (1985). Which Slopes Are Slippery?, en Lockwood, M. *Moral dilemmas in modern medicine*, Oxford: Oxford University Press, 126-37.

Pero, con respecto a la eutanasia aplicada a niños con severas malformaciones genéticas, podemos encontrar infinidad de artículos en diversos medios de comunicación, como el publicado el 25 de octubre de 2013 en la revista digital “medicosypacientes.com” por el Dr. Marcos Gómez Sancho, presidente de la Comisión Central Deontológica de la OMC, que lleva por título: *La pendiente resbaladiza y la eutanasia infantil*. A raíz de la aprobación de la eutanasia infantil en Bélgica en febrero de 2014, aún son más los artículos que abordan este asunto, aunque me gustaría destacar la tesis de Trombotto, G.T., (2010). Todos estos trabajos recurren al argumento de la pendiente resbaladiza para oponerse a la legalización o regulación de la eutanasia porque entienden que, siguiendo por esa pendiente, la sociedad acabará por permitir y aceptar la eutanasia con fines eugenésicos, es decir, que al final de la pendiente, cualquier progenitor podrá acabar con la vida de su hijo por mero capricho o por simple apetencia, o porque ha salido moreno en vez de rubio, sin tener que rendir cuentas a la justicia. Y no sólo eso, sino que llegará el día en el que cualquier persona podrá optar por quitar la vida de sus progenitores tan sólo por suponer que estos son una molestia para ellos. Para ello utilizan el argumento de la siguiente forma (Trombotto, 2010: 6-8):

a) Inicio de la «pendiente resbaladiza»:

Paso A: Aprobación de la Ley 1044 de la Ciudad de Buenos Aires del año 2003, la cual autoriza la interrupción del embarazo por causa eugenésica cuando se cumplen los siguientes requisitos:

1- Un diagnóstico y un pronóstico ciertos de malformaciones incompatibles con la vida, y la confirmación por otro médico.

2- Procedimiento realizado a las 24 semanas de gestación, considerado al límite de la viabilidad.

3- Conformidad de los padres.

b) Descenso por la Pendiente:

Paso B: Se vulnera el requisito 1: Se permite en los casos no incompatibles con la vida con tratamiento médico- quirúrgico, tales como espina bífida¹¹², prune belly, gastrosquisis, onfalocele, síndrome de Down. Se justifica por motivos de escasa calidad de vida, sentimiento de ser una carga económica, sufrimiento psicológico de los padres, etc.

Paso C: Se vulnera el requisito 2: Se produce la interrupción del embarazo antes de las 24 semanas o sea antes de la viabilidad, por lo que figura como aborto, se considera material descartable, y por lo tanto no se consigna presencia y descripción de las malformaciones congénitas.

Paso D: Se produce en la ciudad de Buenos Aires y en toda la República Argentina debido a la amplia difusión de la ley 1044 a partir del año 2003, una aparente disminución de recién nacidos vivos con malformaciones congénitas, ya que al ser detectadas por ecografía prenatal los niños afectados son eliminados.

Todo esto produce un retraso o ausencia en el desarrollo de la Medicina Preventiva ya que no se realiza investigación, detección y prevención de factores etiológicos ambientales teratogénicos, químicos o biológicos, productores de malformaciones congénitas. Debido a la falta casi total de controles y reglamentaciones adecuadas sobre los agentes ambientales tóxicos que se utilizan permanentemente, seguramente sigue aumentando la incidencia de las malformaciones congénitas, pero este hecho jamás podrá quedar documentado ya que se borran las pruebas del delito.

Paso E: Estos mismos agentes ambientales tóxicos productores de malformaciones congénitas afectan más tardíamente a niños y adultos dando mayor

¹¹² La espina bífida resulta del cierre incompleto del tubo neural en la región no-cefálica. Su causa permanece oscura, aunque hay un aspecto hereditario distinto. La condición debe ser detectada en el embarazo por una alfa-fetoproteína sacada del suero materno. Cfr. Dictionary of Genetics and Cell Biology, p. 370.

prevalencia de enfermedades como cáncer, leucemias y otras graves enfermedades, provocando enormes costos económicos en salud.

Se expone así el argumento de la «pendiente resbaladiza» en la eutanasia y la eugenesia de las malformaciones congénitas, exponiendo cómo a partir de la puesta en vigencia de una ley se van vulnerando restricciones que llevan a una concatenación de consecuencias negativas.

Así es como la doctora Gladys Teresa Trombotto utiliza el argumento de la pendiente resbaladiza para justificar su oposición a la Ley 1044 que autoriza el aborto, y que va en la misma línea que el padre de la Bioética - Van Rensselaer Potter - quien en su concepción de Bioética Global (1988: 489) advierte que el ser humano, si no reconoce y subsana los errores ecológicos cometidos, se juega nada más y nada menos que su supervivencia, por lo que propone a la Bioética como un puente salvador hacia el futuro (Potter, 1971) donde reflexiona y se pregunta si la humanidad será capaz de construir dicho puente y evitar deslizarse por una pendiente resbaladiza hacia un precipicio aterrador.

II.3.3.3.6.2. La falacia del argumento de la pendiente resbaladiza.

Para ser más exactos y justos a la hora de considerar el argumento de la pendiente resbaladiza, huelga decir que el argumento en sí no es una falacia como tal, ya que no es falaz la cadena de implicaciones causales, es decir, que un elemento se relacione con otro y éste con un tercero, y así sucesivamente, de manera que el primer elemento se relacione necesariamente con el último, y ello mediante una constante lógica que conecte las proposiciones entre sí. Esto, aunque difícilmente, podría ocurrir. Lo que constituye una falacia es el error de establecer los hechos en dicha cadena y en el exceso de las transiciones de las implicaciones que son apreciadas de forma intuitiva. La falacia consiste en suponer que A conduce a B necesariamente, de la misma forma que B a C,... Y a Z, concluyendo que A implica irremediablemente Z. A priori podríamos afirmar que el argumento es válido, pero sólo si las premisas fueran hechos contrastables, el argumento sería formalmente válido, pero cada una de dichas contingencias necesita haber sido establecida en los hechos para que pueda resultar una conclusión relevante. Es posible que A nos lleve

irremediamente a Z, pero lo que no es necesariamente cierto es que se dé toda la cadena causal, a veces, ni tan siquiera es probable y en eso consiste la falacia de la pendiente resbaladiza.

Para que el argumento de la pendiente resbaladiza no sea falaz, deben considerarse ciertas las consecuencias, que no siempre lo son, ni tan siquiera son seguras o probables en ciertas ocasiones. Esta falacia tiene su caldo de cultivo en el miedo que causa a la sociedad el “posible” resultado final que siempre se anuncia como nefasto, y aprovechando esta circunstancia se introducen algunas contingencias o relaciones causales que si fueran objeto de estudio, podrían ser refutables. Así se parte de una premisa que ya cuenta con la oscura sombra de su última consecuencia para anunciar a aquellos que escuchen el argumento que, si se aprueba o permite la primera premisa A, se producirán unas consecuencias horribles de forma irremediable.

Los ejemplos más conocidos de los que esgrimen este argumento son el de la legalización de las armas de fuego y de la marihuana: se parte de la premisa de legalizar la marihuana, de ahí se sigue que todo el mundo la consumiría, de lo cual se sigue que todo el mundo se haría adicto a ella y ello conllevaría una adicción a drogas cada vez más fuertes, por lo que en breve toda la población sería adicta a las drogas, concluyendo con la mortalidad de la mayor parte de la población, una sociedad incapaz de gobernarse y gestionarse, en definitiva el caos total.

Aplicado al infanticidio, se parte de la premisa de legalizar el infanticidio bajo ciertas circunstancias muy estrictas, atendiendo a ciertos supuestos, de ahí se sigue que todo aquel que cumple con los requisitos optaría por el infanticidio, posteriormente se ampliaría a más supuestos, de donde se sigue que cada vez sería más fácil practicar el infanticidio, hasta el punto de que se eliminarían los supuestos y todo el mundo optaría por el infanticidio, por el motivo que fuera; una vez legalizado el infanticidio, todos los padres abusarían de esta práctica por cualquier motivo o por un simple deseo, o porque no cumple con sus expectativas, porque esperaban un hijo con el pelo rubio y ha salido moreno, o porque lo querían más guapo y es más feo de lo esperado. En este caso la falacia no es el argumento de la pendiente resbaladiza, sino establecer los hechos en la cadena y en el exceso de las transiciones de las implicaciones que son apreciadas de forma intuitiva; legalizar la

eutanasia precoz aplicada a niños con graves enfermedades sin esperanza de vida y que sufren dolores insoportables, no lleva irremediablemente a la aplicación del infanticidio generalizado en una sociedad concreta: en eso consistiría la falacia.

II.3.3.3.7. Argumento del doble efecto y del mal menor.

La doctrina del doble efecto debe su nombre a los efectos simultáneos que pueden originarse de un único acto, de forma que al llevar a cabo una acción podríamos conseguir al mismo tiempo un efecto útil o deseado y otro dañino o no deseado. Esta doctrina tiene su origen en el siglo XIII con la *Summa Theologiae*, escrita por Santo Tomás entre 1265 y 1274, pero fue desarrollada posteriormente por otros teólogos en los siglos posteriores. Cabe decir que, aunque aquí lo desarrollaremos breve y superficialmente, hay multitud de libros, artículos, ensayos, e incluso tesis doctorales sobre este tema.

Esta doctrina se fundamenta en el principio que lleva su mismo nombre y que consiste en distinguir las acciones llevadas a cabo voluntariamente de forma directa o indirecta. El principio recoge algunos de los elementos centrales de la doctrina tomista sobre el acto humano y la responsabilidad moral. En particular, se basa en la relevancia de la distinción entre voluntariedad directa y voluntariedad indirecta (Miranda, 2008: 485-519).

Aunque el efecto es el mismo (un resultado moralmente reprochable, indeseado o punible), se valorará éticamente correcta aquella acción llevada a cabo por el agente de forma voluntaria, pero indirecta. Si el efecto final conseguido es un mal, lo que el agente buscaba al llevar a cabo su acción no era directamente el mal, sino conseguir un bien o un mal menor. Por consiguiente, cuando lo que se persigue es hacer un bien, causando un mal, se considera justificado, permitido o eximido de culpa, por *mor* del argumento, cuando se cumplen cuatro condiciones, atendiendo a la causalidad. En este sentido, Miranda (2008: 485-519) asegura que la formulación hoy clásica del principio del doble efecto es obra del teólogo moralista Jean-Pierre Gury, quien la expone en la primera edición de su *Compendium theologiae moralis*, en los siguientes términos:

«Es lícito poner una causa dirigida a un efecto bueno, aunque de ella se siga un efecto malo, cuando se cumplen las siguientes condiciones, a saber: 1.º, que el fin del agente sea honesto; 2.º, que la causa sea en sí misma buena o al menos indiferente; 3.º, que el efecto bueno se siga de la causa [al menos] con igual inmediatez que el malo; 4.º, que el efecto bueno al menos compense al malo»¹¹³.

Lo cual quiere decir:

1- Que la intención del agente sea moralmente correcta (que no esté buscando directamente el efecto, sino que este sea una consecuencia ineludible de la acción emprendida) equivale a decir que la intención debe ser buena y excluye (no desea, pero lo tolera) el efecto malo que se seguirá de la acción.

2- Que la acción (o la decisión) sea buena o indiferente en sí misma, es lo mismo que decir que no sea moralmente mala en sí.

3- Que el efecto resulte de la acción causante de forma inmediata y que el bien perseguido tenga la misma inmediatez que el mal logrado. Se intenta excluir que la consecuencia mala sea un medio para el fin que se pretende; si esa consecuencia mala fuera un medio, seguiría a la acción de modo más próximo que el fin; por tanto, con esta regla, se elimina la posibilidad de obrar el mal para conseguir el bien. Como los medios son fines intermedios, objeto de la intención del sujeto que actúa, esta regla se encuentra incluida en la obligación de que la intención sea buena.

4- Que el agente haya sido movido a realizar esa acción por una buena causa, y la lleve a cabo de forma proporcionada al efecto que va a conseguir equivale a lo que afirmaba Santo Tomás con respecto a los efectos tolerados: que deben guardar proporción con lo que se intenta, ya que lo intentado es, además de objeto de la intención, un efecto de la acción. Debe existir una razón proporcionalmente grave para aceptar el acto. Es decir, el beneficio que se espera obtener debe ser lo suficientemente serio como para justificar la puesta en marcha de una acción que traerá alguna consecuencia negativa (y menos negativa que el resultado bueno que se espera conseguir).

¹¹³ "Licet ponere causam ad bonum effectum, quamvis ex ea sequatur effectus malus, si adsint sequentes conditiones: scilicet: 1.º Si finis agentis sit honestus; 2.º si causa sit in se bona, vel indifferens; 3.º si bonus effectus aequè immediate ac malus ex causa sequatur; 4.º si bonus effectus malum saltem compenset" (Gury, 1850: 5).

Estas cuatro reglas, o condiciones, constituyen el fundamento del llamado principio de la acción de doble efecto.¹¹⁴

En el caso de que estas cuatro condiciones se den a la vez, se puede actuar como estaba establecido y al sujeto no se le imputa el segundo efecto, es decir el mal que se sigue, pues el efecto bueno justifica por sí mismo el que se ejecute una acción que lleva implícito un efecto malo, previsto pero no deseado.

Así justificaba Tomás de Aquino en la *Suma Teológica* el acabar con la vida de alguien que nos atacara para salvar la propia. Nosotros no queríamos matar al que nos atacó pero, si es una consecuencia necesaria de nuestra defensa, está justificada, nuestro objetivo no era otro que salvar la vida. Por lo tanto, matar en defensa propia no es un acto inmoral.

Bajo el prisma de este principio, no todas las acciones que causen daño son moralmente malas, ya que hay circunstancias que hacen que un daño sea permitido en aras de un bien mayor.

En conflictos armados suele utilizarse una expresión parecida a la del doble efecto, que es la de “daños colaterales” para justificar la muerte de civiles inocentes cuando se realiza una operación militar, por ejemplo un bombardeo, lanzamiento de misiles, etc. En estos casos el fin que se persigue es acabar con el objetivo (un terrorista, un grupo armado o un arsenal del bando enemigo) pero los daños colaterales son la muerte de niños, mujeres y civiles inocentes, ajenos al conflicto que tienen la mala suerte de andar por allí en ese momento. Un mal menor se ha producido matando un número de mujeres y niños inocentes, pero se ha logrado evitar un mal mayor, que ha sido impedir la muerte de millones de personas.

En medicina, se habla de efectos secundarios; la mayoría de los medicamentos los tienen, es posible que un medicamento te cure una patología pero tenga efectos secundarios como la somnolencia, diarrea, mareo, etc.

Los defensores de este principio consideran que es un principio válido en la práctica clínica y el debate de la bioética, ya que muchas veces los profesionales de la salud se ven envueltos en tomas de decisión difíciles, porque atañen directamente a la vida humana, y a veces deben tomar una decisión cuya consecuencia no sea un

¹¹⁴ Para un estudio más exhaustivo de esta cuestión, consultar también: Tomás de Aquino (1989) (especialmente: I-II, q. 73, a. 8, c; q. 76, a. 4, c.; q. 6, a. 3, c; q. 77, a. 7, c; q. 79, a. 1, c); Gury, J.P. (1866); Miranda (2008: 485-519), Pardo (2008: 102-3).

bien y un mal, sino que sea dos males, en donde tienen que elegir el mal menor; por ello, a la persona que debe tomar la decisión y que tiene ese margen de error tan pequeño, no se le puede considerar éticamente culpable, pues lo que persigue no es el mal, sino el bien, o en algunos casos el mal menor.

Generalmente, la doctrina, argumento o teoría del doble efecto es utilizada por aquellas personas que tienen unas creencias religiosas o morales que chocan con la realidad que tienen que vivir, por ejemplo sacerdotes que se encuentran ante familias con escasos recursos a las que no pueden pedirles que traigan más hijos al mundo, sino que opten por los anticonceptivos y el aborto, aunque éste sea pecado y vaya contra los principios de su religión, pero en aras de lo que ahora se denomina “paternidad responsable”; o profesionales de la salud que se encuentran ante el dilema de poner fin a la vida de un paciente de extrema gravedad y en situación irreversible que sufre dolores insoportables y el principio de salvaguardar la vida humana a toda costa. En estos casos, el médico puede suministrar una dosis de morfina cada vez mayor a un enfermo de cáncer en fase terminal con la finalidad de aliviar su dolor, aunque la consecuencia sea la muerte. También ocurre con algunos jueces que, moralmente no pueden condenar a un médico por haber acertado el sufrimiento de un paciente que lo necesitaba imperativamente, es decir, por haber actuado correctamente y en beneficio del paciente, de sus familiares y de la sociedad en su conjunto. La teoría del doble efecto hace lícita una acción que persigue un fin legítimo (atenuar el dolor) aunque el resultado que cause, como consecuencia inevitable, sea ilegítimo (acortar la vida y llegar a causar la muerte del paciente).

Algunos autores de corte utilitarista, como por ejemplo Jonathan Glover (1977: 155) sostienen que la creencia en que la vida humana es sagrada se combina normalmente con la doctrina del doble efecto, el argumento de los actos y omisiones, o algún otro de características similares, para eludir la obligación impuesta por ciertas creencias religiosas de adoptar todas las medidas a nuestro alcance con el objeto de salvar tantas vidas como sea posible. A veces, los defensores de esta creencia se ven obligados a justificar acciones contradictorias con su forma de pensar, por lo que han recurrido a doctrinas que justifican dichas acciones en casos determinados. Consecuentemente, anima a sus lectores a dejar de lado la doctrina de

la santidad de la vida, la doctrina de los actos y omisiones, y la doctrina del doble efecto.

En opinión de Miranda (2008: 485-519), el principio del doble efecto, como regla que compendia la relevancia de la distinción entre lo voluntario directo y lo voluntario indirecto, es un principio de razonamiento práctico, filosóficamente fundado, que provee criterios adecuados para evaluar la responsabilidad de un agente en casos de acciones que, junto con producir efectos positivos, producen también efectos negativos.

Por nuestra parte, llegamos a la conclusión de que al examinar moralmente una acción (o una decisión que afecte a una o más vidas humanas) debemos tener en cuenta, no sólo el fin y las circunstancias, sino que debemos considerar también la intención y la proporción de los efectos permitidos.

Creemos que donde más dificultades puede tener esta doctrina es en la segunda regla o condición para que sea lícito poner una causa dirigida a un efecto bueno, aunque de ella se siga un efecto malo. Esta segunda condición, como ya hemos visto anteriormente, reza: “que la acción sea buena o indiferente en sí misma, es decir, que no sea moralmente mala en sí”. Y puede tener problemas porque pueden existir discrepancias en cuanto a lo que es bueno o indiferente en sí mismo. Por ejemplo: mientras que la guerra es buena, indiferente o puede ser justificada por algunos, otros consideran que la guerra no tiene justificación moral alguna. En este sentido, sitiar una ciudad o bombardearla para lograr la rendición de un grupo insurgente puede ser considerado como un mal menor para algunos y una catástrofe humanitaria para otros. O en el caso del aborto, la eutanasia o el infanticidio, puede ser considerado como un mal menor por algunos o moralmente malo por otros. Obviamente, esta posición no será compartida por mucha gente, lo que daría lugar un debate interminable sobre lo que es bueno en sí y lo que no lo es.

Sin embargo, y a pesar de este problema, consideramos que la doctrina del doble efecto puede ser válida en las cuestiones que atañen a la bioética, pero no como una doctrina única con un principio universal e irrefutable que pueda ser esgrimido para justificar cualquier acción supuestamente buena en sí misma, aunque las consecuencias sean nefastas, sino como una herramienta más que puede ser

utilizada de forma racional según las circunstancias del caso concreto que estemos analizando.

II.3.3.3.8. El argumento de la potencialidad.

Este argumento, principalmente, defiende la idea de que existe una realidad cuya finalidad es desarrollarse, dando lugar a un ser humano adulto y por ello abarca positivamente, aunque de una forma todavía potencial, todas las características, virtudes y limitaciones de una persona. De manera que 'X' llegará a ser una persona, siendo 'X' un embrión humano, un cigoto, un óvulo o un espermatozoide, según veremos a continuación. Los defensores de este argumento afirman que a un ser humano no nacido le puede ser atribuido el estatuto de persona, ya que posee todo el potencial necesario para desarrollar el modo de vida propio de un ser humano adulto.

Si hacemos un recorrido por la Historia de la Filosofía podemos encontrar algunos filósofos que han tratado el tema de la potencialidad pero, quizás, los más significativos hayan sido Aristóteles, Santo Tomás, Descartes y Leibniz, que han distinguido entre potencialidad lógica y real, pasiva y activa, subjetiva y objetiva, formal y real; pero no nos detendremos a explicar estas distinciones por no ser demasiado relevantes en el desarrollo de este argumento. Teniendo en cuenta lo anterior, estamos en disposición de afirmar que el origen de este argumento se encuentra en el intento de Aristóteles por explicar el cambio; para ello recurre tanto a la teoría de la sustancia, en la que distingue entre materia y forma, como a una nueva estructura metafísica, en la que distingue dos formas de ser: en acto y en potencia:

«Pero, puesto que “lo que es” se dice, de una parte, el qué, o la cualidad, o la cantidad, y de otra parte, se dice según la potencia y la realización, según la ejecución, hagamos también algunas precisiones acerca de la potencia y la realización, comenzando por la potencia que se denomina tal en su sentido primero, si bien ésta no es muy útil para lo que ahora pretendemos. Y es que la potencia y el acto van más allá de sus significados relacionados exclusivamente con el movimiento».
(Aristóteles, *Metafísica*, libro IX, 1, 1046^a, p. 364ss).

Aristóteles dedica el libro IX de la *Metafísica* al estudio del acto y la potencia. En él viene a decir que los seres corpóreos se componen de acto y potencia

y que en toda sustancia se encuentra un ser en acto, un no-ser absoluto y un no-ser relativo. Acto es lo que un ser actualmente es, mientras que la potencia es lo que puede llegar a ser (una especie de entidad intermedia entre el ser y el no-ser). Por ejemplo: la bellota lo es en acto, pero en potencia es una encina. Un estudiante lo es en acto, pero en potencia es un médico o un matemático. Un árbol lo es en acto, pero en potencia puede ser una escultura o una silla.

En la *Política*, Aristóteles afirma: «Lo que es una cosa cuando está totalmente desarrollada es lo que siempre denominamos su naturaleza, ya se trate de un hombre, un caballo o cualquier otra cosa.» (*Política*, Y 2, 1252b32).

Sin embargo, podemos encontrar distintas interpretaciones de este argumento aristotélico. Así por ejemplo, Harris (1985) distingue dos tipos de dificultades con respecto al argumento de la potencialidad: la primera resulta del siguiente argumento lógico: que el mero hecho de que algo pueda llegar a ser X no es una buena razón para considerarlo ahora como si fuera en realidad actualmente X. Inevitablemente moriremos, pero Harris supone que hay una razón inadecuada para considerarnos ahora como si estuviésemos muertos. Otro ejemplo, a menudo utilizado por los detractores del argumento de la potencialidad es el siguiente: "El Príncipe de Gales tiene la posibilidad de ser el Rey de Inglaterra", pero todavía no lo es y no sabemos si algún día llegará a serlo. Sin embargo, este ejemplo no es relevante contra el argumento de la potencialidad, ya que un rey no es una característica inherente al ser humano, sino que es una condición impuesta desde fuera.

Hay un dilema implícito en el debate sobre el argumento de la potencialidad que consiste en lo siguiente: si atribuimos el carácter de persona solamente a aquellos seres que poseen actualmente, aquí y ahora, las características propias de una persona, entonces, un recién nacido, el que permanece inconsciente, el que duerme, etc. no son personas. Pero si el estatuto de persona depende del potencial actual, entonces ¿por qué no se le concede ese estatuto a los nonatos?, ya que poseen el potencial actual para desarrollar la forma de vida característica de las personas vivas. Para resolver este dilema, asegura Harris, es necesario distinguir, como hiciera Aristóteles, entre disposición habitual¹¹⁵ y potencia, ya que la primera es un atributo

¹¹⁵ En la *Ética a Nicómaco*, Aristóteles hace referencia a este concepto (1139^a 12-13; 1140^a 30-31; 1147^a 18-25). La *phrónesis* es la disposición habitual práctica verdadera y acompañada de razón que

adquirido, por lo que justifica el estatuto de la persona, mientras que la segunda pertenece a la naturaleza de la especie. Por ello adscribimos la capacidad de ser persona al que está dormido (capacidad-activa) pero no al nonato (potencialidad-pasiva), aunque tenga la posibilidad de llegar a ser una persona en el futuro.

La segunda dificultad consiste en que no sólo el óvulo fertilizado es potencialmente un ser humano, sino que al igual que el óvulo fertilizado, un espermatozoide también es un nuevo ser humano en potencia y, por lo tanto, la eyaculación podría ser considerada como homicidio. De hecho, la tradición cristiana generalmente ha considerado la masturbación como una perversidad moral, e incluso un pecado mortal, si es deliberado y con consentimiento. Además, la masturbación masculina fue considerada como un acto comparable al aborto y la contracepción porque se pensaba que la semilla masculina contenía la totalidad de la progenie humana, mientras que el rol de la mujer en la procreación estaba considerado como puramente pasivo (Childress & Macquarrie, 1986: 372).

No obstante, Harris cree que lo único que puede ser dicho acerca del óvulo fertilizado es que se trata de tejido humano vivo. De manera que la vida personal no empieza con la fertilización, ya que el óvulo y el esperma también están vivos. La vida continúa, y lo que necesitamos no es un argumento de cuándo empieza la vida, sino de cuándo empieza la vida moralmente hablando (Harris, 1985: 11-12).

Otro especialista en este campo, el teólogo moral australiano Brian Johnstone, distingue tres usos del término "potencia": un sentido débil, según el cual una cosa puede transformarse en otra por algún tipo de causa; un sentido fuerte, en el que algo tiene la capacidad para transformarse en sí mismo; y, por último, un sentido estadístico, según el cual existe una alta probabilidad de que una cosa pueda llegar a transformarse en otra (Walters y Singer, 1982: 49-50).

Johnstone establece una importante distinción entre embrión y gameto, ya que atribuye los tres sentidos anteriores de la potencia al embrión humano, contrastándolos con la ausencia del sentido fuerte o estadístico de 'potencia' en el

se refiere a lo que es bueno y malo para el hombre. Mientras que la *héxeis* hace referencia al papel que cumplen las disposiciones habituales del carácter en la acción.

El agente de praxis posee una disposición habitual que le permite decidir de un modo más espontáneo (sobre todo si la acción que va a ejecutar ya la ha realizado anteriormente o si el fin que pretende alcanzar ya se encuentra arraigado de manera estable en el carácter de dicho agente, y éste no duda a la hora de buscarlo). Cuando llevamos a cabo una acción moral no realizamos explícitamente un razonamiento previo como en el silogismo, sino que las hacemos por costumbre o hábito.

gameto. Lo verdaderamente relevante aquí es que los embriones humanos, en virtud de sus mayores potencialidades para desarrollarse, tienen un estatuto moral que se encuentra situado entre esos gametos y los seres humanos ya nacidos.

Richard M. Hare se muestra contrario al argumento de la potencialidad y rebate este argumento de la siguiente manera:

Se podría decir que alguien (un embrión) podría verse perjudicado porque no le permiten llegar a ser una persona capaz de reconocerse a sí mismo como un ser vivo. En este sentido, alguien podría afirmar que habríamos sufrido un perjuicio si nuestras madres hubiesen decidido tener un aborto mientras estaban embarazadas de nosotros o si hubieran acabado con nuestra vida nada más nacer (Hare, 1993: 147-167).

Por otra parte, Hare considera que alguien puede verse beneficiado por nacer (sólo si su vida fuera digna y mereciese la pena vivirla), pero no tiene sentido decir que alguien se ve perjudicado porque se le ha impedido convertirse en una persona real y actual. Si una persona en potencia, como puede ser un feto y un recién nacido, no llega a convertirse nunca en una persona real, como nosotros, entonces no hay ni una persona real, ni actual, ni futura que pueda decir que ha sido perjudicada, no existe tal persona, por lo cual no se ha dañado a nadie, ni se ha perjudicado a nadie en absoluto. Por lo tanto, si alguien nos preguntase a uno de nosotros si sufrimos algún daño, cuando nuestros padres decidieron matarnos cuando éramos fetos o recién nacidos, nuestra respuesta es que no, porque se hubiera dañado a alguien que no existe (al uno de nosotros a quien se ha hecho la pregunta), lo cual significa que no se ha dañado a nadie, y si no se ha perjudicado a nadie, entonces no se ha producido ningún daño.

Hare (1993: 168 – 84) considera que el supuesto derecho que pueda tener un feto o un recién nacido de desarrollar su potencialidad es anulado por los intereses de las personas reales que existen actualmente (tales como los padres, la familia o la sociedad) para conseguir su propio bienestar, porque únicamente las personas potenciales no pueden ser perjudicadas en modo alguno por no haber nacido. Quienes sí pueden ser perjudicadas son las personas reales, cuyo bienestar podría verse mermado por el niño que viene o que acaba de nacer, que requiere energía,

cuidados, tiempo, dedicación y dinero, recursos que podrían escasear en su familia, recursos que podrían ser necesarios para el resto de la familia.

Al igual que Hare, Kuhse y Singer (Walters y Singer, 1982) también afirman que el argumento de la potencialidad es inadecuado, porque todo lo que puede ser dicho sobre la potencia de los embriones o de los niños recién nacidos puede también ser dicho sobre la potencia de los óvulos y el espermatozoide. Ellos afirman que no hay obligación moral de preservar la vida de un cigoto, o embrión en las primeras etapas de su desarrollo, cuando todavía no tiene un cerebro, o incluso un sistema nervioso, y no siente dolor.

Como hemos podido comprobar en este apartado, el argumento de la potencialidad suscita muchas controversias y no es aceptado por una gran parte de los especialistas en ética que trabajan en este campo, por lo que no hay unanimidad a la hora de conceder al embrión humano y al recién nacido atributos y características propias de las personas adultas. En la próxima sección hablaremos del argumento de la personalidad, que constituye un argumento fundamental a la hora de determinar qué seres pueden ser incluidos en el ámbito de la comunidad moral y, por lo tanto, qué seres pueden ser considerados como personas y cuáles no.

II.3.3.3.9. El argumento de la personalidad moral.

El problema de la personalidad moral se centra en determinar qué seres son miembros de lo que podríamos denominar la comunidad moral, que está compuesta por todos aquellos seres que tienen deberes morales, derechos, o, en general, que sean merecedores de una consideración moral.

Los teólogos medievales especulaban sobre si los ángeles eran miembros de la comunidad moral y si tenían los mismos deberes morales que los humanos. Del mismo modo, en la actualidad, los amantes de la ciencia ficción especulan sobre si los robots o los extraterrestres de otros mundos (si existiesen) deberían o no deberían tener derechos fundamentales.

Brian Johnstone (2011: 419-438), establece una distinción entre persona en sentido ontológico y persona en sentido moral. La cuestión de la personalidad de un embrión es tenida en cuenta por su relevancia en Bioética y debido a su necesidad de protección desde el comienzo de su existencia. Para el teólogo moral australiano esta

distinción entre el aspecto ontológico y moral es importante porque el valor y la protección absoluta de un embrión no depende de que el embrión cumpla una definición ontológica de persona, sino del aspecto moral. Lo cual es lógico, ya que un embrión humano, seguramente no satisfaga la definición ontológica de persona (una sustancia primera e individual, que no pueda ser predicada de otros sujetos. Un ser de naturaleza racional, inteligente y libre; dueño de su propio ser y de sus actos, que se pertenece a sí mismo y por tanto no puede pertenecer a otros) pero no por ello deba ser desprotegido o deshauciado; porque moralmente, sí puede estar amparado por la comunidad moral a la que pertenece. En este sentido, un embrión, si es considerado como persona en sentido moral, podremos decir que tiene dignidad, que es una categoría esencial para la persona humana; que es el valor último de toda eticidad; que es un valor ético supremo, un fin en sí mismo y así debe ser considerado. Por ello, no se debe atentar contra su vida en base a la personalidad moral que le ampara.

En otro orden de ideas, los defensores de los derechos de los animales afirman que, al menos algunos animales tienen el mismo estatus moral que los humanos. Hoy en día, los profesionales dedicados al estudio de la Ética médica discuten acerca de si los seres humanos en coma permanente e irreversible poseen algún derecho. La cuestión principal que subyace en todos estos casos implica determinar qué es lo que se tiene en cuenta para considerar a una persona moralmente significativa. El término 'persona', en este sentido, no está necesariamente restringido a los seres humanos, ya que una persona moralmente significativa es cualquier ser que sea miembro de la comunidad moral. Por lo tanto, según este argumento, si incluimos dentro de la comunidad moral a los animales o a los ángeles, éstos también podrían ser considerados como personas moralmente significantes. De hecho, Kant dejó abierta esa posibilidad, para el filósofo alemán, tanto los ángeles como los seres humanos libres y autónomos son miembros de la comunidad moral, en este sentido, si existieran seres de otros planetas (extraterrestres o ángeles del cielo) libres, autónomos, inteligentes, con capacidad de razonar, entrarían dentro de la comunidad moral y serían portadores de los derechos que les asisten a las personas humanas, lo mismo ocurriría con los clones humanos, o con los robots si fueran capaces de razonar y de mostrar el resto de atributos que le hacen a

un ser miembro de la comunidad moral. Sin embargo, quedarían excluidos de ella aquellos seres que carezcan de dichos atributos o capacidades.

A lo largo de la historia se han sugerido distintos criterios de personalidad moral. Por citar un ejemplo podemos hacer referencia a los jainistas de la India que conceden a todos los animales vivos, incluso a los insectos, el mismo estatuto que a las personas, teniendo así, derecho a la vida. Los practicantes de esta religión, frecuentemente, llevan una prenda tapando su boca con el objeto de evitar la inhalación accidental de cualquier bicho, y barren el camino para no pisar a los insectos.

En cuanto a la cuestión de la personalidad moral, son tres los criterios que deben ser tenidos en cuenta, a saber: consciencia, autoconsciencia y racionalidad¹¹⁶. Pero, aún atendiendo a cualquiera de estos tres criterios, es imposible fijar una definición exacta y universal de lo que es la personalidad moral, que no deje lugar a dudas, debido a que ésta se encuentra en constante desarrollo. Pero, independientemente del criterio adoptado, un ser tendrá un reconocimiento moral directo si es considerado como una persona, aunque otros seres que no son

¹¹⁶La consciencia es un criterio poco restrictivo de la personalidad, ya que, un ser consciente es aquel que tienen experiencias sensoriales y es capaz de asimilar dichas experiencias. La noción de sentimiento - habilidad de experimentar placer y dolor- es, con frecuencia, asociada con la consciencia. Si la consciencia o el sentimiento fuesen criterios de personalidad, entonces, los insectos, muy probablemente, no serían calificados como personas. Pero incluso el criterio de consciencia es demasiado inclusivo, puesto que, los animales “inferiores” tales como los lagartos y los pollos son conscientes y podrían así ser calificados como personas moralmente significantes.

Un criterio más estricto de personalidad, que es aceptado por la mayoría de los especialistas contemporáneos en Ética, es la noción de autoconsciencia, o la capacidad de concebirse uno mismo existiendo en el tiempo. Un ser autoconsciente entiende que tiene un pasado histórico, y que los acontecimientos de su historia son relevantes para entender quién es ahora. Es inverosímil que los lagartos y los pollos sean autoconscientes, por lo que no formarían parte de la comunidad moral. Sin embargo, los mamíferos superiores, tales como los perros y los chimpancés son autoconscientes, por lo que, de acuerdo con este criterio, se les podría conceder la misma situación moral que a los humanos. Aunque la autoconsciencia es un criterio menos inclusivo que la consciencia, mucha gente todavía cree que conceder derechos a los perros y a los chimpancés es ir demasiado lejos. Así, incluso el criterio de autoconsciencia, no es lo suficientemente estricto.

Quizás el criterio más restrictivo de personalidad que haya sido sugerido es el de racionalidad, concretamente, el tipo de racionalidad que, en este planeta, sólo los humanos han mostrado. Las características que comúnmente comprende la racionalidad son: la habilidad de desarrollar un lenguaje complejo, la elaboración de herramientas complejas, y la comprensión del mundo que nos rodea. Algunos críticos han atacado esta definición, otorgando una preferencia arbitraria a la racionalidad humana. Estudios sobre chimpancés y delfines muestran que algunas especies “superiores” además de comunicarse por medios complicados, pueden construir herramientas para manipular su medioambiente, y poseen un entendimiento del mundo que les rodea. Estas habilidades no son exactamente como las humanas, pero son, sin embargo, lo suficientemente complejas para ser llamadas ‘racionales’. Moral Personhood, en *The Internet Encyclopedia of Philosophy*. www.utm.edu/research/iep/p/personho.htm. ©2001.

considerados como personas —tales como perros, gatos, corderos, etc.— también deberían tener derecho a un reconocimiento moral indirecto, esto es, a un estatuto moral resultante sólo de los intereses de las personas humanas. Entretanto, también tenemos un deber para con los cadáveres, tenemos una obligación moral de tratarlos con respeto, incluso aunque un ser humano muerto no sea una persona moral propiamente dicha, sino que tan sólo es materia muerta. Si tratásemos a los cadáveres de una forma irrespetuosa podríamos causar un daño psicológico y moral a los parientes vivos.

Como podemos observar, el asunto de la personalidad moral es central en el estado de la cuestión de este trabajo y más concretamente en este capítulo que aborda el tema del estatuto moral del ser humano, tanto en las primeras etapas de su vida como al final de la misma. Pero la importancia de este tema no sólo es relevante para definir el estatuto moral de las personas dotadas de autonomía, autoconciencia, etc., sino también para el de los animales, fetos, niños recién nacidos, retrasados mentales y de aquellos que permanecen en coma irreversible.

Si considerásemos la personalidad moral como un atributo característico, propio, necesario e inmanente a los seres humanos, tendríamos que aceptar que algunos miembros de nuestra especie, tales como niños recién nacidos, retrasados mentales, ancianos con demencia senil, o incluso seres humanos en coma irreversible, no deberían ser considerados como personas en sentido estricto, ya que carecen de personalidad en mayor o menor medida.

En *Exploring Ethics* (1998) Brenda Almond expone uno de los principales argumentos contra este punto de vista y sus consecuencias. Alegando este argumento podemos afirmar que la personalidad moral es un constructo artificial por completo, y que reemplaza en algunas formas el concepto histórico de alma, aunque aislado de sus connotaciones teológicas. Aplicado al área biomédica, ignora cuestiones profundas de la filosofía de la mente sobre la compleja relación entre conciencia, desarrollo del cerebro e individualidad.

En cuanto a lo que se refiere al nonato, Almond piensa que, a pesar de tener un grado de conciencia y ciertos valores intrínsecos atribuibles al feto después de aproximadamente tres meses, se podría considerar que la personalidad puede, en

algunos casos específicos, ser anulada, y que los intereses precarios del feto pueden ser sacrificados por los serios intereses de la madre.

En lo referente al aborto, suponiendo que de lo que se trata es, después de todo, de una persona, ¿hay todavía circunstancias en las cuales el aborto podría estar justificado? Probablemente, la mayor parte de los que respondiesen que ‘sí’ a esta pregunta lo harían teniendo en cuenta los deseos o intereses de la madre implicada (Almond, 1998: 152).

Con respecto a los neonatos deberíamos plantearnos la siguiente cuestión: ¿es persona moral un recién nacido completamente sano y normal? Evidentemente casi todo el mundo afirmaría que sí, aunque hay muchos detractores que opinan que no, porque un niño sano en sus primeras horas de vida después del parto no tiene personalidad moral, no puede distinguir el bien del mal, es incapaz de conocer cuáles son sus derechos y obligaciones para con la sociedad en la que está inmerso. Pero para rizar más el rizo podríamos plantearnos, en este mismo hilo de argumentación, otra pregunta: ¿es persona moral un recién nacido sin cerebro, gravemente enfermo? En este caso, una amplia mayoría respondería que no, un recién nacido anencéfalo y con malformaciones severas, que no tiene probabilidad alguna de sobrevivir, no debería ser considerado como una persona moral y, por lo tanto, siempre que haya acuerdo total entre los familiares más directos (los padres) y los profesionales de la medicina que le atienden, debería optarse por la solución más beneficiosa para todos (niño, padres, profesionales, hospital, Estado) que no sería otra que acabar con la vida del paciente, y llegaríamos a la misma conclusión utilizando tanto principios paternalistas (que permiten la eutanasia por el bien del paciente) como principios utilitaristas (por el bien del paciente, de los familiares y de la sociedad en su conjunto porque se ahorraría sufrimiento, tiempo, medios técnicos y dinero).

II.3.3.3.10. El argumento de la dignidad de la vida humana.

Una objeción directa al homicidio es la postura que sostiene que es moralmente incorrecto destruir una vida digna. En contra de esta posición, Glover (1977) nos propone una defensa del homicidio amparándose en el argumento de la

reemplazabilidad¹¹⁷, del que hablaremos de una forma más extensa en el próximo apartado. Este argumento sustenta la idea de que tanto los recién nacidos, como los embriones y los fetos, son reemplazables. Teniendo en cuenta este argumento, un bebé ‘defectuoso’ debe ser reemplazado por otro ‘normal’ concebido posteriormente, siendo el resultado de esta acción una vida más digna. Así Glover afirma que:

«Aquellos de nosotros que pensamos que deberíamos optar por la muerte, en lugar de ciertas formas de vida, tenemos una buena razón para defender que algunas vidas no son vividas dignamente. En estos casos, y dependiendo del grado de discapacidad, la calidad de cualquier vida simplemente deja de ser una objeción al homicidio o llega a ser un argumento positivo en su favor» (Glover, 1977: 162).

Mientras tanto, Singer utiliza una defensa utilitarista del infanticidio para alcanzar una mejora en la política utilitarista que aboga por la muerte de niños defectuosos, incluso aquellos que llevan una vida digna, y su reemplazamiento por niños normales. De acuerdo con Uniacke y McCloskey (1992: 210), el tipo de niños que podrían ser eliminados de una forma justificada, según este punto de vista, incluye no sólo aquellos que Singer expone explícitamente, tales como hemofílicos y niños con síndrome de Down, sino también sordos, mudos y aquellos con parálisis cerebral, e incluso otras discapacidades con diversos grados de severidad.

Aquellos que defienden el argumento de la dignidad de la vida humana consideran que se puede aplicar la eutanasia a cualquier niño con una grave enfermedad incurable amparándose en:

- Su derecho a morir con dignidad y sin sufrimiento.
- Su derecho a no ser utilizado como medio para conseguir fines en investigación biomédica y experimentos médicos y farmacológicos.

Consecuentemente, si existe un derecho moral del paciente a conseguir el fin de su vida, debe existir también una obligación moral a que un médico realice la eutanasia. Igualmente, también existe el derecho a la objeción de conciencia por parte de los profesionales de la medicina. En caso de que el médico objete por cualquier motivo, debe existir un órgano institucional que se encargue de buscar un

¹¹⁷ Traduzco ‘reemplazabilidad’ por el término inglés ‘replaceability’ al no encontrar en castellano un término más aproximado al significado que aquí se quiere dar.

sustituto, es decir, otro profesional que sea capaz de llevar a cabo la eutanasia prevista.

II.3.3.3.11. El argumento de la reemplazabilidad.

Como hemos adelantado en el apartado anterior, este argumento consiste en afirmar que los niños recién nacidos con graves malformaciones y sin una esperanza de vida digna y de calidad pueden, e incluso deberían, ser eliminados con el fin de ser reemplazados por otros sanos. Aunque es discutible, a priori, y según esas circunstancias concretas, una parte importante de la población podría aceptar este argumento, tratándose de casos extremos y con la conformidad de médicos y padres de los niños. Sin embargo, algunos defensores de este argumento no se ciñen a dichas circunstancias concretas y extremas, sino que las extienden a enfermedades o discapacidades no tan graves y se muestran a favor de aplicarlo en casos de niños que, en el futuro, podrían llegar a tener vidas dignas con la ayuda de un tratamiento adecuado y el apoyo de sus familiares. En estos casos, muy poca gente apoyaría este argumento, aunque aquellos más fieles a los principios utilitaristas, como veremos a continuación, son capaces de defender la reemplazabilidad de niños, únicamente en base a lo que ellos consideran una mayor cantidad de beneficio para el niño a reemplazar, para el niño que lo va a reemplazar, para sus familiares y para la sociedad en su conjunto.

La clave está en dilucidar si un recién nacido es considerado como un sujeto (portador de derechos) o un objeto que puede ser cambiado o reemplazado por otro de más valor, como si de una mercancía se tratase.

De acuerdo con la concepción utilitarista, así lo creía Bentham y así lo piensa Singer, los seres humanos adultos y normales no pueden ser usados como recursos independientemente de cuál sea la finalidad de su uso, puesto que dichos seres humanos tienen deseos para su futuro y son autoconscientes, además se les supone un interés de mantenerse con vida, de no ser esclavos, de no sufrir, o de no participar en un experimento médico, a no ser que, por el contrario, tenga el interés de participar y lo exprese por escrito, dando su consentimiento, ya sea por querer colaborar con la ciencia de forma altruista o por una compensación económica. En base a esto, Singer considera que es malo quitarle la vida a un ser humano adulto normal porque es autoconsciente, tiene interés en seguir vivo, tiene deseos para el futuro y no se podría subsanar esa

pérdida simplemente reemplazando a dicho ser humano por otro. Pero claro, ¿qué ocurre con aquellos seres humanos que no tienen deseos para el futuro y que no son autoconscientes, como por ejemplo, pacientes en coma o niños recién nacidos? A priori, para los utilitaristas, no sería incorrecto quitarles la vida por los motivos ya mencionados.

Pero no todo el mundo piensa igual que los utilitaristas, para mucha gente, sí sería incorrecto quitar la vida de estos seres humanos aunque carezcan de los atributos propios de la persona humana, y no serían reemplazables, por lo menos a priori y sin el consentimiento expreso de ellos mismos o sus representantes legales.

Los defensores del argumento de la reemplazabilidad consideran que un recién nacido enfermo no tiene valor en sí mismo, como pueda tenerlo un ser humano adulto sano, sino que su valor es conferido por sus padres y demás familiares cercanos.

Para abordar con éxito el debate que viene a continuación hemos creído oportuno aclarar ciertos términos relacionados con la discusión, que muy pertinentemente ha descrito Wilkinson (2013: 84-85):

Causar la existencia de un individuo: Se trata de la decisión más usual, en la que traer un individuo a la existencia no depende de la muerte de un individuo ya existente, sino que consiste en concebir a un nuevo ser humano por el motivo que sea.

Remplazamiento (o reemplazo): Dicho término consiste en la acción de acabar con la vida de un ser (por ejemplo un recién nacido o un feto) o dejarlo morir, de modo que un individuo diferente pueda ser traído a la existencia (Singer, 1993: 185; McMahan, 2002: 351). Una característica importante es que de otro modo no hubiese nacido el niño de reemplazo. En resumidas cuentas, se trata de eliminar un ser más o menos defectuoso (o enfermo) y reemplazarlo por otro normal y sano.

Sustitución: Hace referencia a una acción relacionada con el término anterior, pero difiere en algunos aspectos; es la decisión de traer un hijo a la existencia en puesto de otro (que todavía no existe). Por tanto, la sustitución se refiere a las decisiones sobre el momento de la concepción, o posiblemente, a las decisiones sobre la implantación del embrión. Sería, por ejemplo, elegir la implantación de un embrión sano en vez del embrión defectuoso. Se diferencia del reemplazamiento en que en este ya existe un ser que ha de ser reemplazado, mientras que en la sustitución no existe aún ningún ser.

Bienestar: Lo bien o lo mal que una vida es vivida. Esto incluirá no sólo la cantidad de felicidad o infelicidad en la vida de un individuo, sino que también puede incluir los deseos o preferencias que logra un individuo, o puede incluir la consecución de otros bienes tales como la amistad, el conocimiento, el amor, etc. Hay varias teorías filosóficas sobre el bienestar (Parfit, 1984: 493-502; Griffin, 1986: 7-76), pero no es necesario hablar de ellas para nuestro propósito.

Vida bien vivida, mejor vivida o que merece la pena ser vivida: una vida que se compone, (o compondrá) en su conjunto, de una mayor cantidad de experiencias intrínsecamente buenas que de experiencias intrínsecamente malas (Broome, 2004: 66-8). Se trata de una vida en la que los beneficios pesan más que los perjuicios. Una medida subjetiva para saber si una vida es mejor vivida que otra es aquella en la que un individuo prefiere vivirla con la intención de seguir vivo en vez de morir, es decir, que elige vivir a morir. Cuando un individuo prefiere su muerte antes que seguir vivo es porque lleva una vida lamentable, que no merece la pena seguir viviendo.

Una vez expuestos y aclarados los términos anteriores, mencionaremos a continuación la posición de ilustres filósofos que han tratado el tema de la reemplazabilidad recientemente, naturalmente unos están a favor (Singer, Tooley, Glover) y otros en contra (Uniacke, McCloskey, Almond) de este argumento; otros, como D. Wilkinson hacen una reflexión y analizan los pros y los contra de reemplazar a un niño defectuoso por otro normal.

II.3.3.3.11.1. Peter Singer y Jonathan Glover.

Peter Singer es uno de los principales defensores de este argumento. El autor australiano arguye que los niños recién nacidos, al igual que los fetos, son reemplazables e intercambiables, y que acabar con la vida de un recién nacido con graves malformaciones para reemplazarlo por otro sano y normal justifica la muerte del primero. Mientras que su muerte no estaría justificada si el niño muerto no fuese reemplazado. Singer (1995: 172) afirma que el homicidio de un recién nacido no es comparable con el homicidio de un niño mayor, o un adulto.

Singer (1995: 229-230) considera que si una mujer está en edad fértil, puede tener más hijos y ello forma parte de sus planes, si tiene un hijo gravemente enfermo o discapacitado, estaría justificado acabar con su vida, para poder concebir otro sano que lo reemplace, y estaría justificado porque es de suponer que la vida del niño sano sería más feliz y más digna de ser vivida que la del niño enfermo. En este punto y como ejemplo de enfermedad, Singer habla de un niño hemofílico. Cuando la muerte del niño enfermo, discapacitado o defectuoso nos lleva al nacimiento de otro niño sano y normal, estaríamos incrementando la cantidad de felicidad total, pues eliminaríamos infelicidad y aumentaríamos felicidad, en términos utilitaristas; la conclusión sería que es bueno matar al niño hemofílico, pues el resultado es un incremento de la felicidad total. Por lo tanto la reemplazabilidad es buena en términos generales y puede ser aplicada a los niños.

Como ya hemos visto en el apartado anterior, este argumento general de la reemplazabilidad es invocado no sólo por Peter Singer o Joseph Fletcher, sino que antes fue Jonathan Glover en su ya clásica obra *Causing Death and Saving Lives* y posteriormente otros autores, cada vez con mayor frecuencia, en la Ética Aplicada.

Glover (1977) defendió abiertamente y sin rodeos, que el infanticidio no es moralmente incorrecto porque, en general, los niños son reemplazables. El razonamiento expuesto por Glover, como el de Singer, no requiere que los niños en cuestión sean gravemente discapacitados para acabar con sus vidas. Sin embargo, considera que sería incorrecto matar un niño que tiene una buena oportunidad de vivir una vida digna, mientras que no sería incorrecto matarle si la alternativa a esa existencia fuera la existencia de alguien con una mejor oportunidad de vivir una buena vida.

Glover considera que ni la acción de abortar ni la de acabar con la vida de un recién nacido son intrínsecamente malas o inmorales. El filósofo británico cree que el aborto debería estar permitido en cualquier etapa del desarrollo del feto, sea por el motivo que sea (por la elección del sexo, porque la madre tenga que viajar o porque no esté preparada psicológicamente). El motivo que alega para dicha consideración es que tanto los fetos como los bebés ya nacidos son reemplazables, y en ese sentido alega que si una mujer puede tener otros hijos en el futuro, no es directamente malo o inmoral causarle la muerte al feto o al bebé actual, ya que siempre puede tener otro

mejor o más sano más adelante. Sin embargo, y a pesar de equiparar el aborto al infanticidio, Glover considera que el infanticidio es un poco diferente porque matar a un bebé ya nacido tiene una repercusión mayor sobre terceras personas que matar a fetos no nacidos, ya que el bebé alumbrado puede ser percibido por nuestros sentidos, sus padres y familiares pueden verlo, tocarlo, olerlo, en definitiva sentirlo, y eso crea vínculos con la criatura.

El filósofo británico cree que es peligroso permitir el infanticidio en todos los casos porque se puede incurrir en una pendiente resbaladiza; por ello afirma que hay que poner límites al infanticidio, aunque reconoce que no sabe cuáles serían esos límites, pero que deberían ser definidos explícitamente y en detalle. Además, dichos límites deberían ser definidos por aquellos que se encuentren en mejor posición de hacerlo; presumiblemente esos expertos tendrían que experimentar no sólo con diferentes políticas sobre tales actos, sino con diferentes formas de reducir sus efectos secundarios. Si fueran permitidos los más leves, podrían ser permitidos los demás infanticidios.

II.3.3.3.11.2. Michael Tooley.

Como es sabido, Michael Tooley mantiene que la inmoralidad del infanticidio no puede ser defendida desde una apelación a intuiciones morales. En este sentido, en *Abortion and Infanticide*, Tooley (1983) examina tres argumentos principales en relación al infanticidio: el argumento especiecista, el argumento de la reemplazabilidad y el argumento de la potencialidad.

El primero apela a la pertenencia a una especie determinada. Tooley piensa que no es satisfactorio defender que el infanticidio es moralmente incorrecto porque implica el homicidio de un miembro inocente de la especie biológica *Homo Sapiens*:

«Así, en primer lugar, no parece ser el caso que el homicidio de seres humanos inocentes, considerado en sí mismo, sea siempre incorrecto. Segundo, incluso si este principio fuera verdadero, no nos proporcionaría un argumento finalmente satisfactorio, ya que los principios que implican referencias a la pertenencia a una especie biológica particular no pueden ser principios básicos morales» (Tooley, 1983: 324).

El segundo argumento apela a la afirmación de que hay una obligación *prima-facie* de producir personas adicionales. Según esto, si existe dicha obligación, entonces, a veces será una razón a favor del infanticidio, y no simplemente en contra. De esta forma, Tooley comenta un ejemplo en el que una mujer da a luz un bebé con graves defectos. Así, si ella toma la decisión de acabar con la vida de su hijo, podrá, más tarde, concebir otro bebé normal. Sin embargo, Tooley afirma que la cuestión de si hay una obligación de producir personas adicionales es muy difícil de resolver. Sin embargo, él cree que no hay obligación *prima-facie* de producir personas adicionales, y consecuentemente, este segundo argumento sería rechazado.

El tercer argumento contra aquellos que se oponen al infanticidio se basa en desmontar la creencia de que hay una obligación *prima-facie* de abstenerse de destruir personas potenciales. En este sentido, Tooley cree que no hay nada intrínsecamente incorrecto en el hecho de destruir personas potenciales, puesto que no lo son de facto.

Con estos tres contraargumentos Tooley pretende haber demostrado que no hay nada incorrecto en la práctica del infanticidio.

Por nuestra parte consideramos que Tooley no ha conseguido su objetivo. Es cierto que apelar a la pertenencia a una especie, es decir, el especismo, no tiene una fundamentación moral fuerte, ya lo hemos visto en este trabajo, y en esto coinciden otros expertos en ética, como Adela Cortina (2009: 186) cuando dice que «lleva razón Singer cuando considera insatisfactorio este argumento». No coincidimos, sin embargo, en el segundo contraargumento, porque no creemos que exista ninguna obligación *prima facie*, ni de ningún otro tipo, de producir o procrear personas adicionales; tampoco estamos de acuerdo con el argumento de la reemplazabilidad, porque las personas no son reemplazables, se puede tener otro hijo para paliar en cierta medida la pérdida del primero, pero este último no reemplaza al primero, sino que es otro individuo completamente diferente a su antecesor. En cuanto al tercer contraargumento, no consideramos el argumento de la potencialidad como moralmente válido en todos los casos posibles, en el sentido que ya hemos expuesto anteriormente, que no se puede perjudicar a alguien que no existe aquí y ahora, pero tampoco estamos de acuerdo con Tooley en que no haya nada intrínsecamente incorrecto en destruir personas potenciales; en primer lugar porque no se sigue

lógicamente de la premisa: “el argumento de la potencialidad es inválido”, la conclusión: “no es incorrecto destruir personas potenciales”, y en segundo lugar porque eso abriría la puerta a matar a cualquier feto o niño recién nacido por el motivo que fuera, y no es esto lo que defendemos en esta tesis.

II.3.3.3.11.3. Uniacke y McCloskey.

Uniacke y McCloskey (1992: 216) no comparten este punto de vista y afirman que las personas no son reemplazables, y que el argumento de la reemplazabilidad es temerario si implica que, cualquier individuo, incluso los niños, son reemplazables. Ellos creen que una persona potencial, como por ejemplo, un niño, es irremplazable en el sentido en el que un individuo no puede ser reemplazado por una persona diferente. A tenor de esta discusión, consideramos que no compartimos el argumento de la reemplazabilidad en su totalidad, ya que parece desatinado pensar que un ser humano pueda ser reemplazado por otro. Así, una pareja podrá tener otro hijo más sano, más alto y más guapo, pero este último nunca reemplazará al anterior, seguirá siendo un ser distinto al primero.

Sin embargo, no todo el mundo piensa así, son muchos y cada vez más los que consideran positivo abandonar los esfuerzos para salvar la vida del niño que sufre una grave enfermedad para poder dirigir toda la atención en el próximo hijo sano y con mayores probabilidades de salir adelante teniendo una vida digna y valiosa. En este sentido, Wilkinson (2013: 83) alude a un estudio realizado por varios médicos que trabajan en una unidad neonatal terciaria de la India; algunos sugirieron que evitarían tratar niños con una alta posibilidad de morir o de necesitar atención médica a largo plazo porque es mejor centrar todo su esfuerzo en otro bebé sano (Miljeteig and Norheim, 2006). Los padres, también, a veces admiten tales pensamientos. En su libro, *The Long Dying of Baby Andrew*, Peggy Stinson escribió un informe sobre su experiencia de tener un recién nacido muy prematuro en cuidados intensivos. Ella escribió en su diario “Yo me mantengo pensando en el otro bebé – uno que no llegará a nacer” (Kuhse y Singer, 1985).

II.3.3.3.11.4. Brenda Almond.

En *Exploring Ethics*, Brenda Almond (1998) expone dos objeciones principales al argumento de la reemplazabilidad. En la primera, se pregunta por qué la reemplazabilidad es aplicada solo a niños recién nacidos y no a adolescentes y adultos. Es evidente que todo el mundo desea dar a luz un hijo perfecto, pero se podría decir que el argumento de la reemplazabilidad nos ofrece otro servicio, a saber, como argumento para conseguir deshacerse del anciano, el inválido o el impedido. Hay sólo un argumento utilitarista contra esto; y es que preocuparía a la gente normal, que no sean discapacitados o personas mayores, aunque llegaran a serlo, y la preocupación es mala según las propias razones utilitaristas.

La segunda objeción hace alusión a la justificación del aborto por medio del argumento de la reemplazabilidad. Sin embargo, puesto que, usualmente, la consecuencia del aborto es el retraso de la maternidad, en vez del reemplazamiento de los discapacitados por niños sanos, la profesora británica piensa que el reemplazamiento real es de niños de madres más jóvenes por niños de madres entre los treinta y cuarenta años, con una probabilidad mayor de tener niños discapacitados (Almond, 1998: 157).

Las dos objeciones de Almond al argumento de la reemplazabilidad son perspicaces y estamos de acuerdo con ella; la preocupación por parte de los ancianos y discapacitados no es buena y para el cálculo utilitarista; ello mermaría la felicidad y aumentaría la infelicidad global. Con respecto a la segunda objeción no es menos cierto que también acierta en vaticinar lo que podría ocurrir si se sigue este argumento, que las madres retrasarían su maternidad, lo cual provocaría más partos de niños con problemas de salud. No obstante, esta segunda objeción no es del todo válida, pues es una suposición y habría que verificarla. De todas formas, consideramos que el argumento de la reemplazabilidad no es válido desde su concepción, puesto que ningún ser humano es reemplazable por otro, B no puede sustituir a A, porque no son iguales y por lo tanto no son intercambiables. Sí creemos que es bueno tener un hijo sano posterior para aliviar o paliar el sufrimiento por la pérdida del anterior, pero los recuerdos del primero no se borran, ni se olvidan por el nacimiento del segundo.

II.3.3.3.11.5. Una revisión actualizada del tema de la reemplazabilidad por Dominic Wilkinson.

Wilkinson (2013: 82-104) se plantea el tema, ya expuesto con anterioridad por otros autores como J. Glover o P. Singer, de la reemplazabilidad de un niño defectuoso por otro normal; lo novedoso de su análisis es la existencia hipotética de una máquina llamada “Carmentis” capaz de predecir con exactitud y sin margen de error el desenlace y el futuro del niño en cuestión. El autor australiano analiza minuciosamente el tema y, aunque no se posiciona abierta y claramente a favor de la reemplazabilidad, nos proporciona una buena base para reflexionar sobre el tema y debatir sobre él; además nos aporta una reflexión muy interesante sobre esta difícil particularidad dentro del asunto más extenso que es el infanticidio.

Comienza planteando un caso de una gravedad moderada, el de una niña con parálisis cerebral leve, llamada Christine y se pregunta que si ella muere y sus padres pudieran concebir otro hijo, uno que no tuviese discapacidades de este tipo, o al menos que fuera mucho menos probable que las tuviese, ¿cómo afectarían estas decisiones en el funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos?

A veces, en las unidades neonatales de cuidados intensivos, los médicos, enfermeras, amigos o miembros de la familia, aunque con buena intención, se preguntan si merece la pena todo el esfuerzo que se está realizando por salvar la vida de un niño como Christine, que parece más que probable que esté enferma o discapacitada de algún modo. Normalmente son muy cuidadosos, aunque no siempre, a la hora de expresar tales pensamientos a los padres del niño discapacitado, pero ellos se preguntan si sería mejor renunciar a este niño, para empezar otra vez de nuevo (Kuhse y Singer, 1985: 65).

Este tipo de cuestiones, sobre concebir otro hijo en el lugar de un niño discapacitado actual, son difíciles de abordar y muy poca gente dice lo que piensa al respecto. Al contrario, existe un miedo generalizado a lo que los demás puedan pensar. Por ello, la gran mayoría de las personas dicen lo que se considera políticamente correcto, pero no lo que piensan realmente. Algo similar ocurre cuando son descubiertas anomalías congénitas serias antes del nacimiento. En este caso la cuestión es si el embarazo debería continuar. Sin embargo, en este caso, la mayoría

de la gente es más abierta y en las sociedades donde el aborto es legal, es más fácil hablar de ello y expresar sus opiniones con respecto a abortar al feto defectuoso para buscar otro posterior con mayor probabilidad de que nazca sano. Quizás también se nos pase por la cabeza la cuestión del reemplazamiento de niños un poco más mayores, aunque, como dice Wilkinson (2013: 83) nunca se ha escuchado que se haya hecho público, en cuidados intensivos pediátricos. Pero parecería aún más raro contemplar esa cuestión en el caso extremo de un adulto que sufre una enfermedad o una discapacidad, que debería ser reemplazado por otro individuo que todavía no ha nacido. Incluso, si pudiera ser clonado, ¿podríamos plantearnos si ese individuo debería ser clonado por otro individuo sano?, pero esta es otra cuestión que no vamos a abordar en este momento por no perder el hilo conductor de este asunto.

Sin embargo, la idea de ‘reemplazar’ un niño discapacitado no es simplemente un capricho pasajero. Como ya hemos visto anteriormente, eminentes filósofos de la talla de Peter Singer o R.M. Hare, entre otros, han defendido esta postura considerándola como algo relevante e importante para las decisiones en el tratamiento de recién nacidos. Si ese fuera el caso, si no estuviera únicamente legitimado, sino que también fuera recomendable, e incluso moralmente significativo o aconsejable, reemplazar niños discapacitados como Christine, nuestra respuesta a las predicciones de la máquina Carmentis, para sorpresa nuestra, asegura Wilkinson (2013: 83) sería diferente. Esto podría significar que seríamos mucho más permisivos en las decisiones que atañen a las unidades de cuidados intensivos, al menos en lo que respecta a los recién nacidos. Estaría justificado dejarles morir siempre y cuando la máquina Carmentis haya predicho que tienen, incluso discapacidades más leves, siempre que los padres fueran capaces, y tuvieran la intención, de tener otro hijo posteriormente. Lo que es más, esto podría cuestionar los enormes esfuerzos y gastos que se destinan a salvar las vidas de recién nacidos como los muy prematuros. Esto contrastaría con las respuestas que son dadas habitualmente. En los casos difíciles, en los que la predicción es que el niño va a tener un grado severo de discapacidad, el principio del mejor interés falla a la hora de proporcionar una respuesta clara para las cuestiones de tratamiento. En los casos menos severos, el principio del mejor interés no tendría ninguna dificultad de proporcionar una respuesta. Para los niños como

Christine, que tiene sólo un leve grado de discapacidad, para Wilkinson (2013: 83) es incuestionable que su mejor interés es mantenerse con vida.

En este sentido, Wilkinson (2013: 84-85) se plantea los siguientes interrogantes: ¿de dónde procede la idea del reemplazamiento?, ¿qué importancia le concederíamos en las decisiones sobre bebés o niños?, ¿qué es lo más importante para el pronóstico y la máquina Carmentis? Al intentar responder a estas cuestiones, el Dr. Wilkinson se percata de que se adentrará en aventuras filosóficas algo turbulentas, dentro de cuestiones sobre existencia y no existencia, beneficios y perjuicios. Y se verá que la importancia del reemplazamiento se encuentra, no en la gente futura o posible, sino en los intereses de aquellos que ya existen. Más adelante se centrará en los casos de discapacidad moderada, por ejemplo, niños como Christine con parálisis cerebral que necesitan ayuda para caminar, o niños con una discapacidad intelectual moderada, capaces de comunicarse y de interactuar socialmente a su nivel. Algunas de estas discapacidades son consideradas como justificadas para el reemplazamiento, incluido el síndrome de Down, o la hemofilia. No obstante, la característica distintiva del argumento de la reemplazabilidad, sin embargo, es que justificaría potencialmente dejar morir, o incluso acabar con la vida de aquellos niños a los que se les ha pronosticado que tendrán vidas moderadamente dignas (Singer, 1993: 185; McMahan, 2002: 345).

Por nuestra parte consideramos que Wilkinson hace una gran exposición sobre el tema del reemplazamiento; sin embargo, creemos que este argumento no justifica dejar morir o acabar con la vida de recién nacidos gravemente enfermos, porque un individuo no puede reemplazar a otro, porque son distintos. Lo que podría justificar dejar morir o intervenir para acelerar el proceso de la muerte de un niño gravemente enfermo es precisamente la gravedad de su enfermedad, su esperanza de vida, su calidad de vida y otros condicionantes que desarrollaremos en el último capítulo de este trabajo.

II.3.3.3.11.5.1. El problema de la no-identidad y el argumento a favor del reemplazamiento.

En este apartado, Wilkinson (2013: 85-87) afirma que el punto de partida para algunas discusiones sobre reemplazamiento es hacer una analogía con la sustitución. Un típico ejemplo es el que podríamos llamar el ‘Caso Teratógeno’, en el que una mujer no debe concebir durante el periodo que está tomando anticonvulsivos.

Con respecto a la cuestión del posible daño causado al niño, Derek Parfit (1984) considera que tales pensamientos no pueden estar basados en los intereses del hijo cuya madre ha concebido, ni en una noción convencional de daño. Una de las formas más usuales de lo que significa ser damnificado es comparando dos estados diferentes posibles. Se considera que alguien ha sido dañado o perjudicado cuando después de un acontecimiento se encuentra mucho peor de lo que estaría si el acontecimiento no hubiera tenido lugar (Feinberg, 1986). Por ejemplo, yo me vería perjudicado si alguien robara mi billetera, porque de no haberlo hecho yo tendría dinero suficiente para pagar la cena, y no tendría que cancelar mi tarjeta de crédito por miedo a que la pudiera utilizar quien me la ha robado. Pero, crucialmente, el niño que la mujer podría concebir en ese preciso momento es diferente del niño que ella podría concebir dentro de seis meses. Sería una combinación diferente de espermatozoides y óvulo. Asumiendo que ella tiene una vida digna, que merece la pena ser vivida, el niño dañado, que es concebido ahora, no puede quejarse o reclamar ante la impaciencia de su madre por quedarse embarazada. El niño no ha sido dañado por la elección de su madre, puesto que en otras circunstancias diferentes a ésta, él no hubiera existido. De hecho, el niño probablemente debería estar agradecido a su madre por no esperar seis meses para concebirle – ya que él debe su existencia a esa decisión.

Parfit describe esta situación como un problema de no-identidad¹¹⁸; surge de decisiones que afectan a la identidad de los individuos que aún no han sido

¹¹⁸ "Non-Identity Problem" en Parfit, (1984: 359-363). El argumento de la no-identidad surge como consecuencia de una visión personalista de la ética basada en la afección a la persona, según la cual nuestros deberes tienen como presupuesto la afección (ya sea positiva o negativa) de alguien. Sin embargo, en las decisiones sobre la concepción de un hijo, no estarían presentes dichas afecciones, pues la persona todavía no existe, por lo tanto, no habría nada que debamos hacer en favor de las generaciones futuras, o al contrario, cualquier cosa que decidamos hacer no afectará de ninguna

concebidos. La característica trascendental de estos casos es que nos quitan una característica central de la mayoría de las opciones moralmente significativas. Si alguien es perjudicado y produce un mal por una decisión, eso nos da una razón fuerte para evitarlo. Pero por otra parte, si no hay nadie que es perjudicado por una elección, ¿por qué no deberíamos hacerlo? En el libro de Parfit: *Reasons and Persons* se nos muestra una serie de ejemplos del problema de la no-identidad (Parfit, 1984). Hay casos como el de la medicación teratogénica citado anteriormente. Otro ejemplo (adaptado por Parfit) es el de un programa médico que podría prevenir potencialmente defectos en el nacimiento. Imaginemos que tomamos una elección entre dos hipotéticos programas que pudieran prevenir la rubeola congénita (una infección vírica durante el embarazo que causa, entre otras cosas: sordera, discapacidad intelectual, y problemas cardíacos). El ‘Programa Médico A’ consistiría en seleccionar a las mujeres que están planificando concebir; identificaría aquellas mujeres que no son inmunes a la rubeola, las instruiría para retrasar la

manera a dichas generaciones, pues actualmente no existen. Esta reflexión fue desarrollada por Thomas Schwartz en un artículo titulado *Obligations to Future Generations*, que fue publicado en 1978, donde afirma que no existen obligaciones morales para las personas futuras, basándose en la “falacia de identificación” que viene a decir que “no tenemos ninguna obligación de extender indefinidamente en el futuro lo que debemos a nosotros mismos o a nuestra generación más próxima para proporcionar a nuestros descendientes un beneficio amplio y continuado.

Cualquier acción que cambie el futuro significa que aquellas personas ya nacidas serían diferentes a las que habrían nacido de no haberse hecho nada. Se crea una paradoja en la que la persona que está naciendo no habría nacido si se hubiera hecho algo más. Schwartz también dice que si no hacemos nada de cara al futuro, las personas que nazcan en ese mundo futuro no pueden culparnos de nada, a menos que ese mundo sea tan horrible que hubiera sido mejor no haber nacido. En este sentido, no podemos perjudicar ni beneficiar a las futuras generaciones. Esta paradoja filosófica nos deja con un problema muy desconcertante, al hacer cualquier cosa se cambia a las personas que estamos tratando de beneficiar y aunque las personas futuras pueden estar agradecidas por lo que hemos hecho, no se hacen moralmente responsables de nuestras acciones o inacciones.

Tal y como lo expone Schwartz (1978: 3-5), supongamos que la política P2 que se pone en práctica en un momento dado T1 es más beneficiosa para las generaciones futuras que otras políticas alternativas, o simplemente la política consistente en no hacer nada P1. Pero dichas políticas no benefician a los sujetos que hubieran existido de no haberse adoptado la política P2, puesto que ellos, no llegarán a existir y por tanto no podrán beneficiarse en modo alguno. Si entendemos la identidad de los individuos como la consecuencia de la fertilización de un óvulo concreto por un espermatozoide determinado, cualquier alteración en las circunstancias específicas de dicha concepción cambiará de manera esencial la composición del mundo futuro siempre que medie una distancia intergeneracional lo suficientemente grande. (Schwartz, 1978: 5, 10 y Kavka, 1982: 94. y De Lora Deltoro 2007: 6). Algunos pensadores (Schwartz (1978), Adams (1979) y Parfit (1984)) han argumentado que los cambios en nuestras elecciones afectan a las identidades de las personas futuras. Derek Parfit (1984: 359) llamó a este concepto el problema de la no-identidad. La esencia del problema es que “a consecuencias indiferentes, deberían nacer personas diferentes”.

Para un estudio más exhaustivo del problema de la no-identidad ver también un reciente trabajo de Boonin (2014), *The Non-Identity Problem and the Ethics of Future People*, Oxford University Press, U.K.

concepción, y las inmunizaría. El ‘Programa Médico B’ consistiría en seleccionar a las mujeres embarazadas, identificaría aquellas mujeres que no son actualmente inmunes a la rubeola, y las prevendría de adquirir la infección y transmitirla a sus fetos desarrollados. Wilkinson (2013: 87) apostilla, al proponer estos dos programas, que actualmente no hay una vacuna para la rubeola que sea reconocida como segura durante el embarazo, pero pide a sus lectores que imaginen que existe una. Si los dos programas fueran igual de efectivos y previesen el mismo número de casos de rubeola congénita, ¿qué programa elegiríamos? Intuitivamente nos sentiríamos inclinados a pensar que son equivalentes, pero Parfit señala que el Programa A está afectado por el problema de la no-identidad. Al retrasar la concepción, los niños que han nacido son diferentes de aquellos que hubieran sido afectados por la rubeola congénita. Al parecer, prevenir la rubeola congénita es algo bueno, pero la razón por la que lo hacemos no es por el bien de los niños afectados. Si adoptamos el Programa A, esos niños nunca llegarán a nacer. Por el contrario, si adoptamos el Programa B, se evitará que algunos niños, que de otra manera hubieran sido afectados por la rubeola congénita, desarrollen sordera, discapacidad intelectual, defectos de corazón, etc.

Cuando pensamos sobre tales casos, Parfit y otros filósofos sugieren que hay dos razones diferentes que deberían motivarnos. Existen lo que llamaríamos razones individuales-que-afectan a la hora de hacer algo (McMahan, 2009), cuando el curso de una acción afectará a individuos existentes o futuros para bien o para mal. Nosotros tenemos una “razón individual-que-afecta” a la hora de adoptar el Programa B porque ello impediría que algunos niños, incluso los no nacidos, nazcan con rubéola congénita. Dichos niños estarían en mejor situación si el Programa B es financiado y llegara a ponerse en práctica, y serían perjudicados si esto no llegase a ocurrir. Pero Parfit argumenta que también podemos tener razones para actuar donde no se afecte a ningún individuo, ya sea para bien o para mal; en ese caso no hay ningún individuo afectado por razones impersonales (Parfit, 1982). Es bueno tomar la decisión de que se ponga en práctica el Programa A porque está bien que la gente sea feliz, en vez de que sea infeliz o sufra. Es mejor que nazcan niños sanos a que nazcan afectados por enfermedades congénitas o por discapacidades.

Regresando al caso teratógeno, aunque no hay una razón individual que afecte a la madre para esperar unos cuantos meses antes de concebir, hay una razón impersonal para hacerlo. Wilkinson (2013: 88) reconoce no estar al tanto de los datos de las encuestas publicadas, pero la mayoría de la gente no parece pensar de forma intuitiva que haya una razón moral para la madre para retrasar el embarazo en el caso teratógeno. Esto parece proporcionar una base para dar más importancia a las consideraciones impersonales, al menos en los casos de sustitución. Pero quizás ¿también apoyaría consideraciones similares para el reemplazamiento? A menudo, se saca otra analogía entre las decisiones sobre sustitución, pruebas prenatales y aborto. Algunos padres deciden poner fin a su embarazo cuando se les ha pronosticado problemas moderadamente serios en el feto, aunque este pueda salir adelante y tener una vida digna. Esto debería estar, al menos parcialmente, sobre la base del pensamiento de que, si este feto muere, otro podría ser concebido, que no fuera discapacitado.

En su libro *Practical Ethics* y también en *Should the Baby Live?*, Peter Singer defiende el reemplazamiento de niños recién nacidos con discapacidad moderada sobre la única base de este tipo de consideración impersonal. Él argumenta que los recién nacidos carecen de estatuto moral; ellos serían tratados de una forma diferente a la que son tratados los adolescentes o los adultos. Pero el filósofo australiano también argumenta que deberíamos otorgar más importancia a las razones impersonales. Es moralmente importante incrementar la cantidad final de bienestar en el mundo, ya sea mediante el aumento del bienestar de aquellos que ya existen o asegurándose de que los que vienen a la existencia tengan una vida tan feliz como sea posible (Singer, 1993: 103, 184-206). De acuerdo con Singer, el simple hecho de que el otro hijo, que los padres podrían llegar a concebir, pudiera tener mayor bienestar que el hijo discapacitado actual, justificaría la muerte del niño actual y su posterior reemplazamiento.

A pesar de haber justificado su posición, creemos que Singer se muestra muy permisivo con respecto al infanticidio, pues, en realidad, no ve nada de malo en ello, siempre que aumente el bienestar común y se reduzca la infelicidad o el malestar general. Sin embargo, nosotros no pensamos así y no compartimos su posición. Consideramos que se puede dejar morir o contribuir a la muerte de un recién nacido

gravemente enfermo cuando se den una serie de condiciones y circunstancias, que detallaremos en el último capítulo de este trabajo, y siempre con la intención de evitar sufrimientos innecesarios, pero no justificamos de ninguna forma matar a un niño para reemplazarlo por otro más sano.

II.3.3.3.11.5.2. Objeciones contra el reemplazamiento.

En este apartado, Wilkinson (2013: 88-102) considera al menos tres objeciones contra el argumento del reemplazamiento.

II.3.3.3.11.5.2.1. La discapacidad no está tan mal.

Esta primera objeción establece una relación entre el bienestar de un niño con discapacidad y otro normal. Después de todo, estar sano no garantiza la felicidad, y hay muchos niños, incluso adultos con discapacidades muy significativas u otras enfermedades, que tienen vidas felices y realizadas. Esto es cierto, sin duda hay personas discapacitadas que pueden ser más felices que otras que no tienen discapacidad. Pero esta no es la cuestión, no se trata de saber si un niño con hemiplejía o con síndrome de Down podría tener una vida feliz. De lo que se trata es de saber si, por norma general, tal discapacidad afecta al grado de bienestar que puede tener una vida. La paradoja de la discapacidad, debe hacer que nos preguntemos si algunos discapacitados están realmente tan mal como aparentan, o como nosotros pensamos que están.

Sin embargo, sería un error, concluye Wilkinson (2013: 88), suponer que no hay desventaja o inconveniente en absoluto en esas deficiencias. Si mantenemos esta posición tampoco habría ninguna razón para evitar que nazcan, o para tratarlos una vez que nacen. No obstante, la razón más importante para fundamentar el “Programa médico B” es que, incluso los grados más leves de discapacidad o de enfermedad, son algo negativo. Imaginemos, en un caso diferente, que la parálisis cerebral de Christine fuese debida a una negligencia médica. ¿Sería una defensa adecuada para el médico argüir que algunos niños y adultos con hemiplejía son capaces de vivir felices, y por tanto no han sido perjudicados por este error? Obviamente no sería una

defensa acertada, no podemos justificar la negligencia médica por el hecho de que una persona discapacitada pueda ser feliz en determinados momentos de su vida, del mismo modo que no podemos obviar que, fruto de esa negligencia, se ha ocasionado un daño a una persona. Por tanto, el decir que la discapacidad no es algo tan malo o que no está tan mal, o que hay personas normales que son más infelices que otras discapacitadas no puede representar un argumento de peso contra el reemplazamiento.

II.3.3.3.11.5.2.2. *El estatuto moral del niño.*

Una segunda objeción que propone Wilkinson (2013: 89) se basa en analizar la diferencia entre sustitución y reemplazamiento. Según el autor australiano, incluso si aceptamos que hay una razón en el caso teratógeno para que una madre retrase la procreación, hay una diferencia entre esta decisión y la decisión de terminar un embarazo o permitir que un recién nacido muera. No hay ninguna razón individual que afecte a la hora de concebir otro hijo. Pero hay una razón individual que no afecta a la hora de interrumpir un embarazo o permitir que un recién nacido muera. El niño, o el feto, que muere con el fin de dar paso al hijo de reemplazo, es perjudicado por tal elección. Este perjuicio da lugar a la objeción más común al reemplazamiento de niños recién nacidos, basada en el estatuto moral del niño.

Si los niños como Christine tuvieran un estatuto moral en defensa de sus vidas, que pudiese impedir su eliminación, dicho estatuto rebatiría el argumento de Peter Singer a favor del infanticidio en base a la aceptabilidad de la sustitución, de las pruebas prenatales y del aborto (Uniacke and McCloskey, 1992; Uniacke, 1997).

Por norma general se acepta, o no se ve con malos ojos, que se pueda retirar el tratamiento vital a algunos recién nacidos bajo ciertas circunstancias especiales; de hecho es una práctica habitual en las unidades de cuidados intensivos en neonatología. Pero necesitamos saber por qué el estatuto moral de los niños implica que el reemplazamiento no debería ser una razón a favor de permitir morir a los recién nacidos.

II.3.3.3.11.5.2.3. *Conclusiones absurdas y consecuencias inaceptables.*

En tercer lugar se encuentra un grupo de objeciones al reemplazamiento que contienen la insinuación de que si aceptamos los argumentos de la reemplazabilidad, estos deberían ser absurdos y evidentemente deberían tener consecuencias inaceptables (Calef, 1992; Uniacke, 1997). Por ejemplo, ¿alguien se ha preguntado por qué, si los niños recién nacidos son reemplazables, los niños más mayores, o los adultos no lo son? La respuesta a esta cuestión dependerá de si hay algunas diferencias significativas entre fetos y recién nacidos o entre niños y adultos, y en este punto se vuelve a la cuestión del estatuto moral. Si hay diferencias, las conclusiones absurdas no deben seguirse. Pero todos aquellos argumentos que acepten como punto de partida la afirmación de Singer de que hay una razón moral que defiende el reemplazamiento, deben concluir que el reemplazamiento no sólo es aceptable sino que es moralmente recomendable. Wilkinson (2013: 90), intentará averiguar si esta afirmación se sostiene. De hecho, cuando ponemos atención a la razón impersonal para reemplazar, y cuando pensamos sobre ello en relación a otras decisiones que se toman sobre los niños futuros, el argumento parece ser débil.

II.3.3.3.11.5.3. *Argumento de razón insustancial contra el reemplazamiento.*

Wilkinson (2013: 90-94) analiza un cuarto argumento contra el reemplazamiento, al que llama de ‘razón insustancial’. En este apartado cita al filósofo americano Jeff McMahan (2002: 345-62) que ha analizado en detalle los argumentos de Singer a favor del reemplazamiento en su libro *The Ethics of Killing: Problems at the Margins of Life*. Según McMahan, las razones que Singer ofrece para quienes desean tener un hijo con el mayor bienestar posible son impersonales. En general, siempre es bueno hacer felices a niños y adultos. Incluso si tuviésemos una razón moral impersonal para maximizar el bienestar de la gente que todavía no existe, esto debería llevarnos a concluir que hay una razón moral para concebir hijos, lo cual entraría en conflicto con lo que mucha gente cree sobre las decisiones reproductivas. La mayoría de la gente no piensa que haya una razón moral para concebir un hijo, ni que alguien esté haciendo algo incorrecto si usa métodos

anticonceptivos, o si decide simplemente no tener hijos. De hecho, una persona que haya tenido hijos no se situaría en una posición moral más alta que aquella que no los haya tenido o piense en no tenerlos.

La idea de que ciertas versiones del utilitarismo tienen implicaciones contrarias a la intuición para la moralidad de la concepción no es nueva (Hursthouse, 1987: 143-4; Glover, 1990: 69-70). El filósofo Stuart Rachels¹¹⁹ (1998) ha tratado de evitar el problema de las implicaciones contraintuitivas y sugiere que, aunque haya una razón moral para concebir un hijo, ésta es débil y es más importante por otros factores. Esto tendría menos consecuencias significativas para la moralidad de las decisiones en la concepción.

Por otra parte, McMahan (2002) argumenta que, si aceptásemos tal cosa como un compromiso, es decir que los seres humanos tenemos el compromiso moral de concebir hijos (para con las generaciones futuras y para con nosotros mismos) ello tendría implicaciones para el argumento a favor del reemplazamiento. Es decir, que las razones menores, que normalmente son consideradas como suficientes, para justificar el no tener un hijo (por ejemplo la preferencia personal por el número de hijos que queremos tener, la necesidad de comprar un coche más grande si aumenta la familia, o el deseo de viajar en una fecha concreta que sea incompatible con que una mujer se quedase embarazada, etc.) serían razones suficientes para justificar matar, o permitir morir, a un niño discapacitado y reemplazarlo por otro sano. Esta argumentación a favor del reemplazamiento parece insostenible. Por ello, la línea de razonamiento de McMahan (2002) puede darse la vuelta, aunque, para responder una pregunta diferente: ¿Cuán fuerte es la razón moral para reemplazar?, o dicho de otro modo ¿hasta qué punto es relevante la razón moral a la hora de tomar la decisión de reemplazar a un niño defectuoso por otro normal? En principio, las razones impersonales para reemplazar y para concebir son afines. Pero cuando comparamos estos dos tipos de decisiones entre sí, el valor impersonal del reemplazamiento

¹¹⁹ Rachels no está de acuerdo con la posición de Tooley que afirma que concebir un niño discapacitado, cuya vida no sea digna de ser vivida, no es moralmente correcto. En cuyo caso lo mejor es no concebir, ya que no es posible perjudicar a un individuo que no es traído a la existencia. Stuart Rachels se opone al argumento de Tooley sobre la base de que tiene consecuencias contrarias a la intuición. Su argumento más interesante es un contraejemplo al estilo Parfit: una mujer está a punto de tomarse una píldora de fertilidad que le ocasionará gemelos, uno sano y otro enfermo. ¿Hay alguna diferencia, moralmente hablando, si la mujer conoce cual de los gemelos estará sano y cual no?

parece ser menor que el de concebir un hijo (donde la alternativa no sea tener un hijo).

Wilkinson (2013: 91-92) propone dos situaciones, que ilustra con un diagrama de barras.

En la primera situación compara el incremento del bienestar teniendo un hijo discapacitado (A) o reemplazándolo por otro (B), y cuantifica el incremento neto de bienestar (Δ) restando el bienestar del hijo discapacitado actual al del siguiente hijo sano (todavía no nacido), por lo tanto: $\Delta = B - A$.

La segunda situación muestra un gráfico donde se puede observar el incremento neto del bienestar comparando dos situaciones: la primera sería la de no tener al hijo enfermo o discapacitado (A) = (0) y la segunda teniendo un hijo sano posteriormente a la muerte del primero (B), el resultado es la diferencia de restar el bienestar por no tener al hijo enfermo, y la de tener un tener un hijo sano, por lo tanto $\Delta = B - 0$. En esta segunda situación el incremento neto de bienestar es mucho mayor que en la primera.

En la primera, se muestra la diferencia entre un niño normal y Christine (o un niño discapacitado cualquiera). En la segunda, se muestra la diferencia entre un niño normal y ningún niño. En consecuencia, hay una razón más débil para reemplazar un niño recién nacido discapacitado que para concebir uno cualquiera. Si aceptamos el punto de vista general de que es mejor sólo una razón moral débil para concebir un hijo, la razón para reemplazar es verdaderamente débil. Wilkinson (2013: 92) llama a esto el argumento de razón insustancial contra el reemplazamiento, y considera que este razonamiento puede parecer muy abstracto, por lo que propone una analogía con un manzano para hacerlo más comprensible. Dicha analogía consiste en lo siguiente: primero procedemos a plantar un manzano, y una vez plantado descubrimos que el porta injerto o patrón no está muy sano, más bien está enfermo, aunque la enfermedad no es muy grave. Aunque producirá manzanas no lo hará como un árbol normal, sino que lo hará en menor medida. Las manzanas que produzca serán sabrosas, pero la cosecha será escasa. Sabemos que si arrancamos el manzano y lo reemplazamos por otro completamente sano, éste dará una cosecha mucho mayor que el que tenemos ahora. Entonces Wilkinson se pregunta si deberíamos reemplazar el manzano en este caso, y dice que la respuesta es que dependerá de lo importante

que sea para nosotros tener una producción mayor de manzanas del árbol nuevo. Pero aquí el argumento de razón insustancial se impone. Si decidimos reemplazar el manzano enfermo por uno sano, la ganancia en manzanas será menor de lo que esperábamos tener al plantar el manzano en primer lugar. La fuerza de la 'razón-manzana' para reemplazar el manzano depende del valor que le demos a tener una cosecha más abundante de manzanas. Si fuera importante tener un gran número de manzanas (por ejemplo porque no pudieran ser compradas en otra parte, o porque plantamos el manzano como negocio, para vender las manzanas), entonces tendríamos una razón fuerte para reemplazar el manzano. Pero si sólo tenemos el manzano por capricho, nos daría igual y quizás no lo reemplazaríamos por otro nuevo.

Tal y como sucede con una pareja que podría decidir tener un hijo o no tenerlo, si no hubiera una razón fuerte para plantar un manzano en primer lugar (quizás si hubiésemos decidido plantar un cerezo, o un árbol ornamental, o simplemente no plantar ningún árbol), la razón para reemplazarlo debe ser incluso más débil.

Volviendo al asunto que nos ocupa: muchas parejas deciden no tener un hijo, o simplemente no tener más hijos por una serie de razones menores, por ejemplo el tamaño de la familia en la que ellos fueron criados, o los costes de criar un hijo, o quizás que ellos ya tienen un hijo de cada género, o cualquier otro motivo poco relevante. ¿Estarían haciendo algo moralmente incorrecto por decidir no tener más hijos? Si estuviésemos convencidos de que, por el argumento de Stuart Rachel, motivos como estos son suficientes para justificar el no tener más hijos, entonces cualquier tipo de consideración similar (o incluso más débil) superaría a la razón impersonal de reemplazar a un niño como Christine. De ello se deduce que no puede haber una razón impersonal lo suficientemente fuerte como para justificar el reemplazamiento.

En este punto de la argumentación, Wilkinson (2013: 93) muestra un efecto secundario del argumento de la razón insustancial. Las decisiones de reemplazamiento y sustitución se solapan en su dependencia sobre las razones impersonales. Pero si el argumento anterior revela que el reemplazamiento tiene una fundamentación débil, debe afectar también a la sustitución; debe cambiar nuestro

punto de vista sobre casos como el teratógeno. Así que podemos preguntarnos ¿cómo de fuerte es la razón para sustituir? Contemplando decisiones como esa, o decisiones sobre mejoramiento genético, Julian Savulescu (2001) ha argüido que cuando unos padres tienen que tomar una decisión, también y al mismo tiempo, tienen la obligación moral de tener hijos con el mayor grado de bienestar previsto y posible. Él se refiere a esta obligación como el “principio de beneficencia procreativa”. Este principio explicaría por qué sería incorrecto que los padres eligiesen deliberadamente implantar un embrión al que se ha pronosticado una enfermedad o un defecto, cuando ellos pueden elegir implantar un embrión sano, que no esté afectado por ninguna enfermedad, (por ejemplo, sería incorrecto que los padres eligiesen deliberadamente implantar un embrión con un gen para la sordera). Además, también daría lugar a la obligación de la madre a esperar para concebir en el caso teratógeno.

Sobre la base de un argumento que ahora sería familiar, sin embargo, hay una razón menor para sustituir que para concebir un hijo. Los tipos de razones que justificarían la elección de una pareja, el límite del tamaño de la familia o no tener hijos también justificaría una decisión de concebir un hijo con un bienestar por debajo del mejor que fuera posible. Para la madre que toma medicación teratógena sería relativamente fácil justificar una decisión de concebir un hijo con una incapacidad moderada en vez de esperar y tener subsecuentemente un hijo discapacitado. Quizás ella no quiere esperar, y está muy interesada por un hijo ahora. Por otra parte, Wilkinson (2013: 93) considera que no podemos llegar exactamente a las mismas conclusiones sobre las decisiones de sustitución y reemplazamiento. Una diferencia entre sustitución y reemplazamiento es que a menudo hay mucha menos razón para no sustituir. El argumento de la razón insustancial no significa que no hay obligación de los padres a considerar el bienestar de los hijos que ellos podrían concebir, sólo que la razón *prima facie* es relativamente débil.

Para los padres que ya se han sometido a un tratamiento de fertilización *in vitro* y que están eligiendo implantar un embrión, en vez de otro, debe haber una pequeña (o ninguna) razón moral para seguir el principio de beneficencia procreativa y elegir el embrión mejor dotado, con la mayor oportunidad de ser feliz y ser más sano. En comparación, las decisiones de reemplazamiento llevan consigo la muerte

del feto actual, el recién nacido o el niño. Debe haber razones morales considerables empujándonos en la dirección opuesta, hacia mantener con vida al niño.

Como ya hemos explicado al comienzo de este apartado sobre el argumento del reemplazamiento, existe una diferencia substancial entre reemplazar y sustituir. Mientras que reemplazar consiste eliminar a un ser existente para reemplazarlo por otro, sustituir no implica matar o eliminar a ningún ser que ya existe, sino que se trata de elegir o tomar decisiones en el momento de la concepción o de la implantación de un embrión.

Con respecto al reemplazamiento ya hemos dado nuestra opinión al respecto en reiteradas ocasiones; no creemos que justifique por sí solo la muerte de un niño (por muy enfermo que esté). Sin embargo, la sustitución es moralmente diferente, creemos que no tenemos una obligación moral de elegir el embrión o el bebé más sano posible, no creemos que exista un “principio de beneficencia procreativa” que nos obligue a tomar una decisión y no otra. Sin embargo sí creemos que, siguiendo el principio de beneficencia, sí que deberíamos optar siempre por elegir la mejor opción, y el mejor bienestar para nuestro futuro hijo y para nosotros mismos, pero como una elección voluntaria y libre. No sería la mejor elección un embrión defectuoso, habiendo embriones sanos, como tampoco es la mejor opción para una mujer quedarse embarazada a sabiendas que está enferma y que transmitirá a su hijo la enfermedad. No obstante, siempre hay casos y circunstancias que analizar para saber si su comportamiento es el mejor posible moralmente hablando.

II.3.3.3.11.5.4. Hare y los intereses del próximo hijo en la cola.

Wilkinson (2013: 94-96) desarrolla una idea muy utilizada en Bioética y de la que ya habló R.M. Hare en sus escritos sobre reemplazamiento, y que no se refiere a razones impersonales. El filósofo británico argumenta de manera clara lo que él llama “el siguiente hijo en la cola”, el hijo que debería ser concebido si el hijo actual muere. En un ejemplo específico, Hare compara el pronóstico para un feto que tendrá una discapacidad severa (por ejemplo espina bífida) si llega a nacer y el pronóstico para un posible hijo normal llamado “Andrew”. En este escenario posible, Hare sostiene que lo que los padres tienen que tener en cuenta cuando se trata de

decisiones reproductivas es la consideración de un futuro hijo normal (Andrew), cuyo nacimiento debería venir después de uno anormal. Supongamos que una pareja que ha concebido un hijo anormal, con pocas probabilidades de tener una vida normal (sin disfunciones), tiene la posibilidad de concebir más adelante un hijo sano (Andrew), que debe nacer posteriormente, a menos que su vida sea retenida por el nacimiento del primer hijo (por ejemplo: padres que sólo intentaron tener un hijo, o que si están criando un hijo discapacitado no disponen del tiempo necesario para otro hijo). Hare argumenta que los padres deberían elegir a Andrew en lugar de su hermano (el feto discapacitado existente) si todos los intentos para curar a este último fracasan. En otras palabras, el primer hijo debería ser abortado por el bien del futuro Andrew. Hare imagina a Andrew y su hermano sin nombre debatiendo los méritos relativos a sus vidas en otro mundo imaginario, y sopesando quién tendrá la mejor oportunidad de tener una vida feliz (Hare, 2006: 329-33).

Wilkinson (2013: 94) dice que, desde el momento en que se nos plantea la posibilidad de elegir entre concebir un hijo y no hacerlo deberían ser tenidos en cuenta los intereses de esa posible persona que podría ser concebida posteriormente (Hare, 1998: 279).

Al igual que Hare, Peter Singer (Kuhse y Singer, 1985: 158) también se refiere a los intereses de los futuros hijos posibles. Así, si tomamos la elección en esos términos (del conflicto entre los intereses del niño y de la familia) podemos prescindir de alguien, o de un posible alguien, cuyos intereses no han sido tenidos en cuenta. El feto y Andrew intentan encontrar una solución sobre la base de igual consideración de intereses de ambos teniendo una feliz existencia. Aquí, sin embargo, debemos percatarnos de otro interés importante: el del próximo hijo en la cola. (Hare, 2006: 331). En esta línea de argumentación, también hay que tener en cuenta el perjuicio ocasionado al posible hijo en el caso de no llegar a ser concebido; en otro artículo Hare dice:

«Pero si existir hubiera sido para él un bien (porque esto hace posible los bienes que, una vez que él existió, fue capaz de disfrutar), seguramente fue un perjuicio para él no existir, y no ser capaz de disfrutar esos bienes». (Hare, 1975: 221).

Algunos padres deben pensar sobre el futuro de sus posibles hijos en tales términos concretos, quizás incluso llamándolos en la forma que lo hace Hare. Peggy Stinson¹²⁰ se preocupó por el futuro de su posible hijo "Jonathan" que estaba previsto que llegara a nacer gracias a la insistencia de los médicos en que el tratamiento continuara a pesar de la enfermedad de Andrew Stinson (un niño prematuro). Pero, ¿tiene sentido hablar de los intereses de tales niños, o de los que son perjudicados por decisiones que no les permiten existir?

Wilkinson (2013: 95) afirma que hay una razón a favor de que tales pensamientos pierden coherencia, ya que no hay (actualmente) un hijo que será concebido si el niño actual muere, no hay un Andrew ni un Jonathan esperando su oportunidad. Más bien hay una gran cantidad de posibles niños, diferentes combinaciones de espermatozoides y óvulos que podrían ser potencialmente concebidos. Estaríamos preocupados por los intereses de una innumerable cantidad de posibles individuos que podrían ser concebidos (pero de los cuales la gran mayoría nunca existirán).

No tiene ningún sentido hablar sobre perjudicar los intereses de esos posibles hijos. Si no llegan a nacer, no hay ninguna entidad, ni individuo que pueda ser dañado o perjudicado. Deberíamos pensar que Andrew o Jonathan podrían ser beneficiados si son concebidos. Pero, como se ha dicho anteriormente, el concepto más plausible de perjudicar a alguien lleva implícita la idea de que su situación actual es peor de lo que hubiera sido de cualquier otra forma. Y Andrew o Jonathan

¹²⁰ En diciembre de 1976 Peggy Stinson, una maestra de Pennsylvania, tuvo un parto prematuro cuando se encontraba embarazada de veinticuatro semanas. El bebé, a quien Robert y Peggy llamaron Andrew, era difícilmente viable. A pesar de una declaración firme de ambos padres en la que indicaban que no querían "heroísmos", los médicos a cargo de su hijo utilizaron toda la tecnología de la medicina moderna para mantenerle vivo durante casi seis meses. Andrew tuvo reposiciones periódicas. Al final de aquel periodo era claro que si lograba sobrevivir quedaría ser y permanentemente impedido. Andrew, además, sufría considerablemente: en un momento determinado su médico dijo a los Stinsons que debía "ser un infierno" cada vez que Andrew respiraba. El tratamiento de Andrew costó 104.000 dólares de 1977 -hoy fácilmente excedería en tres veces esa cantidad puesto que los cuidados intensivos para los bebés extremadamente prematuros cuestan 1.500 dólares al día.

Andrew Stinson fue mantenido vivo contra los deseos de sus padres, a un coste financiero significativo a pesar del sufrimiento evidente y del hecho de que, traspasado un cierto umbral, parecía claro que nunca sería capaz de vivir una vida independiente, o de pensar y caminar al modo en que lo hacen la mayoría de los humanos. Independientemente de que ese tratamiento a un bebé humano sea o no lo correcto, resulta chocante el contraste con el modo indiferente en el que disponemos de la vida de perros vagabundos, monos de laboratorio y ganado vacuno. ¿Qué justifica la diferencia?

Extracto de *Ética práctica*. Peter Singer. ¿Qué hay de malo en matar? El tratamiento de Andrew Stinson se describe en *The Long Dying of Baby Andrew* de Robert y Peggy Stinson (Boston: Little, Brown, 1983).

no pueden estar en peor situación si no son concebidos; no pueden ser nada ya que no existen ni existirán (Wilkinson, 2013: 95).

A veces, la gente piensa que es peor que te quiten algo tuyo a que te denieguen algo que no es tuyo. No es lo mismo que no te concedan algo a que te roben lo que es tuyo, hay una gran diferencia. Hay una aparente asimetría entre perjuicios y beneficios. Los perjuicios cuentan más. Algunos filósofos, y algunas perspectivas filosóficas, cuestionan esta diferencia y sugieren que esto es parcial o totalmente ilusorio. Sin embargo, incluso si aceptamos este argumento, parece ser algo especial sobre el perjuicio o beneficio de concebir. Si concebimos un hijo hay algo que podemos identificar que recibe ese beneficio. Pero si decidimos, por cualquier razón, no concebirlos, ellos no pueden ser perjudicados – no hay “ellos” en absoluto.

Con respecto a los intereses del próximo hijo en la cola creemos que no es un argumento de peso que haya que ser tenido en cuenta en solitario a la hora de tomar una decisión sobre la vida o la muerte de un feto o un recién nacido. Sin embargo, como veremos en el capítulo cuarto, apartado cinco de esta tesis, en la sección dedicada a los condicionantes que hay que tener en cuenta para determinar si continuar o no con el tratamiento de soporte vital de un recién nacido gravemente enfermo, sí consideramos que puede ser útil, en menor grado y en compañía de otros condicionantes, como el pronóstico vital, la calidad de vida, el mayor interés tanto de la familia, como de la sociedad, como del siguiente hijo en la cola.

II.3.3.3.11.5.5. Contra el argumento de razón insustancial.

En este apartado, Wilkinson (2013: 96-98) considera que una vez expuesto que el reemplazamiento no aporta un argumento sólido a favor de permitir la muerte de un recién nacido, será peor considerar la otra cara de la moneda. Hay varias respuestas posibles al argumento de la razón insustancial. Alguien que quisiera defender el reemplazamiento debería disputar uno de los componentes clave en el argumento anterior. Quizás no se esté de acuerdo con la intuición general y se pueda defender que hay una razón moral sólida a favor de concebir hijos. Si ese fuera el caso, podría ser también una potencial razón moral fuerte para reemplazar (aunque

menos fuerte que la razón para concebir). Sin embargo, aunque esta es una posible respuesta al argumento, tiene algunas implicaciones muy poco atractivas para la moralidad de la política de población, la contracepción, y el aborto. Una implicación es que estaríamos todos obligados a tener tantos hijos como posibilidades se nos presentasen. Aquellas mujeres que optasen por abortar, en lugar de continuar con su embarazo, estarían cometiendo una acción moralmente incorrecta, a menos que estén, subsecuentemente, planeando quedarse embarazadas de nuevo (Calef, 1992). Consecuentemente, Wilkinson (2013: 96) considera que algunas de nuestras decisiones sobre tener hijos serían indefendibles y sospecha que muy poca gente aceptaría estas implicaciones.

Alternativamente, el argumento de razón insustancial sería visto como una variación de un criticismo habitual de ciertas teorías morales, particularmente el utilitarismo, que son demasiado exigentes (Williams, 1973). Algunas obligaciones morales entrarían en conflicto con proyectos personales o con una moralidad del sentido común, y este conflicto no hace plausible la idea de una razón moral fuerte para concebir, sólo la haría inaceptable.

Sin embargo, la relación entre concepción y reemplazamiento significa que hay más razón en la base impersonal para concebir más hijos que para reemplazarlos. Hay una razón impersonal más fuerte para defender un incremento en la reproducción y oponerse a la contracepción y al aborto, que para defender el reemplazamiento de recién nacidos discapacitados. Esta posición, asevera Wilkinson (2013: 96) es difícil de aceptar.

Otra objeción propuesta por Wilkinson (2013: 97) surge de una respuesta común a la insinuación de que hay una razón moral para reproducirse. Aunque, en principio, esté bien dar a luz un hijo que tendrá una vida digna, tenemos que tener en cuenta otros factores, como por ejemplo los costes medioambientales y de recursos al aumentar la población. De hecho, hay múltiples factores individuales que pesan contra el valor impersonal de tener un hijo. En un mundo superpoblado, con recursos limitados, una vez que lo hemos tenido todo en cuenta, no hay una razón moral fuerte para concebir (Glover, 1990: 70; Rachels, 1998). ¿Cómo afecta esto a las decisiones sobre reemplazamiento? El argumento de razón insustancial se seguiría aplicando si,

teniéndolo todo en cuenta, la razón general para concebir un hijo no es fuerte, hay incluso una razón más débil en su conjunto para reemplazar.

Un punto a tener en cuenta es que los costes no son necesariamente iguales. Puede haber mayores costes para la familia de Christine y para la sociedad si ella vive, de los que serían ocasionados por un niño sin discapacidad. Pero a menos que esos costes tengan más influencia que el valor impersonal de dar a luz a Christine, habrá mayores razones para concebir que para reemplazar. En general Wilkinson (2013: 98) no piensa que los costes de buscar después un hijo con parálisis cerebral moderada o hemofilia pesen más que el valor de la vida de ese niño. Por otra parte, si los costes de mantener vivo al actual niño influyen más que el valor impersonal, habría ya una razón decisiva para permitir que el niño muera. Entonces no habría necesidad de justificar la decisión invocando el bienestar de otro posible hijo futuro. La situación estaría clara en este caso.

Algunos filósofos, como el surafricano David Benatar, sostienen que tener un hijo siempre ocasiona un perjuicio, que la existencia infringe un verdadero daño, independientemente de los sentimientos del ser existente y, como consecuencia, es siempre moralmente erróneo engendrar más seres que sienten, Benatar (2006: 18-57) argumenta desde la premisa de que el dolor y el sufrimiento son en sí mismos algo negativo.

Como una alternativa a este argumento, se podría decir que el coste de tener un hijo (aunque sea uno sano) tendría más preeminencia que el propio valor de su existencia. Si esto fuera cierto, sería mejor reemplazar un hijo que concebirlo con un bienestar normal. Sin embargo, sería mejor no tener ningún hijo adicional, o permitir morir al hijo actual sin tener otro posteriormente; habría más razones para hacer esto que para reemplazar al que ya existe. Pero Wilkinson (2013: 98) considera que este punto de vista no proporciona un argumento convincente para el reemplazamiento en las unidades de cuidados intensivos de neonatología.

Por nuestra parte, consideramos que tener un hijo no siempre ocasiona un perjuicio, es más, en la mayoría de los casos ocasiona un beneficio, y por lo tanto no es moralmente erróneo concebir hijos, sino todo lo contrario. En todo caso, dependerá de las circunstancias de cada uno. Además consideramos que el valor de la existencia de un ser humano es más importante que el coste de tenerlo; es más, no

es comparable y menos en términos económicos. Es cierto que en algunos casos extremos, traer a la existencia a un nuevo miembro de la familia puede causar un grave perjuicio tanto al niño que está por nacer, como a los padres y hermanos que ya existen (pero incluso en esas circunstancias la gran mayoría de las familias siguen adelante), sólo en esos casos extremos se podría considerar la posibilidad de prescindir del nuevo ser que está por venir. No obstante, se tendría que evaluar la situación y las circunstancias de cada caso por un comité de bioética; de ello nos ocuparemos en el capítulo cuatro de esta tesis.

II.3.3.3.11.5.6. Separar el reemplazamiento de la decisión de concebir o no concebir.

En el argumento de razón insustancial Wilkinson compara el reemplazamiento con las decisiones que causan el nacimiento de un individuo. Así como también podría separarse la pregunta: ¿qué hijo concebir?, de esta otra: ¿debemos o no debemos concebir? (McMahan, 2002: 355). Por ejemplo, alguien puede creer que si unos padres van a tener un hijo sería mejor para éste estar sano en vez de padecer una discapacidad, como le ocurre a Christine, aunque niegan que esto implique una obligación moral de traer un hijo al mundo. Pero, ¿cómo podría justificarse?

Una razón para separar estos juicios es sobre la base de otra distinción recogida por Derek Parfit. En los casos de sustitución existe el mismo número de individuos que en la otra opción (se da lo que Parfit denomina ‘Caso de Mismo Número’), mientras que en los casos de tener otro hijo hay que añadir un individuo extra (es un ‘Caso de Número Diferente’). En el caso de Número Diferente se incrementan las cuestiones desconcertantes para la política de población, cuestiones estas que son difíciles de resolver (Parfit 1984: 381-441). Por ejemplo, si pensamos que es bueno aumentar la cantidad de bienestar en el mundo, podríamos tomar medidas para tener una población mundial que sea extremadamente alta. Incluso si todos en este mundo abarrotado de gente tuviésemos vidas que fueran mucho peores que las que tenemos ahora, la cantidad total de felicidad o bienestar sería alta. En teoría, estaría mejor un mundo con un trillón de personas viviendo vidas que sólo

sean meramente dignas, que una población mundial mucho más reducida con personas viviendo vidas extremadamente satisfechas. Esta sorprendente y contraintuitiva conclusión fue llamada por Parfit ‘la Conclusión Repugnante’. Debido a razones impersonales se producen dichas conclusiones poco atractivas en los casos de Diferente Número, que podríamos pensar que sólo deberíamos tener en cuenta en los casos de Mismo Número como en el ejemplo del Programa Médico.

Pero Wilkinson (2013: 98) se percata de que surgen problemas con esta línea de argumentación. Reemplazar es un caso de Número Diferente, por lo que las razones impersonales no se aplicarían potencialmente a cualquiera. Aunque después del reemplazamiento siga existiendo el mismo número de individuos que antes, el número total de individuos que nunca han existido sería diferente. En cualquier caso parece que se aplican consideraciones impersonales *ad hoc* a un tipo de caso pero no al otro. En este sentido, se considera que algo será moralmente relevante si incrementa la totalidad de bienestar (aún si no se beneficia a nadie que exista actualmente ni en el futuro) y al contrario, no parece moralmente relevante si el incremento de bienestar ocurre cuando se concibe un nuevo individuo.

Si la justificación de reemplazar es impersonal, tiene que estar relacionada con las decisiones sobre la concepción. Una vez que esta relación esté clara, la razón para reemplazar llega a ser débil y fácilmente sopesada. En este punto de la argumentación se pregunta Wilkinson (2013: 99) si ‘¿podrían las razones a favor del reemplazamiento ser ‘razones-individuales-que-afectan’ en vez de ‘razones-impersonales’?’

Hay dos formas en las que el reemplazamiento podría proporcionar un beneficio a los individuos.

En primer lugar podría pensarse que el beneficio es para el niño de reemplazo. La idea de alguien beneficiándose de ser traído al mundo es controvertida (aunque a menudo pensamos que los individuos pueden ser perjudicados por ser traídos a la existencia si ellos tienen una vida que no es digna de ser vivida). En este caso la idea sería que ambos (tanto el niño actual como el niño de reemplazo) se benefician de sus propias vidas – pero puesto que hay un mayor bienestar en la vida del próximo niño, ese niño se beneficiará más. Hare parecía tener en mente algo como esto cuando escribió que el próximo niño tenía un mayor interés en venir al

mundo que el niño actual, en virtud de la mejor vida en reserva (Hare, 2006). Sin embargo, debemos tener en cuenta que este no es un beneficio comparativo; el niño que viene a la existencia no está mejor de lo que ellos hubieran estado, ya que de otra forma no habrían existido. Así que no es realmente un ‘individuo-afectando’, en la forma que Wilkinson ya ha descrito anteriormente. En cualquier caso, si el beneficio para el niño de su futura vida es una consideración moral relevante en decisiones sobre reemplazamiento o sustitución, la misma clase de beneficio se aplicaría a las decisiones de concepción. Cualquier niño que traigamos al mundo con una vida digna se vería beneficiado desde el momento que haya sido concebido. Otra vez, afirma Wilkinson, D. (2013: 100) habría una razón más fuerte para concebir un hijo que para reemplazarlo.

La segunda forma potencial en que el reemplazamiento podría beneficiar a alguien sería su efecto en otra gente que existe o que existirá, por ejemplo, los padres de Christine, sus hermanos, y otros miembros de la sociedad. Podríamos llamar a esto una razón indirecta de “individuos-que afectan”, ya que no se refiere a los individuos cuya existencia será afectada por nuestra decisión. La vida de los padres, y de aquellos de sus otros hijos, debe ser mejor si ellos tienen un hijo sano en vez de uno con discapacidad. Y debería ser mejor para el resto de la sociedad que no tiene que compartir los costes económicos del tratamiento de Christine.

Si el reemplazamiento está justificado en esta forma, indirectamente, entonces el vínculo entre las decisiones de reemplazamiento y concepción se rompe. Aunque es muy probable que sea mejor para los padres tener un hijo sano que uno con discapacidad, no sería necesariamente mejor para ellos tener un hijo sano que no tener ninguno en absoluto. Cuando los padres conciben un hijo sano, debemos estar seguros si el efecto de dicha acción en los demás será positivo o negativo. La vida de los padres tiene que ir a mejor si ellos tienen un hijo, o puede ir a peor. Los hermanos pueden beneficiarse de su compañía, o pueden sufrir de competición. Otros en la sociedad pueden beneficiarse de las contribuciones de ese hijo en el futuro, o pueden ser perjudicados al tener que soportar los costes de su enfermedad.

Volviendo a la analogía del manzano, esto supondría una revelación con respecto al manzano actual, no sobre la base del beneficio abstracto del número de manzanas, sino porque yo puedo preferir tener más manzanas que menos manzanas.

No puedo preocuparme por si tengo un manzano o un cerezo, pero sí que puedo preferir un manzano que esté muy cargado de fruta a uno que apenas tenga manzanas.

Reformulado de esta forma, en el beneficio o perjuicio a otros, tanto el reemplazamiento como la sustitución tienen una base mucho más fuerte. El principio de beneficencia procreativa sería apoyado por el efecto que causa en las familias y en otros el concebir un hijo sano en lugar de uno con discapacidad o enfermedad. Habría un modo más tangible de defender la intuición que el de la madre (en el caso teratógeno) que debería esperar para concebir, y que los padres deberían escoger implantar un embrión sano. Quizás también ayude a entender algunos juicios que se dan cuando el reemplazamiento no puede tener lugar.

Algunos niños en unidades neonatales de cuidados intensivos son fruto de padres que han tenido una considerable dificultad para concebirlos – ellos deben haber realizado múltiples intentos en una fertilización in vitro, con una escasa probabilidad de poder concebir otro hijo. O quizás la madre ha tenido una complicación mayor en el parto y tiene que someterse a una histerectomía. En tales casos el hijo debe ser particularmente valioso para los padres, y en ese caso habría una gran reluctancia a suspender el tratamiento. Es el significado del hijo para esos padres, dada la falta de hijos futuros, lo que hace particularmente importante la supervivencia del niño.

Pero hay distintos puntos a tener en cuenta sobre este argumento reconfigurado para el reemplazamiento (Wilkinson, 2013: 101-102):

Primero, el modo en que algunos filósofos se han referido al reemplazamiento ha sido sugiriendo que produce una razón separada o adicional a permitir que un niño muera. En este sentido R.M. Hare escribió:

«Ahí está el interés de la madre... los demás miembros de la familia también tienen un interés similar... además están los intereses de aquellos que no son de la familia... y por último hay otro interés que es comúnmente ignorado en estas discusiones, y que es tan importante como los anteriores, y a menudo pienso que debería inclinar la balanza... este es el del próximo hijo en la cola.» (Hare, 2006: 330).

Pero si el reemplazamiento está inicialmente justificado porque será mejor para los padres, la familia, y/o la sociedad, entonces en este sentido desaparece como un factor separado en las decisiones sobre permitir la muerte de un niño recién nacido. Los médicos y padres ya piensan sobre los intereses del niño, los intereses de la familia, y quizás los intereses de otros. El reemplazamiento no es una razón extra, aunque debe explicar cómo se verían afectados positivamente los intereses de otros si al niño se le permitiera morir.

Además, hay un argumento generalmente aceptado que dice que el coste o los beneficios para la sociedad, derivados de la existencia de un niño, no son factores a tener en cuenta cuando estamos tomando decisiones sobre el tratamiento de soporte vital. (*Nuffield Council on Bioethics* 2006: 21, 45). No hay que decir que los costes potenciales no deberían tener ningún papel en las decisiones sobre cuidados intensivos de neonatos. Tales costes deberían ser relativamente considerados por los responsables políticos (Wilkinson, 2011). Sin embargo, los costes de un tratamiento futuro (o por extensión los beneficios a la sociedad) no son tenidos en cuenta como factores que tendrían algún papel en las decisiones sobre tratamiento de soporte vital en pacientes individuales de cuidados intensivos. Pero la razón relevante para el reemplazamiento se viene abajo por el beneficio a los padres y hermanos de tener un hijo diferente en vez del actual recién nacido.

Finalmente, señala Wilkinson que esta manera de pensar sobre el reemplazamiento es una forma de justificación diferente de la tradicionalmente dada. No es sobre el valor abstracto de traer gente feliz a la existencia, es sobre los intereses de los padres y otros miembros de la familia. Si se proporciona una razón decisiva para permitir la muerte de un recién nacido dependerá, sobre todo, de las razones por las que no debemos dejarlos morir, y de cómo los intereses de los padres y de la familia tendrían más valor que aquellos del niño.

II.3.3.3.11.5.7. Conclusión de Dominic Wilkinson acerca de la cuestión de la reemplazabilidad.

Con respecto a esta difícil cuestión, Wilkinson (2013: 102-103) se pregunta si, en el caso de que la máquina Carmentis pudiera predecir con exactitud el grado de

discapacidad con el que va a nacer un niño, el reemplazamiento podría justificar la retirada del tratamiento vital a un recién nacido discapacitado y qué diferencia habría si sus padres pudieran tener otro hijo sano posteriormente.

Si la razón para reemplazar al niño es impersonal, la respuesta sería que no hay mucha diferencia. El argumento de razón insustancial sugiere que, en términos impersonales, las razones para reemplazar un niño recién nacido enfermo por otro sano son más débiles que las razones para concebirlo. Si aceptamos que hay una razón moral en sentido fuerte para concebir, faltaría una justificación en sentido fuerte para reemplazar, pero esto tiene implicaciones nefastas. Por otra parte, si creemos que no hay una razón fuerte para concebir, entonces entiende Wilkinson que hay una razón impersonal más débil para reemplazar.

Alternativamente, si el beneficio de reemplazar fuera entendido en términos concernientes al individuo, la respuesta revertiría sobre los intereses de otros, y sobre el efecto en las vidas de otros individuos (principalmente padres y otros hermanos) si vive un niño sano en vez de un niño defectuoso. Haciendo una reflexión profunda sobre este asunto, Wilkinson (2013: 102) se pregunta: ¿Qué repercusión tendría esto para Christine, la niña prematura con hemiplejía? El reemplazamiento sería relevante en nuestra respuesta para el resultado de la máquina Carmentis si las vidas de sus padres fueran mejores con un hijo distinto no defectuoso. Pero sus vidas irían potencialmente a peor por la pérdida de Christine. La mayoría de los padres de niños gravemente enfermos están emocionalmente vinculados a su hijo y experimentan una profunda pérdida si el niño muere. En la práctica, en cuidados intensivos neonatales, con frecuencia es difícil persuadir a los padres para que dejen morir a sus hijos o que permitan retirar el tratamiento vital, incluso cuando los médicos consideran inadecuado que el niño sobreviva, ya que si lo hace, padecerá irremediamente discapacidad y enfermedades. No parece probable que para algunos padres la mejora potencial en su vida futura pese más en sus decisiones que las consecuencias negativas de perder a un hijo amado y anticipado. Pero ¿qué ocurriría si los padres quisieran dejar morir a Christine e intentasen concebir otra vez?, ¿justificaría el reemplazamiento entonces la retirada del tratamiento? Wilkinson (2013: 103) sostiene que dependerá de la importancia que otorguemos al impacto de su

supervivencia (comparado con un niño no normal) en los padres y otros miembros de la familia.

Al final de su conclusión, asegura Wilkinson (2013: 103) que al adentrarse en el tema de la reemplazabilidad de niños recién nacidos le ha llevado a moverse dentro de aguas turbias, y a afrontar cuestiones prácticas que enfrentan a médicos y padres en las unidades de cuidados intensivos. La discusión entre razones impersonales y las que afectan a individuos, así como del beneficio o carencia de beneficio de la concepción debe parecer abstracto y de relevancia cuestionable en la práctica. Últimamente, sin embargo, se puede observar que el reemplazamiento se vuelve algo familiar y más tangible, es decir, el peso relativo que damos a los intereses del niño y de sus padres. Además, al centrarse en los niños recién nacidos, en cualquier sitio, la cuestión de la reemplazabilidad parece ser significativa. Pero, Wilkinson se pregunta: ¿trataríamos a los recién nacidos de forma diferente que a los niños más mayores?, ¿deberíamos dar mayor importancia a los intereses de los padres en cuidados intensivos de neonatología que en cuidados intensivos de pediatría?, ¿cuáles son los intereses en juego relativos al niño y a los padres?

II.3.3.3.12. Conclusión.

Como hemos podido observar en este apartado, hay diversos principios y argumentos utilizados en el debate ético en torno a la eutanasia precoz.

Tanto los defensores como los detractores de la doctrina de la santidad de la vida humana han intentado basar y justificar sus creencias con toda clase de argumentos y principios, ya conocidos. Así hemos expuesto el Principio de Calidad de la Vida Humana, donde hemos debatido sobre la calidad y la igualdad de oportunidades frente a la vida, así como el deseo de cualquier padre de tener hijos con la máxima calidad de vida posible. Contra este principio se manifiesta el Principio de Santidad o Sacralidad de la Vida Humana, que es fundamental en el debate bioético sobre las cuestiones que atañen a la vida humana: aborto, eutanasia o infanticidio. Se habla del ocaso de este principio, pero como se puede apreciar en la actualidad, parece cobrar fuerza y renacer de sus cenizas. En realidad, además que un debate ético, se da un debate sobre la base de la justificación de la defensa de la vida desde un punto de vista religioso o secular.

En este punto, queremos significar que, *a priori* y en condiciones normales, nos mostramos a favor del respeto y la salvaguarda de la vida humana en general. Al igual que la presunción de inocencia, presuponemos que todas las vidas humanas son valiosas, y como tales hay que defenderlas. Dicho lo cual, queremos matizar y decir que hay casos en los que dejar morir, no alargar la vida más de lo necesario, e incluso acortarla en la medida de lo posible, es mejor que permitir el encarnizamiento terapéutico, la tortura y el dolor insoportable de algunos enfermos. En el caso que aquí nos ocupa, el de niños recién nacidos con graves enfermedades, que sufren dolores insoportables, que tienen que estar conectados a una máquina para poder sobrevivir artificialmente y que no tienen esperanza alguna de vida, en esos casos y previo informe médico y consulta al comité de bioética, habrá que optar por ayudar a ese niño a afrontar el trance de su muerte lo más digna y humanamente posible.

Por lo cual, no siempre y en todo caso hay que salvaguardar una vida humana, además, no todas las vidas humanas son iguales, y esto es así porque no es igual la vida de un cigoto, que la de un embrión, que la de un feto viable, que la de un niño recién nacido, o la de una persona adulta, autónoma, autoconsciente, con experiencias vividas, con una familia a su cargo, con padres, hermanos, hijos, con amigos, etc. Obviamente que no. Además, y para ir un poco más lejos en este asunto, no todas las vidas de personas adultas son santas, ni sagradas, ni respetables, ni poseen el mismo valor, ni deben ser inviolables, ni todas las vidas humanas son iguales, por el mero hecho de que sean humanas. ¿O es que acaso la vida de Hitler es igual de respetable que la de Jesucristo?, o ¿Jack el destripador es igual de santo que San Pedro? o ¿Luis Alfredo Garavito Cubillos, el asesino confeso de 172 niños en Colombia, es tan loable como Mahatma Gandhi?, o ¿Dominique Cottrez, la infanticida francesa que asesinó a sus ocho bebés, es comparable a Santa Lucía? O ¿Isabel Báthory, la condesa sangrienta que asesinó a 630 jóvenes doncellas, merece la misma consideración que la Virgen María? Nadie en su sano juicio podría responder afirmativamente a estas preguntas. Por lo tanto no todas las vidas humanas son dignas, ni respetables, ni inviolables.

Imagínese que un apacible y soleado domingo de primavera sale de casa acompañado de su familia, por el camino, sus hijos: Alejandro de cinco años y Raquel de cuatro, comienzan a corretear el uno detrás del otro y, por esas

casualidades de la vida, desaparecen. Empiezan a buscarlos y no los encuentran, llaman a la policía, continúa la búsqueda pero siguen sin aparecer. Después de un mes aparecen sus cuerpos sin vida descuartizados en un descampado, con signos evidentes de haber sido violados y torturados repetidas veces. La policía descubre que sus hijos no han sido los únicos, sino que hay cientos de niños desaparecidos y muchos de ellos aparecen muertos con los mismos signos de violencia. Finalmente, consiguen capturar al asesino confeso, violador de niños, lo someten a un juicio justo e ingresa en una prisión de máxima seguridad, donde recibe un trato especial, al no poder mezclarse con otros reclusos, y donde se le garantizan todos los derechos que asisten a un preso. Al cabo de un tiempo, esta persona se enferma y requiere de un tratamiento muy costoso en una unidad de cuidados intensivos; dicho tratamiento cuesta aproximadamente unos seiscientos euros diarios, que tenemos que pagar todos los ciudadanos con nuestros impuestos, incluso los padres de los niños asesinados por la persona que disfruta de dicho tratamiento. Para mantener viva a esta persona se necesita una máquina a la que tiene que estar conectado permanentemente las 24 horas del día, durante varios años, o hasta el resto de su vida, y el hospital donde se encuentra únicamente dispone de esa máquina. El coste aproximado de su tratamiento sería de unos 219.000 euros al año.

A los pocos días de estar el criminal conectado a la máquina, entra en urgencias un niño de siete años de edad, aquejado de una enfermedad que requiere del mismo tratamiento al que está sometido el criminal. Se plantea el caso de que el niño, si se somete inmediatamente al tratamiento y se conecta a la máquina, podrá sobrevivir durante un tiempo en esas condiciones y hay un porcentaje muy alto de que una vez terminado el tratamiento, vuelva a tener una vida normal, de lo contrario moriría irremediabilmente.

Según los defensores del Principio de Santidad de la Vida Humana, las dos vidas son iguales, son santas y por lo tanto no nos compete a nosotros tomar ninguna decisión al respecto, sería un atentado contra dicho principio y contra la ley de Dios desconectar al criminal, provocando así su muerte inmediata, aunque el motivo sea como en este caso salvar la vida de un niño. Estamos seguros de que, aunque haya personas que defiendan públicamente a capa y espada este principio, por dentro, en

su interior, pensarán que sería más correcto salvar al niño que dejarlo morir por mantener vivo al asesino y violador de niños, aunque se nieguen a reconocerlo.

Obviando el Principio de Santidad de la Vida Humana y haciendo caso de nuestro sentido común, sería correcto desconectarlo para poder salvar la vida del niño; incluso alguien, no falto de razón, podría aducir que ni siquiera debería haber sido conectado a la máquina en ningún momento, y haber dejado que muriese. Otros, quizás la mayoría, hubieran optado por condenarle a muerte, evitando así un tremendo gasto para las arcas del Estado: el mantenimiento durante años del criminal, violador de niños (haciendo un hipotético cálculo aproximado: la investigación y operación de búsqueda y detención cuesta un millón de euros, el mantenimiento de un año en la cárcel cuesta unos cien mil euros, y en el hospital más de un millón al año, en total, mantenerlo vivo, durante veinte años, podría costarle al Estado unos veinticinco millones de euros, con lo que se podría indemnizar a las familias de los niños violados y asesinados, mantener a más de doscientas familias necesitadas durante esos veinte años, o incluso construir un hospital). Es cierto que algunos defensores del principio de santidad de la vida humana, también defienden la pena de muerte, sobre todo en aquellos países donde está instaurada, como los Estados Unidos de Norteamérica. Pero no vamos a entrar aquí en el debate sobre la pena de muerte, pues nos desviaríamos de nuestro objetivo.

Otros principios de los que hemos hablado y que son relevantes en el asunto que nos ocupa son el principio de autonomía y el de respeto por la autonomía. También hemos tratado diversos argumentos a favor y en contra del infanticidio, tales como el argumento del mejor interés, el argumento de la pendiente resbaladiza, con sus diferentes formulaciones y la posible falacia de dicho argumento, el argumento del doble efecto, el de la potencialidad, el de la personalidad, el de la dignidad de la vida humana, que estaría relacionado con el principio de calidad, y nos hemos detenido especialmente en el argumento de la reemplazabilidad, es decir, en los pros y contras que trae consigo el reemplazar un niño enfermo o discapacitado por otro sano y normal, para ello hemos tenido en cuenta los razonamientos de insignes especialistas en el tema como Peter Singer, Jonathan Glover, Michael Tooley, Uniacke, McCloskey, Brenda Almond, y especialmente Dominic Wilkinson, que analiza el tema desde diferentes perspectivas, y nos habla del problema de la no-

identidad, de los argumentos a favor del reemplazamiento y las objeciones contra el mismo.

El desarrollo de las nuevas tecnologías, especialmente en medicina, ha contribuido notablemente a la aparición de nuevos dilemas éticos que no existían antes. En el próximo capítulo vamos a considerar algunos de estos dilemas éticos que son frecuentes en neonatología. Hablaremos también de las últimas polémicas surgidas acerca del infanticidio y abordaremos el tema de la eugenesia en nuestros días.

II.3.3.4. Debate ético en torno a la eutanasia de recién nacidos con discapacidad.

En los años setenta y ochenta, un controvertido debate se centró en la polémica decisión acerca de si los niños con síndrome de Down, con diversas complicaciones, y los niños con mielomeningocele, deberían o no recibir intervención quirúrgica para corregir sus anomalías físicas. En la década de los noventa este tipo de casos fueron desplazados por desafíos éticos de otra índole: 1) casos de neonatos extremadamente prematuros, con peso al nacer inferior a 600 gramos, edades de gestación de aproximadamente 24 semanas, y graves deficiencias cardíacas, pulmonares y neurológicas; 2) casos de neonatos cuyo bajo peso al nacer y sus discapacidades son el resultado de factores tales como malnutrición materna, infección (VIH y SIDA), consumo de tabaco, alcohol, cocaína y otras drogas durante el embarazo; y 3) casos de neonatos con anencefalia cuyos órganos podrían ser trasplantados a otros niños, en el caso de que los padres de los niños anencefálicos consintieran y la ley permitiese dichos trasplantes (Warren, 1995: 1208-1209).

Durante algún tiempo, un nuevo dilema médico se ha hecho presente en algunos países donde se dispone del tratamiento adecuado para neonatos en las unidades de cuidados intensivos. Este dilema no es otro que el generado por el nacimiento de niños que vienen al mundo con malformaciones severas, y el debate ético-médico que surge al respecto. Por ello, el objetivo principal de este trabajo es hacer hincapié en la necesidad de una nueva perspectiva para afrontar las discrepancias en torno al infanticidio en el seno de la medicina. Sin embargo, este

dilema no sólo es médico, sino también religioso, económico, legal y, lo que es más, en algunos casos llega a convertirse en un problema social y político.

Para entender la posición de los defensores utilitaristas del infanticidio, tenemos que considerar su defensa aplicando los conceptos utilitaristas de persona, valor, justicia, derechos, homicidio, etc. Los defensores utilitaristas del infanticidio se preguntan si hay realmente un derecho a la vida, y calculan los posibles efectos, como consecuencia de acabar con la vida de alguien, si se prevé que no va a resultar una vida digna, o bien dejar a ese ser humano que siga viviendo. Los problemas surgen cuando intentamos definir lo que entendemos por una vida digna y qué es calidad de vida.

Como ya habíamos adelantado, los utilitaristas se oponen a la Doctrina de la Santidad de la Vida por considerarla ‘especiecísta’¹²¹, pues en realidad es una doctrina de la santidad de la vida humana y no de otras especies. Además, ellos consideran que suponer que la vida es santa es un error, pues la ética no necesita de la religión y sólo si se cree en Dios se puede creer que hay cosas santas, pero no podemos imponer la fe a todas las personas, sino argumentar con razones que puedan ser compartidas por todos.

Está claro que la vida humana no es algo con lo que se pueda jugar, disponer a nuestra voluntad y medirla según el grado de su utilidad, como si de una herramienta se tratara. Es decir, no podemos acabar con una vida por el mero hecho de que no sea productiva o no genere beneficios a la sociedad, o porque su preservación sea costosa al Estado. Pero tampoco se puede pretender, en una sociedad plural como la nuestra, que todo el mundo esté de acuerdo con la afirmación de que la vida sea santa y que sólo Dios pueda disponer de ella. En esta ‘aldea mundial’ en la que la globalización es un hecho, no se deben hacer afirmaciones universales de esta índole, porque caeríamos en el dogmatismo religioso.

¹²¹ Utilizo el vocablo ‘especiecísta’ para traducir ‘specieciest’ al no encontrar en castellano un vocablo más aproximado al significado que aquí se quiere dar. En Cortina (2009: 15) se utiliza el término “especismo” porque le resulta más fácil de pronunciar que especiecismo y lo define como «aquella cosmovisión que da preferencia moral a los seres humanos frente a los animales y frente a los demás seres por pertenecer a la especie *homo sapiens*, la que defiende que sólo los seres humanos merecen consideración moral».

Desgraciadamente, el Derecho, en general, progresa lentamente y nunca a la par que los avances científicos y tecnológicos. Lo mismo ocurre con una buena parte de la Filosofía, que se encuentra bajo los efectos de un sueño profundo del que le cuesta despertar, como si atravesara un estado de hibernación. Algunos filósofos se centran en el estudio de la filosofía antigua y en discutir sobre el sexo de los ángeles y olvidan los problemas del presente, que son los que realmente nos conciernen.

Desde la posición de los defensores más extremos de la Doctrina de la Santidad de la Vida, la vida es santa y tenemos que defenderla a ultranza desde el momento de su concepción, es decir, desde que el espermatozoide entra en contacto con el óvulo; en ese mismo instante el alma es infundida. Para ellos no es relevante si se tiene una calidad de vida suficiente, o unas condiciones para llevar una “vida digna”, incluso si lo que se concibe es un monstruo, fruto de una grave alteración genética. Por lo tanto, no aceptan ni el aborto, ni la eutanasia, ni la fertilización artificial, ni nada que no sea por mandato divino: si Dios lo quiere así, que así sea. Lo único que sí es relevante es la voluntad de Dios, tal como ellos la interpretan.

II.3.3.4.1. Consideraciones previas.

Actualmente estamos atravesando una situación en la cual es de vital importancia tener en cuenta todas aquellas formas de pensamiento que puedan contribuir a la elucidación de diferentes problemas morales derivados del infanticidio, eutanasia precoz, aborto post-parto, o como se le quiera llamar. En nuestra opinión, la Ética Aplicada debe hacerse eco de todos los argumentos filosóficos, religiosos o éticos que puedan ayudarnos a resolver los dilemas éticos que surgen día a día. Dado que vivimos en una "aldea global", la Ética Aplicada debe utilizar, mediante el diálogo y la deliberación, un método interdisciplinar, y no unidireccional, para resolver los problemas actuales que se le plantean en las sociedades liberales contemporáneas.

Guiados por sus creencias religiosas o sus convicciones morales o políticas, los profesionales de la salud optan por lo que ellos consideran que es lo mejor en ese momento para el paciente, y no dudamos de que sea lo mejor, pero sí nos cuestionamos que la decisión sobre la vida o la muerte de un ser humano dependa del criterio arbitrario de un médico en un lugar y momento determinado.

Es frecuente en las Unidades de Cuidados Intensivos de Neonatología de cualquier hospital, que un niño “X” prematuro, que acaba de nacer con menos peso de lo normal, que padece una grave enfermedad incurable, que no tiene probabilidad de seguir viviendo por mucho tiempo y que debe mantenerse en una incubadora conectado a un respirador y al que se le deben suministrar alimentos, medicamentos y analgésicos mediante vía intravenosa tenga que sufrir las consecuencias derivadas de la aplicación de las creencias o las opiniones del médico de turno.

Nada más nacer el niño, le corresponde ser atendido por el médico “A”, conservador, religioso y defensor a ultranza del Principio de la Santidad de la Vida Humana, que establece que el niño X debe mantenerse en la incubadora, conectado al ventilador y que han de suministrársele todo tipo de alimento y fármacos que necesite, sin escatimar en medios y cueste lo que cueste, de forma indefinida, mientras le quede un hálito de vida, hasta el último suspiro.

En el siguiente turno, le atiende el médico “B”, neoliberal, ateo, de corte utilitarista, contrario al Principio de la Santidad de la Vida Humana y defensor del Principio de Calidad de la Vida Humana, que ordena retirar inmediatamente todo el protocolo de actuación y por ende el tratamiento dispuesto por su colega “A”, ya que considera un gasto injustificado para los contribuyentes mantener con vida a un recién nacido que no tiene ninguna esperanza de convertirse en adulto y así evitarle a él y a sus familiares el sufrimiento y la angustia de vivir ese calvario.

En el tercer turno, entra el médico “C”, que no pertenece a ningún partido político, ni profesa ninguna religión, pero que cree en los Derechos Humanos y en los Derechos de los pacientes y que guía su conciencia por el sentido común, estudia el caso de “X” y considera que no se le puede retirar de forma inmediata todo el tratamiento impuesto por A y rechazado por B, así que decide mantener los analgésicos y la sedación, y retirarle la medicación, reduciendo paulatinamente la alimentación y la respiración con el objeto de que el paciente pueda morir poco a poco y de una forma digna.

Cuando regresa el doctor “A” a su turno, se molesta mucho con las discrepancias de sus colegas de trabajo y vuelve a restablecer todos los parámetros que él había establecido inicialmente, ordenando a las enfermeras que se respete su decisión. Más tarde vuelve a entrar el doctor “B”, que encolerizado con su

compañero, vuelve a retirar todo el tratamiento, y así sucesivamente hasta que finalmente “X” muere tras haber sido objeto de un sufrimiento totalmente evitable.

II.3.3.4.1.1. Algunos aspectos sobre el infanticidio.

En las primeras etapas de la vida humana es cuando más problemas y más complicaciones médicas se presentan, dada la debilidad y la carencia de defensas ante el nuevo medio con que se encuentra el ser humano al ver la luz por primera vez. Hoy por hoy, la esperanza de vida al nacer de un niño con malformaciones se ha visto incrementada en gran medida, debido a la cirugía actual y a los nuevos tratamientos en cuidados intensivos. No obstante, hace no mucho tiempo, los recién nacidos con graves malformaciones no tenían ninguna posibilidad de sobrevivir, mientras que hoy en día muchos de esos niños sobreviven gracias a los nuevos adelantos en medicina. Sin embargo, también es cierto que en la actualidad nacen muchos menos niños con malformaciones que en el pasado, debido a las nuevas técnicas de diagnóstico prenatal. Por todos estos acontecimientos es importante revisar la moralidad del infanticidio desde otros puntos de vista.

En EE.UU. aproximadamente el cuatro por ciento de los recién nacidos sufre algún tipo de anomalía al nacer, que varía en su grado de severidad y va, desde un antojo o una marca de nacimiento, hasta graves enfermedades del corazón, o graves enfermedades asociadas con problemas del tubo neural, tales como espina bífida o mielomeningocele, hidrocefalia, etc. Un porcentaje importante de estos casos, doce de cada 1000, mueren y otros doce logran permanecer con vida, pero mantendrán durante años las anomalías con las que nacieron. Las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales se mantienen ocupadas por sesenta de cada mil partos vivos con el objeto de minimizar las muertes y enfermedades. Sin embargo, todos estos datos dependen del grado de desarrollo de cada país, y de los recursos económicos de los que se dispongan. Así, por ejemplo en Colombia¹²² la mortalidad infantil en 1996

¹²² DANE, Cálculos Departamento Nacional de Planeación (D.N.P. - Umacro). Estadísticas Históricas de Colombia. Unidad de Análisis Macroeconómico, T.M. Editores, 1998, República de Colombia, p. 258. (También se puede consultar en línea, en <https://www.dnp.gov.co/EstudiosEconomicos/Estad%C3%ADsticasHist%C3%B3ricasdeColombia.aspx>)

fue de un 5,75 por cada mil menores y de 34,25 por cada mil habitantes. En 2012 fue de 5,6 por cada mil menores y de 19,1 por cada mil habitantes.

En contraste, los datos en España, según el Instituto Nacional de Estadística¹²³, fueron los siguientes: la tasa de mortalidad infantil en 2012 fue de 2,093315 por cada mil habitantes, mientras que en 1996 fue de 3,481173 por cada mil habitantes.

El país con mayor tasa de mortalidad infantil (122 muertes por cada 1000 nacimientos) en el año 2012¹²⁴ fue Afganistán, y los que menor tasa presentaron fueron Japón y Mónaco, con tan sólo 2 muertos por cada 1000. En EE.UU. fue de 6, mientras que en España fue de 3. Según esos datos podemos observar la gran diferencia que existe hoy en día entre unos países y otros, lo que se traduce en que un niño, por el mero hecho de nacer en uno u otro país tendrá una esperanza de vida mayor o menor, incluso unas probabilidades mayores o menores de seguir con vida.

Factores maternos o relacionados con el parto y complicaciones de los defectos congénitos son las principales causas que afectan a los recién nacidos con algún tipo de discapacidad. El porcentaje de neonatos con malformaciones aumenta notablemente si se presentan condiciones tales como: madres diabéticas, alcohólicas o drogadictas; madres con más de 36 años o menos de 15; madres que pesan más de 100 kilogramos o menos de 50; madres con enfermedades infecciosas; partos prolongados; neonatos con infecciones y con bajo peso al nacer; recién nacidos con insuficiencia cardíaca o gastrointestinal después del parto y complicaciones respiratorias; neonatos con ictericia; recién nacidos que presentan malformaciones severas, etc. Todo esto ilustra el índice de probabilidad que tiene una madre de dar a luz un niño con algún tipo de discapacidad.

Como hemos visto anteriormente, nuevos conocimientos médicos en medicina preventiva, tales como la amniocentesis y la sonografía, permiten a una mujer embarazada saber si su feto llegará a ser un bebé normal, o por el contrario presentará algún tipo de malformación, y teniendo en cuenta el resultado del diagnóstico, hay padres y pediatras que toman la decisión de no continuar con el

¹²³ <http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1678&L=0>.

¹²⁴ Para un estudio comparativo de las tasas de mortalidad infantil en el mundo por países, se puede consultar la página web: <http://www.indexmundi.com/map/?v=29&l=es>, donde se puede ver una tabla con la tasa de cada país, así como un mapa del mundo, donde se puede seleccionar cualquier país.

tratamiento de soporte vital para los niños gravemente discapacitados, lo que supone una forma de eutanasia pasiva, mediante la abstención de cualquier tratamiento. En otros casos, optan por terminar con la vida de los neonatos mediante la eutanasia activa, es decir, suministrándoles algún tipo de medicamento para acelerar el proceso de su muerte, evitándoles así una agonía aún mayor.

En algunos estados de Norteamérica como Illinois, New York, Maryland y Florida son muy frecuentes las desavenencias legales en torno al no-tratamiento con este tipo de pacientes. Pero también se presentan otros dilemas éticos muy controvertidos, similares a éste, como, por ejemplo, el aborto, la eutanasia, la muerte cerebral, etc. Sin embargo, la diferencia estriba en que el infanticidio resulta más polémico, ya que la gran mayoría de la gente se muestra más sentimental cuando el paciente en cuestión es un niño recién nacido, y no un enfermo adulto en fase terminal. Además, un recién nacido no puede mostrar su voluntad, ni dar su consentimiento a la hora de elegir si acabar con su vida o mantenerse vivo.

II.3.3.4.1.2. Breves consideraciones sobre la eutanasia.

Es conveniente profundizar en aquellas cuestiones que atañen al aborto y al infanticidio. Para ello sería de gran utilidad lanzar una corta mirada al debate actual sobre la eutanasia en un contexto más amplio, donde la discusión se centra en seres humanos adultos y racionales. Vamos a considerar brevemente cómo la eutanasia activa ha jugado un papel relevante en el debate médico de los últimos años. Muchos adultos han planteado el deseo y, en muchos casos, solicitado el derecho de morir en paz y sin dolor, lo que comúnmente se conoce como una muerte digna.

En algunos países, como Holanda, la práctica médica de la eutanasia es legal bajo ciertas circunstancias. El 10 de abril de 2001, el Senado holandés confirmó el texto aprobado en noviembre de 2000 por el Congreso y dejó la ley lista para su entrada en vigor en otoño de 2001. Durante las últimas décadas, la práctica de la eutanasia ha sido un hecho en Holanda; sin ser legal, se ha estado desarrollando esta actividad de una forma normal y rutinaria en los hospitales de este país. Sin ir más lejos, 2123 enfermos terminales solicitaron morir, según France Press, en el año

2000, y tuvieron ayuda médica para ver cumplido su deseo: morir dignamente. La mayor parte de estos enfermos, el 89%, eran enfermos cancerosos.

Sin embargo, no son muchos los países donde es permitida la eutanasia, por ejemplo: el 29 de abril de 2002, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos desestimó la demanda interpuesta contra el Reino Unido por Diane Pretty, ciudadana británica de 43 años, parálitica por una neuropatía degenerativa incurable. Ella solicitó la eutanasia activa a la Cámara de los Lores y su propuesta fue rechazada. Debido a su enfermedad, no podía suicidarse como era su voluntad, sino que requería de la ayuda de su marido Brian, que corría el riesgo de pasar 14 años de cárcel por ayudar a su esposa, en virtud de la Ley de Suicidio británica de 1961, que consideraba el suicidio asistido como un delito. Finalmente, Diane Pretty murió el 11 de mayo de 2002, a los 43 años de edad, debido al deterioro físico sufrido a causa de su enfermedad (Esclerosis Lateral Amiotrófica).

Hace ya algunos años, en Washington y California, la mayor parte de los votantes consideró una propuesta de ley que permitía la eutanasia en sus estados; sin embargo, fue rechazada en estos y en el resto de los Estados Unidos de Norteamérica. En este país, como en la gran mayoría de los países del mundo, la eutanasia activa no es legal bajo ningún concepto, ni aplicada a adultos con consentimiento previo, ni, mucho menos, aplicada a niños. Por otra parte, la eutanasia pasiva o el ‘no-tratamiento’ selectivo, a pesar de correr el riesgo de caer en algún tipo de responsabilidad penal, no es asesinato activo, y no está considerado de igual forma que la eutanasia activa por la mayoría de los ciudadanos estadounidenses.

II.3.3.4.1.2.1. El caso de Ramón Sampedro Camean.

Sin embargo, en la mayoría de los países del mundo esta práctica sigue siendo ilegal. Sin ir más lejos en España, aunque en los últimos años se ha levantado una gran polvareda en torno a la cuestión de la legalización de la eutanasia, sobre todo después del famoso caso de Ramón Sampedro Camean, que afirma en su testamento: «yo acudí a la justicia con el fin de que mis actos no tuviesen consecuencias penales para nadie. Llevo esperando cinco años. Y como tanta desidia me parece una burla,

he decidido poner fin a todo esto de la forma que considero más digna, humana y racional», y termina diciendo¹²⁵:

«Srs. Jueces, Autoridades Políticas y Religiosas: No es que mi conciencia se halle atrapada en la deformidad de mi cuerpo atrofiado e insensible, sino en la deformidad, atrofia e insensibilidad de vuestras conciencias».

Ramón murió en Boiro el 12 de enero de 1998 por envenenamiento de cianuro potásico, ayudado por su amiga Ramona Maneiro.

El principal problema legal con el que se encontró Ramón Sampedro fue la propia Constitución española de 1978 que, en su artículo 10, afirma la dignidad de la persona como derecho inalienable, y el anterior Código Penal, en su artículo 409, que penalizaba cualquier ayuda o inducción al suicidio. Diego Gracia lo explica en *Cuestiones de vida o muerte. Dilemas éticos en los confines de la vida*: «ello hacía impracticable cualquier tipo de testamento vital y directriz previa, y reducía drásticamente el área de aplicación de la teoría del consentimiento informado» (Gracia, 1996: 132). En el Código Penal del 95 queda reflejada la voluntad del paciente, rebajando la pena en los casos de inducción al suicidio cuando el paciente lo demanda, lo que deja el campo libre para la proliferación de los testamentos vitales.

El 8 de mayo de 2001, el Parlamento gallego aprobó una ley que reconoce el derecho de cualquier ciudadano a disponer que, en caso de enfermedad irreversible, no se prolongue su vida por medios artificiales. Para ello, el paciente tiene que redactar un testamento vital. También el Parlamento catalán aprobó en diciembre de 2000 una ley sobre el testamento vital que contempla la necesidad de una confirmación ante notario o ante tres testigos. Pero fue el obispo Antoni Deig el que tomó la iniciativa para la Iglesia Catalana, presentando el 17 de septiembre de 2001 un Documento de Voluntades Anticipadas adaptado a la ley del Parlamento Catalán. Dicho documento incluía la firma de tres personas, dos de las cuales no podían tener parentesco o relación patrimonial con el paciente. El texto era vinculante y debía además entregarse al centro sanitario donde la persona era atendida para incorporarlo

¹²⁵ Disponible en: <http://www.sitioweb.com/sitio1/dignidad/san5.html>.

a su historial clínico. Esto suponía un gran paso hacia la legalización de la eutanasia que nos acercaba más a nuestros vecinos holandeses, abanderados de las libertades, ya que tan sólo en un año se había legalizado en este país europeo la prostitución, el consumo de ciertas drogas y la práctica de la eutanasia.

Un año más tarde, el 14 de noviembre de 2002, se promulgó con validez en todo el territorio español, la Ley 41/2002¹²⁶ básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Esta Ley completa las previsiones que la Ley General de Sanidad enunció como principios generales y sirve como refuerzo al derecho a la autonomía del paciente. Cabe resaltar la regulación sobre instrucciones previas que contempla, de acuerdo con el criterio establecido en el Convenio de Oviedo, y el respeto por los deseos del paciente expresados con anterioridad dentro del ámbito del consentimiento informado.

II.3.3.4.1.2.2. El caso de Brittany Maynard.

Sin embargo, el suicidio asistido sí que es legal en algunos Estados como Oregón, donde según informa la agencia EFE¹²⁷, se ha producido la muerte asistida de la ciudadana norteamericana Brittany Maynard, una joven de 29 años enferma de cáncer terminal que conmocionó a EE.UU. al anunciar su suicidio asistido para el 1 de noviembre de 2014.

«Con tristeza anunciamos la muerte de una mujer querida y maravillosa, Brittany Maynard. Ella murió en paz en su cama rodeada de su familia y seres queridos», afirmó en un comunicado la organización que se dedica asesorar a enfermos terminales que desean una muerte digna: Compassion & Choices, que no precisó la fecha del fallecimiento de la joven, que había anunciado su suicidio asistido para el 1 de noviembre, si bien el pasado jueves señaló que había pospuesto su decisión para disfrutar más tiempo con sus seres queridos. Según la revista "People", la chica acabó con su vida este sábado en su casa de Portland, en el estado de Oregón (EE.UU.), tras publicar un mensaje de despedida en la red social Facebook: «Adiós a todos mis queridos amigos y a la familia que amo. Hoy es el día que he elegido para morir con dignidad ante mi enfermedad terminal, este cáncer cerebral

¹²⁶ BOE núm. 274. Pp: 40126- 40132.

¹²⁷ Washington, 2 nov (EFE).- <https://es.noticias.yahoo.com/muere-joven-enferma-terminal-ee-uu-plane%C3%B3-suicidio-041600687.html>.

terrible que me ha quitado tanto, pero que me habría quitado mucho más», escribió Maynard. «El mundo -agregó- es un lugar maravilloso, viajar ha sido mi gran maestro, mis amigos íntimos y demás son los más generosos. Incluso tengo un grupo apoyándome mientras escribo. Adiós, mundo. Difundid buena energía. ¡Transmitidla!»¹²⁸.

Con motivo del anuncio de su suicidio asistido, se creó un grupo de Facebook para seguir todas las novedades con respecto a este caso¹²⁹. También se difundió un video en youtube donde ella misma explica el proceso y su decisión, en este video puede verse a su madre y su marido expresando sus sentimientos¹³⁰.

El caso de Maynard ha tenido una gran repercusión mediática en Estados Unidos y ha reabierto el debate sobre el suicidio asistido en el país. El suicidio asistido es legal en sólo cinco estados, por lo que la joven, residente en Oakland (California), se trasladó junto a su familia al vecino estado de Oregón, que sí permite esta práctica.

Además, Maynard creó el Fondo Brittany Maynard, en cuya página de internet colgó un vídeo con el objetivo de promover el "derecho a una muerte digna" en todo el país. "Cuando la gente me critica porque no espero más tiempo o porque no sigo lo que ellos han decidido que es mejor para mí, me duele. Porque yo me arriesgo cada día, cada día por la mañana al levantarme", comentó la joven.

En enero de 2014, poco más de un año después de casarse, Maynard acudió al médico a causa de los fuertes dolores de cabeza que sentía, y le fue diagnosticado un grave tumor cerebral. El cáncer avanzó rápidamente y los especialistas informaron a la joven de que sólo le quedaban unos meses de vida, al tiempo que le explicaron el desarrollo previsto de la enfermedad, que le causaría un gran y prolongado dolor antes de terminar con su vida. Ante esta situación, la joven decidió trasladarse junto a su familia a Oregón, donde la ley del estado le permitía que los médicos le proveyesen de un fármaco que terminaría con su vida sin causarle dolor, si ella decidía ingerirlo.

¹²⁸ El texto original en inglés dice así: «Today is the day I have chosen to pass away with dignity in the face of my terminal illness, this terrible brain cancer that has taken so much from me ... but would have taken so much more. The world is a beautiful place, travel has been my greatest teacher, my close friends and folks are the greatest givers. I even have a ring of support around my bed as I type. Goodbye world. Spread good energy. Pay it forward!» Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=8bw4qmw25yM>.

¹²⁹ <https://www.facebook.com/groups/812582085461096/?fref=ts>.

¹³⁰ <https://www.youtube.com/watch?v=yPfe3rCcUeQ&feature=youtu.be>.

Sólo Oregón, Washington, Montana, Nuevo México y Vermont permiten esta práctica en EE.UU.

Como ya habíamos esbozado anteriormente, los dilemas éticos que se nos plantean en el caso del no-tratamiento selectivo de un recién nacido severamente discapacitado, incapaz de expresarse por sí mismo, serán completamente diferentes de los dilemas éticos en torno a adultos capaces de consentir y expresar su voluntad libremente. El dilema aquí expuesto sería similar al de un paciente adulto incapaz de expresarse por sí mismo, por ejemplo, cuando esté inconsciente o comatoso, y este ser humano no haya expresado nunca su voluntad de morir o permanecer vivo, en el caso de una dolorosa enfermedad terminal.

II.3.3.4.1.3. Despenalización del aborto y viabilidad del feto.

En 1972, en el caso *Roe v. Wade* (1972: 158), el Tribunal Supremo de los Estados Unidos mantuvo la decisión de que la palabra ‘persona’, tal y como era utilizada en la Cuarta Enmienda, no incluyera al no-nacido. No obstante, el Tribunal Supremo afirmó que todos y cada uno de los estados deberían prohibir el aborto subsecuente a la viabilidad del feto, a menos que la salud de la mujer embarazada se viese amenazada por continuar con el embarazo. De modo que, aunque el feto no sea considerado legalmente como una persona en ninguna etapa de su desarrollo, la viabilidad significa un cambio en su estatus legal.

Con la liberalización de la legislación del aborto en los Estados Unidos en 1973, se temía, por mor del argumento de la pendiente resbaladiza, que una mayor permisividad para abortar implicara un abuso generalizado del aborto, incluso que diera lugar a una indiscriminada experimentación fetal. Por este motivo, un año más tarde el Congreso de los Estados Unidos impuso una moratoria a la investigación fetal hasta que la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento desarrolló unas directrices para tal investigación. Un principio fundamental adoptado por la Comisión fue el de que los fetos abortados no fueran sujetos a procedimientos de investigación que no fuesen también aplicables a fetos llevados a término, otorgando, de esta forma, el mismo estatus a unos y otros.

La legislación que rige la investigación fetal en los Estados Unidos hace referencia a los abortos considerando al "ser humano" en cuestión como un 'feto ex útero'. Los requerimientos varían, dependiendo de si el procedimiento experimental es terapéutico para la mujer embarazada o para el feto, si el procedimiento es realizado dentro o fuera del útero, si el feto está vivo o muerto, y si está vivo, si es viable, no viable, o posiblemente viable, y así sucesivamente. Además, desde que el aborto está clínicamente definido como interrupción de un embarazo antes de la viabilidad, el término 'aborto viable' es problemático. Teniendo en cuenta esta definición, si un organismo humano vivo es capaz de sobrevivir 'ex - útero' y se extrae del seno materno, esto no sería un aborto entendido como tal.

Como se puede apreciar, la temática es compleja y está sujeta a diversas interpretaciones.

II.3.3.4.1.4. Investigación con fetos.

Las jurisdicciones varían en sus requerimientos para la investigación con fetos humanos, tanto si están vivos como si están muertos. En muchos casos se distingue, por ejemplo, entre el uso del tejido fetal obtenido de abortos selectivos o provocados y el tejido obtenido de abortos espontáneos o naturales: el segundo está permitido, mientras que el primero no.

Las regulaciones federales que rigen la investigación fetal en los Estados Unidos excluyen prácticamente la investigación con preimplantación de embriones desarrollados a través de tecnología *in vitro*. Por el contrario, el Reino Unido, siguiendo las recomendaciones del Comité Warnock (1984), promulgó una legislación que permite la experimentación fetal hasta aproximadamente catorce días después de la fertilización. Este punto en el tiempo coincide con la formación de la línea primitiva y al final de la posibilidad de generar gemelos o la recombinación del embrión en desarrollo (Warren, 1995: 853-854).

Con el nacimiento de la Bioética, surgió un nuevo debate jurídico-filosófico sobre el estatuto legal y moral de la persona en sus primeras etapas de desarrollo. En los apartados siguientes vamos a exponer y desarrollar, de una forma resumida, el debate de los últimos cuarenta años. Este debate gira en torno a dos cuestiones

principalmente: 1) si un ser humano es persona desde el momento de la concepción y 2) si un ser humano, por el mero hecho de pertenecer a la especie humana, goza de un estatuto privilegiado que le diferencia de los demás seres vivos. Ambas cuestiones siguen actualmente sin resolverse, por lo que en la actualidad se mantiene vivo el debate en las cuestiones más importantes que abarca la bioética.

Como hemos mencionado antes y como podremos comprobar en los próximos apartados, el debate surge a principios de los años setenta del siglo pasado con las reflexiones de Michael Tooley, que se cuestiona si un bebé recién nacido debe ser considerado como persona por mor del argumento de la potencialidad; o Jonathan Glover con sus objeciones a la inmoralidad del homicidio. Este debate llega hasta nuestros días con el polémico artículo publicado por Alberto Giubilini y Francesca Minerva (marzo de 2012), en el que consideran que el infanticidio debería ser llamado aborto post-parto. No sin olvidar autores de la talla de Peter Singer, pieza angular en este debate, John Harris, Mary Warnock, Michael Loockwood, Anne McLaren, Bernard Williams, Don Marquis y Alan Holland, entre otros.

II.3.3.4.1.5. Investigación con neonatos.

A pesar de que la investigación es la base del conocimiento científico y de que el método científico sea un proceso sistemático, objetivo y bien organizado dirigido a responder a una pregunta, no podemos olvidar, que cuando se trata de seres humanos hay ciertos límites que no debemos sobrepasar.

Anteriormente no había límites, o si los había eran los que se atribuían los propios investigadores; sin embargo, después de los abusos cometidos por los investigadores nazis en los campos de concentración, la perspectiva cambió radicalmente. De hecho, a raíz de estos sucesos, se redactó el Código de Núremberg, que permitía la investigación y/o experimentación sólo en aquellos seres humanos capaces de poder dar su consentimiento y posteriormente, la Declaración de Helsinki, a través de esta Declaración se ve reconocido el valor humano fundamental que ha de regir toda investigación con seres humanos, la protección de los derechos y el bienestar de todos los seres humanos que son objeto de experimentación científica, incluyendo la investigación en pacientes con enfermedades, hecho que el Código de

Nürember no contempló. En la introducción de la Declaración de Helsinki de 2000 se dejan consignadas las condiciones básicas que guían éticamente el trabajo con poblaciones especiales:

«La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son vulnerables y necesitan protección especial. Se deben reconocer las necesidades particulares de los que tienen desventajas económicas y médicas. También se debe prestar atención especial a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos, a los que pueden otorgar el consentimiento bajo presión, a los que no se beneficiarán personalmente con la investigación y a los que tienen la investigación combinada con la atención médica».

Con respecto a los recién nacidos cabe resaltar que hay un rechazo generalizado a su uso en la investigación biomédica por considerar que pueden ser utilizados como conejillos de indias, siendo expuestos a ciertos riesgos psíquicos y físicos que pueden perjudicar a su salud. Sin embargo, al igual que sucede con los adultos, la experimentación de ciertos fármacos y nuevas terapias es necesaria para el avance en medicina, así como para curar algunas enfermedades y salvar vidas en el futuro.

Hasta la década de los 80s del siglo pasado era habitual la investigación y experimentación de nuevos tratamientos, aparatos y medicamentos en recién nacidos, sin que existiese la necesidad de haber realizado los adecuados protocolos de investigación, con lo cual, en algunos casos se produjeron daños irreparables o en otros casos la muerte de muchos neonatos. Años más tarde, con la proliferación de los Comités de Ética de Investigación y los Comités de Bioética, estos perjuicios se han paliado considerablemente. No obstante, todavía se siguen administrando medicamentos o tratamientos experimentales que no han sido aprobados para su utilización en neonatos.

Un problema con el que se encuentra la investigación con neonatos es el cumplimiento del consentimiento informado, ya que son seres incapaces de entender y poder así dar su consentimiento expreso para el uso de nuevos tratamientos, aparatos o fármacos, por lo que deben ser sus progenitores, parientes más cercanos o tutores legales los que tienen que dar su consentimiento en nombre de los recién nacidos. Dichas decisiones deben ser tomadas con el asesoramiento de los

profesionales de la salud y supervisadas por los Comités de Bioética, siempre considerando que los recién nacidos son seres humanos que merecen consideración y respeto, teniendo en cuenta, en la línea de Diego Gracia, tanto los principios de la Bioética como las consecuencias de nuestros actos.

II.3.3.4.1.6. Investigación con células madre¹³¹.

Comenzaremos este apartado aclarando qué son las células madre. Se entiende por célula madre una célula genérica (no diferenciada, también denominada pluripotente) que puede hacer copias exactas de sí misma indefinidamente y que se encuentra en el embrión, en las primeras etapas de su desarrollo. Una célula madre puede producir células especializadas para diversos tejidos del cuerpo, como el de miocardio, el cerebral o el tejido hepático. Las células madre tienen la particularidad de que pueden ser conservadas y utilizarse posteriormente con el objeto de producir células especializadas, es decir, células que cumplan una misión especial como pueden ser células del corazón o de la piel.

Hay dos tipos de células madre, a saber; las embrionarias y las adultas. Las primeras proceden de embriones abortados o de óvulos fecundados sobrantes de una fecundación artificial (FIV). Se utilizan con fines médicos o para la investigación ya que son capaces de producir células para casi todos los tejidos del cuerpo. Las segundas son aquellas que se encuentran alojadas en el organismo de fetos en desarrollo, recién nacidos, niños y adultos. Al estar especializadas y debido a su capacidad para formar únicamente uno o dos tipos de tejido (como las células de la sangre, del sistema inmunológico, los intestinos, la piel, los músculos, el cerebro, etc.) no son tan versátiles para la investigación. Su capacidad para reemplazarse es más limitada que la de las células madre embrionarias. Unas de las más conocidas y utilizadas en la investigación clínica son las células madre hematopoyéticas de médula ósea, que son las encargadas de formar la sangre.

¹³¹Fuentes: <http://umm.edu/health/medical/spanishency/articles/investigacion-con-celulas-madre>
Investigación con células madre | University of Maryland Medical Center
<http://umm.edu/health/medical/spanishency/articles/investigacion-con-celulas-madre#ixzz3IyuWA2tS>
www.ReproductiveFacts.org El Sitio Web de Educación del Paciente de la American Society for Reproductive Medicine.

Las células madre tienen su origen en la masa celular interna del embrión en su estado de blastocito. Entre 4 y 5 días después de la fecundación, la blástula de 58 células se diferencia en 5 células productoras del embrión (la masa celular interna) y 53 externas llamadas trofoblasto destinadas a formar el trofoblasto (que se convertirán en la placenta).

Las células madre embrionarias pueden utilizarse para crear diferentes células para tratar muchas enfermedades, trastornos y lesiones en las que las células o el tejido del paciente se destruyen y deben ser reemplazados por un trasplante de tejido o de órganos. Las células madre pueden generar un nuevo tejido en estos casos y hasta curar enfermedades para las cuales actualmente no hay cura, como por ejemplo el Parkinson, el Alzheimer, el cáncer, la cardiopatía, diversos accidentes cerebrovasculares, la artritis, las quemaduras, las lesiones de médula espinal y la diabetes. También podrían usarse para comprender mejor el desarrollo de algunas enfermedades y así poder curarlas y prevenirlas.

Otra utilidad es la de poder probar y desarrollar nuevos fármacos. Como las células madre pueden generar tejido especializado de forma ilimitada, se pueden probar los fármacos en dichos tejidos para comprobar su eficacia y sus efectos secundarios.

II.3.3.4.1.6.1. Controversia en la investigación con células madre.

La controversia generada en torno a la investigación con células madre radica en establecer cuándo comienza la vida humana y, en base a ello, definir si un organismo humano posee un estatuto moral especial desde el momento de su concepción, de su creación, de su producción o de su clonación.

Aquellos que opinan que un óvulo fecundado es un ser humano portador de derechos e intereses que deben ser protegidos, piensan que no deberían utilizarse los embriones para investigar con ellos.

La Sociedad Americana de Medicina Reproductiva (ASRM)¹³² considera que un embrión tiene el potencial de la vida y por tanto merece un respeto especial; por ello, es

¹³² American Society For Reproductive Medicine (2012). El Sitio Web de Educación del Paciente de la ASFRM. Hoja informativa para pacientes de www.ReproductiveFacts.org. Recuperado de: http://www.asrm.org/uploadedFiles/ASRM_Content/Resources/Patient_Resources/Fact_Sheets_and_Info_Booklets_en_Espanol/Stem%20cells_spanish_4-2-12.pdf.

importante que los donantes firmen un consentimiento informado para donar sus embriones adicionales con fines de investigación; los laboratorios no deben permitir que los embriones se sigan dividiendo durante más de 14 días después de la fertilización y que no debe existir compraventa de embriones. También consideran que el investigador tiene la responsabilidad de justificar que la investigación vale la pena; utilizará el menor número posible de embriones y será supervisado por una Junta de Revisión Institucional, que no puede identificar una alternativa satisfactoria al uso de embriones y que espera obtener información clínica importante de la investigación. Asimismo la ASRM no está a favor de la clonación, entendiéndose por esta el proceso de realizar una copia idéntica de cualquier célula u organismo vivo.

En la actualidad se ha desarrollado una técnica capaz de generar células madre de ratón sin destruir el embrión, pero esa técnica no se ha desarrollado con seres humanos.

Los que están a favor de la investigación con células madre consideran que los óvulos fecundados no poseen el mismo estatuto moral que un ser humano adulto, y que dichos óvulos son donados con el consentimiento de cada pareja; además dichos óvulos serán descartados, por lo que no existe ninguna posibilidad de que lleguen a desarrollarse como seres humanos adultos.

En 2009, el Gobierno de los Estados Unidos estableció nuevas pautas que abarcan asuntos como el consentimiento informado de los donantes y la redacción de dicho consentimiento, así como la cuestión de los beneficios económicos. Los Institutos Nacionales de Salud (*National Institutes of Health, NIH*) llevan un registro de las células madre, que incluye las líneas embrionarias humanas, que son elegibles para recibir financiación por parte del Gobierno norteamericano.

II.3.3.4.1.6.2. Transferencia nuclear de células somáticas.

Otra alternativa en la investigación con células madre es el proceso mediante el cual se extrae el núcleo de un óvulo y es reemplazado por el material del núcleo de una “célula somática” (una célula de la piel, el corazón, los nervios, o cualquier otra célula no germinal). Luego se estimula a la célula para que comience a dividirse. El esperma no fertiliza a este óvulo (nunca lo hará), y el material genético dentro de la célula es

idéntico al material genético que se extrae de cualquier otra célula del individuo del cual se obtuvo. Una vez que estas células comienzan a dividirse, es posible extraer las células madre unos 5 ó 6 días después. La investigación sobre la transferencia nuclear de células somáticas es una división muy importante de la investigación sobre células madre y podría ayudar a los investigadores a desarrollar tratamientos a medida con células madre que estén adaptadas a la condición médica de un individuo concreto y que no disparen una respuesta inmune de rechazo. (ASFRM, 2012).¹³³

II.3.3.4.1.6.3. Clonación de células madre embrionarias.

En realidad, toda esta discusión sobre si un ser humano es persona o tiene personalidad, o goza de un estatuto moral y legal privilegiado desde el momento de la concepción, o a partir de la segunda quincena, ya no acapara en exclusiva toda la atención de los especialistas en ética que estudian esta cuestión, debido a los continuos avances científicos, sobre todo en materia de clonación. Hoy en día ya no es necesaria la concepción tal y como la hemos conocido históricamente, es decir que un hombre y una mujer tengan que realizar necesariamente el acto sexual para que un espermatozoide entre en contacto con un óvulo, fecundándolo y dando lugar al cigoto. Aunque este sigue siendo el método más utilizado para engendrar seres humanos, ya no es el único; existen técnicas de reproducción asistida, vientres de alquiler y otros métodos mediante los cuales ya no es necesario que un hombre y una mujer copulen para obtener un cigoto. Es más, se pueden clonar embriones humanos desde hace más de una década. La empresa americana *Advanced Cell Technology* clonó por primera vez con éxito un embrión humano en el año 2001. La clonación terapéutica es una técnica mediante la cual se transfiere el núcleo de una célula cualquiera, por ejemplo la piel, del paciente y con ella su carga genética a un ovocito al que se ha eliminado previamente el núcleo. De esta forma se puede generar un blastocito (clónico) genéticamente idéntico al del paciente, que se utiliza para conseguir células madre embrionarias. Las células madre pueden convertirse en cualquier tipo de tejido y pueden ser utilizadas para el trasplante del propio paciente, que al ser totalmente compatible, elimina cualquier riesgo de rechazo. El embrión obtenido en ese experimento podría haber llegado a convertirse en

¹³³http://www.asrm.org/uploadedFiles/ASRM_Content/Resources/Patient_Resources/Fact_Sheets_and_Info_Booklets_en_Espanol/Stem%20cells_spanish_4-2-12.pdf.

un ser humano adulto si lo hubieran implantado en el útero de una mujer, pero como todavía no es legal en ningún país del mundo, no se ha llegado a conseguir (que se sepa oficialmente, aunque no sería extraño que ya existiesen seres humanos clonados, puesto que la técnica está lo suficientemente desarrollada para conseguirlo; de hecho hay un gran número de artículos en internet de rumores sobre seres humanos clonados, aunque no puede demostrarse que sean ciertos).¹³⁴

En un artículo publicado el 19 de diciembre de 2012 en una página web de noticias¹³⁵, el premio nobel de medicina 2012, Sir John Gurdon, cuyo trabajo de clonación de ranas en las décadas de los 50 y 60, condujo a la posterior creación de la oveja Dolly en 1996 por científicos de Edimburgo, dijo hace medio siglo que la clonación humana podría ser una realidad dentro de 50 años, y su predicción casi se ha cumplido. A pesar de los complejos dilemas éticos que acompañarán a la decisión de clonar a un ser humano, el científico sostiene que, una vez que la técnica demuestre ser realmente útil, la población mundial dejará a un lado sus preocupaciones. «Creo que

¹³⁴ El ginecólogo italiano Severino Antinori, obsesionado desde hace tiempo con llevar a cabo la primera clonación de un ser humano, asegura que por fin lo ha conseguido. El polémico y discutido médico, experto mundial en clonación, realizó este anuncio revolucionario durante un congreso de ingeniería genética en los Emiratos Árabes Unidos. "Una mujer, entre las miles de parejas estériles que participan en nuestro programa, espera un niño", afirmó Antinori en su intervención. Después precisó que se trata de una paciente residente en Dubai, a la que se ha implantado un clon humano en el útero hace ocho semanas. Antinori, cuyo estudio ayer no confirmaba el anuncio, ya proclamó el año pasado que en noviembre comenzaría sus experimentos para clonar seres humanos con fines reproductivos. Tanto los gobiernos europeos como Estados Unidos se negaron a acoger tal iniciativa en sus territorios, pero el ginecólogo no cejó en su empeño y buscó otros países más receptivos a su propuesta. El lugar, hasta ahora, se ha mantenido en secreto. El método es conocido, porque Antinori lo ha explicado decenas de veces: trasladar DNA de núcleos de células vivas del padre a un óvulo femenino, crear de este modo un embrión humano e implantarlo en el útero de la mujer. Marzo 2002. EFE. Recuperado de: <http://waste.ideal.es/clonacionnoticias.htm>.

Científicos vinculados a la secta de los raelianos dicen haber implantado embriones humanos clonados en mujeres. Washington, 11 abr. 2002 (COLPISA/EP)

Un grupo de científicos de la sociedad Clonaid, vinculada a la secta de los raelianos, ha implantado embriones humanos clonados en úteros de mujeres para provocar un embarazo con la esperanza de conseguir el nacimiento del primer humano clonado, según informaron hoy fuentes de esta sociedad.

"Hemos desarrollado embriones humanos hasta la fase del blastocito, lo que implica más de un centenar de células. Cuando están desarrollados, los implantamos", explicó el director general de Clonaid, el científico francés Brigitte Boisselier.

"El inicio mismo de la clonación humana es crear embriones e implantarlos. Cuando digo que lo hacemos es porque es cierto, pero nunca diría cuánto nos queda para lograr un nacimiento", añadió, rechazando concretar si alguno de los intentos de embarazo ha tenido éxito y cuántos se están desarrollando actualmente.

"Sólo lo anunciaré cuando el bebé haya nacido, sea en la fecha que sea, porque al igual que en la fertilización 'in vitro', hay riesgo de aborto", indicó, añadiendo: "Lo único que puedo decir es que todo va muy bien". Recuperado de: <https://sites.google.com/site/tecnologiaenmedicinaweb/lo-mas-avanzado/clonacion-genetica>.

¹³⁵ <http://actualidad.rt.com/ciencias/view/81585-premio-nobel-medicina-clonacion-humana-sera-posible-anos>.

cualquier cosa que pueda ayudar a reducir el sufrimiento o a mejorar la salud humana será ampliamente aceptado por el público. Por eso, si la clonación resolviera problemas y resultara útil para las personas, creo que sería aceptada», sostiene Gurdon en declaraciones a la BBC.

Al igual que la fertilización *in-vitro*, que en un principio fue vista con suspicacia, tuvo una amplia aceptación tras el nacimiento en 1978 de Louise Brown, el primer ‘bebe probeta’, lo mismo ocurriría con la clonación humana si naciera el primer clon humano sano y sin defectos. Durante sus conferencias en la Universidad de Cambridge, Gurdon regularmente pregunta a su audiencia si estaría a favor de que los padres de los niños fallecidos que ya no son fértiles puedan clonar a sus hijos con células de su piel y óvulos de la madre, suponiendo que la técnica fuera segura y eficaz: «El resultado promedio ante esta pregunta es de un 60% a favor», dijo. «Las razones para el ‘no’ radican, por lo general, en que el nuevo hijo se sentiría como una especie de sustituto de alguien y no válido por derecho propio. Pero si la madre y el padre, en su caso, quieren seguir ese camino, ¿por qué tú o yo deberíamos detenerlos?», añade el Nobel.

A mediados del mes de mayo de 2013, un grupo de investigadores liderado por Shoukhrat Mitalipov de la Universidad de Ciencia y Salud de Oregón (EEUU), dio a conocer su trabajo de investigación en el que han conseguido clonar por primera vez una célula madre embrionaria humana. El procedimiento es similar al que se utilizó para clonar a la oveja Dolly, mediante la técnica SCNT (transferencia nuclear de células somáticas): se utiliza una célula de la piel del paciente enfermo, se introduce en un óvulo de una donante al que previamente se le ha extraído el núcleo.

Para conseguir la fusión del óvulo con la célula extraña, los científicos recurrieron a un virus inactivo llamado Sendai (Paramyxovirus) usado en reprogramación celular para promover fusiones celulares. Lo siguiente fue engañar al óvulo y hacerle creer que había sido fecundado y se pusiera en marcha. Para ello, le aplicaron una pequeña descarga eléctrica. Por último, usaron cafeína para estabilizar el proceso de división celular hasta conseguir llegar a una fase (blastocisto) de la que extraer células madre embrionarias, lo que supuso la destrucción del embrión. En palabras del propio Mitalipov:

«Un examen exhaustivo de las células madre obtenidas mediante esta técnica ha demostrado su capacidad para convertirse, como las células madre embrionarias normales, en diferentes tipos de células, incluyendo células nerviosas, del hígado y del corazón. Además, debido

a que estas células reprogramadas se pueden generar con material genético nuclear de un paciente, no existe riesgo de rechazo del trasplante»¹³⁶.

Las células madre tienen la capacidad de dividirse en dos, una también será madre y seguirá el proceso, la otra tendrá por misión unirse a otras para formar un tejido u órgano. También son las que van reemplazando a las células enfermas o que mueren. De ahí el interés de Mitalipov y muchos otros en las células madre embrionarias. Su obtención por clonación de células adultas permitiría la explosión de la medicina regenerativa. Muchas enfermedades, como infartos de miocardio, Alzheimer o Parkinson son provocadas por la muerte celular, que podría ser contrarrestada con un aporte de nuevas células. A más largo plazo, se puede soñar incluso con la creación de órganos completos para trasplantes que tendrían el propio ADN del receptor.

Pero la respuesta no se ha hecho esperar, los grupos pro-vida y fundamentalmente la Iglesia Católica han condenado la investigación por considerar que se atenta contra la vida humana. El cardenal de Boston y responsable del Comité pro-vida de la Conferencia de Obispos Católicos de Estados Unidos, Sean O'Malley advirtió que la técnica «va en contra de la dignidad de las personas porque trata a los seres humanos como productos». En una nota hecha pública por el cardenal, y que supone la primera reacción oficial de la Iglesia católica a la noticia, el purpurado asegura taxativamente que «la clonación humana con cualquier propósito es incompatible con la responsabilidad moral de tratar a cada miembro de la familia humana como un don único de Dios, como una persona con su propia dignidad inherente». «La creación de nuevas vidas humanas en el laboratorio únicamente para destruirlas es un abuso denunciado incluso por muchos que no comparten las convicciones de la Iglesia católica sobre la vida humana», añade el cardenal en su nota. Pero el purpurado va más allá y asegura que esta nueva técnica será utilizada por personas que quieren producir niños clonados como «copias» de otras personas. «Tanto si se utiliza para un fin (terapéutico) u otro, la clonación humana trata a los seres humanos como productos, fabricados a fin

¹³⁶ Criado, M.A. (2013, 20 de mayo). <http://www.cuartopoder.es/mecanicamente/las-celulas-madre-embriónicas-humanas-abren-una-nueva-era-en-la-biotecnología/3173>.

de satisfacer los deseos de la gente. Un avance técnico en la clonación humana no es el progreso de la humanidad, sino todo lo contrario»¹³⁷.

Como podemos observar, las críticas se basan en argumentos religiosos. Sin embargo, lo que debemos plantearnos, desde el punto de vista de la Bioética, es si el “embrión” (por llamarlo de alguna manera) de Mitalipov, es decir, el resultado de un gameto femenino (óvulo) que no ha sido fertilizado por un gameto masculino (espermatozoide), es decir, que no ha existido fecundación o singamia porque le ha sido extirpado el núcleo (enucleación) y su ADN ha sido reemplazado por el de otra persona, ¿puede ser considerado como embrión humano, o es otra cosa?

Pues bien, para que “esa cosa” pudiera ser considerada como embrión habría que modificar la definición de embrión que existe hasta la fecha, porque “esa cosa” no coincide con la definición dada por los diccionarios, enciclopedias, ni por la Iglesia Católica, ya que no es un cigoto propiamente dicho. Aunque tampoco queremos aquí reducir la complejidad del asunto a una cuestión lingüística, sería de gran ayuda modificar la definición de embrión, o bien asignarle un nombre a “esa cosa” y legislar en consecuencia.

II.3.3.4.1.6.3.1. Conclusión sobre la clonación de células madre embrionarias.

El debate ético sobre del estatuto moral de un pre-embrión ya no se centra únicamente en la distinción entre un óvulo, un blastocito, o un feto, sino en saber si un clon humano, en el hipotético caso de que existiera alguno, tendría el mismo estatus moral que uno original, o si un clon humano adulto tendría una consideración moral y legal inferior a un feto humano original. El problema que nos surge aquí es más que nada un problema de creencias religiosas; un católico o un islamista no podría decirnos con exactitud si los clones humanos tienen alma puesto que no está en las Sagradas Escrituras, es un dilema de nuestro tiempo, como consecuencia de los avances de la ciencia. En el caso de que tuvieran alma, ¿cuándo ha sido insuflada por Dios?

Lo que sí empieza a ser un problema real es qué hacer con los millones de embriones congelados existentes en clínicas de fertilización, hospitales, laboratorios,

¹³⁷<http://www.elconfidencial.com/sociedad/2013/05/16/el-vaticano-sobre-la-clonacion-de-celulas-madre-ldquova-contra-la-dignidad-de-las-personasrdquo-121019/>

etc. Hay países que poseen miles de estos embriones congelados y no saben qué hacer con ellos por existir una laguna legal al respecto, porque los políticos no se ponen de acuerdo al jugarse los votos de un sector u otro de la población. Lo mismo ocurre con la clonación terapéutica, mientras en unos países es legal, en otros no lo es por cuestiones de índole política y religiosa. Esta arbitrariedad conlleva que unos países lleven una gran ventaja a otros en cuestión de investigación biomédica y que estén sacando grandes beneficios económicos por ello. Los países que no tienen células madre tienen que comprarlas a aquellos países que sí trabajan con ellas y esto supone grandes cantidades de dinero.

Al final resulta que todo depende de nuestro sistema de creencias y valores, y en última instancia de intereses políticos y económicos. Un católico no piensa igual a este respecto que un ateo utilitarista y nunca coincidirán sus posiciones. Por lo tanto aquí apelamos al diálogo entre las partes y al acercamiento de posturas a través de los Comités interdisciplinarios de Bioética.

II.3.3.4.2. La discusión ético-filosófica sobre cuándo un ser humano adquiere el estatuto moral de persona.

Este apartado nos servirá de introducción al resto del capítulo, donde se desarrollará más extensamente esta discusión acerca del momento en el que el ser humano adquiere el estatuto moral de persona; por ello, expondremos ahora muy brevemente varias posiciones, dependiendo de la tradición religiosa a la que se pertenezca.

Tanto el Principio de Calidad de Vida Humana (PCVH) como el Principio de Santidad de la Vida Humana (PSVH) consideran que un feto y un recién nacido tienen el mismo estatuto moral aunque posean diferente estatuto legal. La diferencia estriba en que, mientras que el PCVH intenta extender el estatuto legal del feto al del neonato, el PSVH intenta extender el estatuto legal del neonato al del feto. Además, ambas posiciones habitualmente refieren los mismos dilemas éticos implicados en las cuestiones del aborto. El aborto de un feto dañado es, generalmente, percibido también como un asunto separado y diferente del aborto de un feto normal.

Como ya hemos esbozado anteriormente, el estatus legal de los embriones depende de la legislación vigente en cada país y, en última instancia, del sistema de

creencias y valores o de la religión que se practique mayoritariamente en una u otra parte del planeta, ya que esa tradición religiosa es la que, con el paso del tiempo, plasmará sus valores en la legislación de uno u otro país con respecto al estatuto del feto y al propio estatus del que disfruten las mujeres embarazadas, aunque el grado de prioridad que se da a los intereses o preferencias de las mujeres varía de un país a otro, y depende de circunstancias particulares.

Así por ejemplo, los países de tradición judía consideran que el feto no es un ser vivo independiente, sino que forma parte de la madre. Por lo tanto, cuando hay riesgo para la vida de la mujer embarazada, su vida es prioritaria, por lo que si hay que elegir entre el feto y la madre, siempre se elige salvar la vida de la madre antes que la del feto.

Sin embargo, en los países de tradición católica se da prioridad a la vida del feto, ya que el alma es insuflada por Dios en el instante de la concepción y por ello su vida es sagrada y no se puede atentar contra ella. Esta posición es cuestionable desde un punto de vista laico, pues se basa en una creencia religiosa, al mismo tiempo que no se puede demostrar que la concepción dure un instante, sino que más bien dura horas, e incluso días. La activación del óvulo por el espermatozoide es anterior a la identidad genética, que no se consigue hasta la formación del núcleo diploide. Hoy por hoy se puede afirmar que hasta pasados cuatro días, las propiedades genéticas del cigoto, o pre-embrión, dependen de las proteínas y el ARN del óvulo. Esto es lo que puede ser dicho de la fecundación natural, pero aún es más complicado si hablamos de clonación, pues en tal caso dependería de la técnica utilizada para clonar.

En la tradición islámica el alma es insuflada aproximadamente el día 120 de gestación, aunque algunos estudiosos lo sitúan en el día 42. Por ello varía la legislación según el grado de radicalización o de interpretación de la religión, pero por norma general se penaliza el aborto, aunque se hacen excepciones cuando la vida de la embarazada corre peligro, como por ejemplo en Marruecos y Túnez, donde se ha despenalizado el aborto cuando sea necesario para preservar la vida de la madre.

Una vez expuesta esta introducción daremos paso a las perspectivas defendidas por varios autores, tanto a favor como en contra del reconocimiento de un

estatuto moral especial para el feto y el neonato. Comenzaremos por la posición de Michael Tooley.

II.3.3.4.2.1. Michael Tooley y su postura frente al derecho a la vida de los neonatos.

Tooley (1972: 407) considera que tanto los fetos como los niños recién nacidos no son personas, por lo que acabar con sus vidas sería como matar una hormiga o un mosquito y no constituiría un hecho moralmente vituperable o condenable. Para defender esta tesis apela a tres argumentos.

II.3.3.4.2.1.1. Tres argumentos para demostrar que los recién nacidos no son personas.

El primer argumento expone que el comportamiento del niño no es razón suficiente para asignarle altas capacidades mentales como puede llegar a tener una persona madura. Todo comportamiento evidente denota que la capacidad para la autoconciencia, para el pensamiento o para la deliberación racional, entre otras, se hace presente en el desarrollo del individuo mucho más tarde.

El segundo refleja la misma conclusión. El circuito neuronal en el cerebro humano experimenta enormes mejoras a lo largo de la etapa postnatal. Además, sólo durante este periodo, y no antes, las redes situadas en los estratos más altos de la corteza cerebral, que están extendidas por debajo de las funciones mentales superiores, emergen y no están presentes al nacer. Por lo tanto un recién nacido no tiene desarrollado su cerebro como una persona adulta.

Y finalmente, está la evidencia bioeléctrica¹³⁸, aunque su significado no es todavía comprendido por completo. Similarmente a los dos desarrollos previos, éste

¹³⁸ Maduración bioeléctrica: El electroencefalograma realizado al recién nacido orienta la existencia de un evento cerebral hipóxico y, además, su madurez neurológica. Independiente del peso al nacer, este método refleja fielmente la edad gestacional del neonato por la existencia de etapas de maduración y permite al médico con experiencia en esta investigación apreciar la edad gestacional en las primeras 2 semanas de vida. Antes de las 32 semanas de edad gestacional la actividad eléctrica es discontinua (trazos alternos), la reactividad y la diferencia vigilia-sueño no existe, además clínicamente tampoco es apreciable. Entre 32 y 36 semanas se efectúa una maduración progresiva, con notable organización del sueño en 2 estadios, ligero con cierto grado de excitación y profundo en el

ocurre también en el periodo postnatal. M. Tooley piensa que los cambios bioeléctricos que emergen después del nacimiento conectan muy bien con los datos del comportamiento y los neurofisiológicos, proporcionando así un apoyo extra a las conclusiones basadas en esos datos.

En este sentido, Tooley, (1983, cap. 5), considera que para que un ser tenga derecho a algo, debe tener un cierto interés en ello, y para tener un interés o una preferencia por mantenerse vivo, en vez de morirse, un ser debe ser un “yo continuado”, es decir, un ser que en algún momento haya adquirido el concepto de sí mismo como existente en el tiempo. Los seres que no son “yos, o egos, continuados” no tienen derecho a la vida y por lo tanto no es directamente condenable el hecho de privarlos de ella. En este orden de ideas, un recién nacido no ha tenido tiempo de tener experiencias, ni de ser consciente de sí mismo, de su existencia espaciotemporal, de su vida, por lo que no puede tener ni mostrar interés alguno en mantenerse vivo; por lo tanto, la pérdida de su vida no le supone ningún perjuicio en ese sentido.

En esta misma línea de argumentación, Kuhse y Singer (2003: 306) creen que el argumento de Tooley es básicamente correcto, y utilizan el término “persona” para referirse a aquellos seres que son capaces de verse a sí mismos como egos continuados – esto es, como seres autoconscientes que existen en el tiempo. Esta es, según ellos, la diferencia moralmente relevante entre los fetos y los infantes, por un lado, y los seres humanos más maduros, por otro. Los adultos normales y los niños, pero no los fetos ni los infantes, son personas; o sea: son seres autoconscientes y resueltos con un sentido del pasado y del futuro. Estos seres pueden contemplar sus vidas como un proceso continuado, pueden identificarse con lo que les ha sucedido en el pasado, pueden recordar y contar su experiencias, y pueden alimentar esperanzas y planes para el futuro.

cual el neonato está en calma. A las 37 semanas se caracteriza por un trazado continuo, excepto en el sueño profundo en el que sigue alternante; puede establecerse una buena diferenciación vigilia-sueño por la posibilidad de apreciar una reactividad difusa. Dulce M^a Reyes Izquierdo (2003) Evaluación de la edad gestacional, en *Examen clínico al recién nacido*. La Habana. Editorial Ciencias Médicas.

II.3.3.4.2.1.2. Acabar con la vida de un neonato puede ser religiosamente incorrecto pero no moralmente incorrecto.

Mucha gente cree que la existencia de una persona no termina con la destrucción de su cuerpo. Sin embargo, asevera Tooley (1972: 325-327) no hay ninguna buena razón para creer que sobreviviremos a la destrucción de nuestros cuerpos. Además, añade Tooley que no parece posible ofrecer una versión ‘religiosamente neutral’ sobre la moralidad del homicidio. Este punto de vista desemboca en la siguiente proposición: que no sólo las personas humanas sobreviven a la muerte, sino que todos los humanos, considerando su grado de desarrollo, tienen un alma inmaterial e inmortal. Esta afirmación tiene una importante relevancia, que es recalcada por la siguiente línea de argumentación:

Primero: hay, en cada organismo humano vivo, un alma inmaterial que sobrevivirá a la destrucción del cuerpo.

Segundo: algo llega a ser una persona a causa de la posesión y ejercicio de una capacidad para la autoconciencia. Lo inmoral del homicidio, en este punto de vista, es más bien una forma de interrumpir la existencia terrenal de una persona, y transferirle a otro reino de existencia.

Tercero: los fetos humanos, e incluso los niños recién nacidos, todavía no son personas, puesto que no poseen, ni ejercitan la capacidad de la autoconciencia. Sin embargo, sería inmoral acabar voluntariamente con sus vidas, así como matar humanos que son personas, y será injusto precisamente por el mismo tipo de razonamiento. Dada la primera premisa, matar a una persona humana priva a alguien de la oportunidad de disfrutar una existencia terrenal más extensa y, dado que hay un alma inmaterial que sobrevivirá a la destrucción de cada organismo humano, matar a un ser humano que no sea persona (un neonato), significa que podría existir una persona en el futuro que habría sido privada de la oportunidad de disfrutar cualquier existencia terrenal.

Tooley, M. (1972), sostiene que el estudio acerca de la moralidad del infanticidio se encuentra en una urgente necesidad de revisión, ya que no hay consenso sobre la cuestión del infanticidio en general.

Tooley no está de acuerdo con algunos filósofos que apelan al hecho de que un gran porcentaje de la población cree que el infanticidio es totalmente incorrecto y, por esta razón, el infanticidio es ilegal en los sistemas legales occidentales. Él desafía a aquellos pensadores a probar sus afirmaciones por medio de un argumento que contenga tanto principios morales como afirmaciones fácticas no morales. Consecuentemente, cierto tipo de explicaciones acerca de creencias y sentimientos morales compartidos por un sector importante de la sociedad, tales como, por ejemplo, la religión, no son suficientes para justificar una afirmación del tipo: “el infanticidio es incorrecto”. Por otra parte, una apelación a intuiciones morales puede tener muy poca plausibilidad a menos que la apelación sea restringida a principios que no son ni principios morales por sí mismos, ni principios que puedan ser derivados de otros principios que son básicos y de acuerdo con intuiciones morales (Tooley, 1972: 313).

De acuerdo con Tooley, es muy difícil encontrar un principio moral básico para defender una postura general que pueda ser aceptada mediante consenso que pudiera regular la inmoralidad del infanticidio. La afirmación “el infanticidio es moralmente incorrecto” tiene que ser probada con argumentos morales y no con argumentos religiosos, intuitivos, sentimentales, o emocionales, aplicables tan sólo a la sociedad occidental actual y que se distingue de otras sociedades antepasadas.

II.3.3.4.2.1.3. *Argumentos contra el pensamiento de que hay que preservar la vida humana desde el momento de la concepción.*

Tooley (1972: 328-329) piensa que este argumento es incorrecto en, al menos, cuatro consideraciones:

Primera, el punto de vista que considera que los humanos tienen almas inmortales es indudablemente religioso, y no aporta ningún principio ético que los ateos estuviesen dispuestos a aceptar. Teniendo en cuenta que nuestra sociedad es laica, no sería aceptable una justificación meramente religiosa.

Segunda, el argumento tiene que apelar a las potencialidades. Bajo este punto de vista, la destrucción de una persona potencial (un feto humano o un neonato) supone una acción intrínsecamente inmoral, ya que una persona potencial no es algo

que pueda llegar a ser una persona si no interferimos, es decir, no es algo que pueda llegar a ser una persona inexorablemente. Por lo tanto, el razonamiento al que se apela para afirmar que es incorrecto destruir un feto humano o un neonato, no es que se esté destruyendo una persona potencial, sino que se está, por ende, privando a la futura persona de la oportunidad de disfrutar la vida en este reino de existencia.

Tercera, este argumento también tiene que explicar por qué hay quien se inclina a esbozar una perspicaz distinción entre potencialidades activas y pasivas, lo cual nos lleva a la consecuencia de considerar al aborto como algo diferente, en sentido moral, de la abstención de engendrar.

Cuarta, este argumento debe elucidar por qué hay gente que defiende el principio de la potencialidad, pero desea deshacerse de alguna extensión de dicho principio generalizado o bien activar potencialidades.

Finalmente, de acuerdo con este punto de vista, no es posible desmitificar ciertos argumentos antiabortistas tradicionales que están basados en la proposición teológica de que el hombre tiene un alma inmortal, a la manera que, pensadores como John T. Noonan Jr., entre otros, están acostumbrados a ofrecer.

En realidad, lo que dice Noonan es que si es verdad que las almas son inmortales justificaría la prohibición moral de todos los abortos, pero tiene sus dudas y, por ello, como veremos más adelante, Noonan no está en contra de todos los abortos, contempla algunos casos excepcionales en los que no es condenable la opción de abortar. De hecho la posición de la Iglesia Católica al respecto es discordante; por un lado enseña que las almas son creadas por Dios y que son inmortales, Daniel 12:2-3: «y muchos de los que duermen en el polvo de la tierra serán despertados, unos para vida eterna, y otros para vergüenza y confusión perpetua», Mateo 25:46: «E irán éstos al tormento eterno y los justos a la vida eterna». Y por otro lado se dice que sólo Dios es inmortal (1 Tim. 6:16) «Quien sólo tiene inmortalidad, que habita en luz inaccesible; a quien ninguno de los hombres ha visto ni puede ver; a quien sea la honra y el imperio sempiterno.»

El argumento de la inmortalidad del alma tiene gran importancia para los creyentes cristianos en el debate sobre el aborto y el infanticidio, sobre todo si tenemos en cuenta que un feto o un recién nacido que no ha sido ungido por el

Sacramento del Bautismo sufrirá por siempre, pues será privado de la recompensa de vivir en el Cielo eternamente.

En *Historia de las morales europeas*, Lecky (1869, Vol.2: 24-25) afirma que para los paganos, incluso si condenan el aborto y el infanticidio, estos serían crímenes triviales, porque las víctimas son insignificantes y su sufrimiento muy leve. La muerte de un hombre adulto que tiene su trabajo, sus deseos, que está unido a otras personas por lazos de amor o de amistad, y cuya marcha constituye una perturbación y una angustia a la sociedad en la que vive, suscita sentimientos muy diferentes a los producidos por la muerte de un recién nacido que, apenas habiendo tocado la tierra, no ha conocido ninguno de sus cuidados y muy poco de su amor. Sin embargo, para los teólogos, la vida de este niño tenía un significado terrible. En el momento en el que el feto, dentro del seno materno, adquiere su alma se convierte en un ser inmortal, destinado a resucitar en el último día, culpable por el pecado de Adán y predestinado, si muere sin bautizar, a ser excluido para siempre del cielo y a ser castigado, según el pensamiento griego en el limbo, sin pena ni gloria; o según el pensamiento latino, en el abismo del infierno. Lo que agravó considerablemente la criminalidad del aborto, asegura Lecky, fue la creencia en que implicaba, no sólo la extinción de una vida pasajera, sino también el daño de un alma inmortal.

A los teólogos cristianos les supone un grave problema los casos de fetos abortados, los niños anencefálicos y los gravemente retardados. Tal y como dijo Austin Farrer (1961: 166):

«No sabemos cómo establecer una conexión entre la misericordia de Dios y aquellos seres que nunca han disfrutado de un atisbo de razón, ¿son dignos de la eterna salvación o no lo son? Si un niño sonríe antes de morir, ¿le otorgará Dios la inmortalidad en base a su sonrisa?, ¿se podría decir que cada nacimiento humano, a pesar de lo imperfecto que pueda ser, es el germen de la personalidad y que Dios le dará un futuro eterno? Todavía tendremos que preguntarnos por qué el acto de nacer debería tener una importancia decisiva; deberíamos preguntarnos qué ocurre con los niños que mueren en el seno de su madre o sufren un aborto; y nosotros estaríamos perdidos sin saber dónde colocar la línea divisoria. No es que vaya a ser más fácil delinearla si equiparamos el origen de un alma inmortal con el logro de hablar o razonar. Por lo que deberíamos preguntarnos todavía ¿qué grado de razón debe tener? Racionalmente llega por etapas en aquellos que la adquieren, pero tampoco todos los imbéciles son totalmente inconscientes, por eso no sabemos dónde situar la línea, o lo que es lo mismo, no sabemos dónde Dios la ubica.»

El problema se plantea porque en cada uno de estos casos (fetos y recién nacidos muy retardados) no hay vidas personales y, consecuentemente, no hay ninguna persona que pueda ser preservada de una vida posterior a la muerte. En estos casos no hay personalidad, ni carácter, ni pensamiento de una mente que pueda ser restaurada en algún estado después de la muerte. La creencia cristiana debería en realidad afirmar que una transformación radical tiene lugar como una entrada individual dentro de la plenitud de la vida eterna, pero presumiblemente allí permanece una continuidad reconocible entre antes y después de la muerte del individuo. Lo que no sabemos, ni podremos saber nunca, es si un niño recién nacido que nace sin cerebro, que ni ha tenido conciencia, ni la tendrá jamás, ni sabe nada acerca de él, ni del mundo que le rodea, ni de Dios, ni del cielo, ni el infierno, no sabemos si el alma de este ser humano, que es inmortal, gozará de todas las capacidades que en vida le faltaban a este ser, y si al final de los tiempos resucitará de la misma forma que falleció con su mismo cuerpo incompleto, sin cerebro, sin consciencia, sin tener la capacidad de poder observar a Dios, ni percatarse de lo que ocurre a su alrededor, ni poder disfrutar de los beneficios de la vida eterna.

No obstante, el problema que se plantea aquí sobre la inmortalidad de las almas y la vida eterna no es un problema ético, ni filosófico, sino religioso. Se trata de una mera especulación teológica, que no afectaría a aquellos que no creen en estas suposiciones. Por lo tanto, no se puede justificar éticamente la posición contra el aborto ni el infanticidio apelando a este tipo de argumentos.

Con respecto al tema del aborto y a la determinación de la humanidad de un ser volvemos a retomar los pensamientos de John T. Noonan Jr. (1970: 51-59), quien considera que la cuestión principal en este debate es saber qué determina la humanidad de un ser. Inicialmente responde a la pregunta considerando la afirmación de que si un ser es concebido como un ser humano (sus padres son humanos) entonces dicho ser es un ser humano desde su concepción. Sin embargo, Noonan no se queda ahí como hubiesen hecho los teólogos de otra época; él considera que es necesario poner en términos comprensibles para los humanistas lo que los teólogos han tratado como una cuestión explícitamente teológica en su concepción de la “animación” (llegada del alma); o implícitamente en su concepción del aborto. La

posición cristiana original, no dependía de un reducido concepto teológico o filosófico, no tenía ninguna relación con las teorías del bautismo de los niños, no apeló a ninguna teoría especial de la animación instantánea. El cristianismo tomó la visión del mundo sobre la animación desde Aristóteles hasta Zacchia. Hubo una influencia teológica que afectaba a la teoría de la animación finalmente aceptada y, por supuesto, la animación en sí misma fue un concepto teológico, por lo que la posición siempre fue explicada en términos teológicos, pero la noción teológica de la animación puede ser traducida a un lenguaje humanista mediante la sustitución de “humano” por “alma racional”; el problema de saber cuándo un hombre es hombre es común a la teología y al humanismo. Con respecto a las diferentes potencialidades del ser humano, desde su concepción hasta su nacimiento y posterior desarrollo *ex útero*, los teólogos se mostraron en contra de esta discriminación y consideraron que una vez concebido, el ser es reconocido como hombre porque tiene potencial de hombre. El criterio para establecer la humanidad de un ser era simple y lo abarcaba todo: si eres concebido por unos padres humanos, entonces tú eres humano¹³⁹.

En realidad lo que Noonan pretende hacer es realizar una objeción al aborto lejos de argumentos teológicos o religiosos y para ello intentará demostrar que el *conceptus* (óvulo fertilizado), el cigoto o el feto es humano. Una vez que se haya demostrado tal cosa entonces, en su opinión, debería considerarse que existe un derecho a la vida casi absoluto y, en consecuencia, que el aborto, como violación de este derecho a la vida, es equivalente al asesinato y es, casi siempre, inmoral.

Noonan establece cinco criterios alternativos que encuentra en el debate sobre el aborto por parte de aquellos que no consideran al feto como humano, e intenta rebatirlos:

1) Viabilidad: con respecto a esta alternativa, Noonan considera que no es un criterio válido para considerar si un ser es humano o no lo es, porque no existe una línea lo suficientemente clara entre dependencia e independencia.

2) Experiencia: Noonan tampoco considera válida esta alternativa porque un ser humano que ha vivido y sufrido, que tiene memoria, que tiene experiencias, no es más humano que aquel que no las tiene. Considera absurdo este argumento porque

¹³⁹ Noonan (1970: 51-59) “An Almost Absolute Value in History”, en *The Morality of Abortion: Legal and Historical Perspectives*, también en *Basic Issues in Medical Ethics*, 5ª ed. ed. Ronald Munson (Belmont; Wadsworth 1996). pp 66-69.

hay humanos que han fallado en el amor y en el aprendizaje y no por ello son menos humanos que los demás.

3) Sentimientos: también desecha esta alternativa porque los sentimientos también son variables. Uno puede tener sentimientos negativos contra los negros, las mujeres, los homosexuales y esto no les hace más humanos que otros. El racismo y el sexismo son contraejemplos de la moralidad como sentimiento.

4) Experiencia de los sentidos (vista y tacto): Tampoco acepta este criterio alternativo, porque un feto de menos de cuatro meses, que no puede ser visto ni sentido, no es por ello menos humano que si pudiese ser percibido por los sentidos. Con respecto al aborto, un feto de menos de cuatro meses no es considerado como humano porque no es tangible. Noonan considera que esta es la base del racismo y de cualquier otro tipo de discriminación, ya que un ser humano que no puede ser tocado (por ejemplo por una enfermedad contagiosa) no deja de ser humano.

5) Visibilidad social: El feto no es considerado como humano por la sociedad en general porque no puede comunicarse con otros, tanto objetiva como subjetivamente, no es un miembro de la sociedad. Queda por tanto excluido de la humanidad y de las reglas morales por no ser todavía un miembro de la comunidad moral. Noonan considera inaceptable este argumento porque permite la construcción social de la humanidad, la relativa y arbitraria determinación de quiénes están dentro y quienes están fuera en la base de poder y de intereses. Nuestra historia está plagada de ejemplos de tal exclusión social de grupos e individuos específicos: más allá de ejemplos de racismo y sexismo, Noonan alude a la esclavitud en el Imperio Romano, o la condena de propietarios por el Régimen Comunista Chino.

Una vez que ha rechazado los cinco criterios alternativos, cree haber reforzado su afirmación inicial, y vuelve al argumento probabilístico, relativo a las bajas probabilidades de un óvulo o espermatozoide de llegar a convertirse en un ser humano en comparación a la relativamente alta probabilidad que tiene el *conceptus* (óvulo ya fertilizado) de llegar a ser un ser humano.

Noonan (1970: 56-57) considera que hay una continuidad en el desarrollo de la vida y establece una clara diferenciación entre: por una parte, un espermatozoide o un óvulo sin fertilizar; y por otra parte, un *conceptus*, en términos de las

probabilidades de convertirse en un ser humano. La distinción parece clara: un espermatozoide tiene una entre 200 millones de probabilidades de llegar a convertirse en un cigoto, y de los cien mil a un millón de ovocitos que cada mujer puede producir, un máximo de 390 son ovulados. Pero una vez que el espermatozoide y el óvulo entran en contacto y el *conceptus* es formado, las opciones son 4 de cada 5 de que este nuevo ser llegue a convertirse en un ser humano. Para Noonan, esto representa un importante cambio en las probabilidades, un inmenso salto en potencialidades. En esto precisamente se basa su defensa de los derechos del óvulo fertilizado y no del espermatozoide ni del óvulo sin fertilizar. Para Noonan hay una línea divisoria bien definida que marca la continuidad de la vida que se está desarrollando y que justifica la designación del *conceptus* como humano y por tanto dotado de derechos, mientras que no se podría establecer tal designación para el óvulo o el espermatozoide.

Además del teólogo católico John Noonan, otros autores también piensan de esta manera, uno de los cuales es el filósofo Werner Pluhar, que es tan explícito como Noonan con respecto a la probabilidad que tiene un par de gametos de convertirse en un individuo:

«Si permitimos que el mero potencial para una simple conciencia otorgue prima facie un derecho a la vida, entonces parece justo que debemos conceder un derecho similar al inmenso número de pares de gametos que igualmente tienen tal potencial... Está claro, sin embargo, que el potencial del par de gametos es incomparablemente menor que el que posee el feto que aún es incapaz de sentir: incluso dada la ausencia de interferencias más una pequeña cantidad de asistencia, la probabilidad de que un par de gametos se convierta en un individuo con algún potencial de evolución es tan abrumadoramente pequeña que en la práctica es totalmente despreciable» Pluhar (1977: 167).

En *Desacralizar la vida humana*, Peter Singer (2003: 266-271) analiza y rebate la posición que mantienen tanto Noonan como Pluhar, que consiste en que un óvulo fertilizado tiene una mayor probabilidad de convertirse en una persona que un espermatozoide aislado o un óvulo sin fertilizar. Singer considera que, con los nuevos avances en fertilización artificial, quedan obsoletos e inválidos los argumentos de ambos autores, y lo argumenta como veremos a continuación.

Considerando los argumentos de Noonan y Pluhar se puede pensar que la probabilidad que tiene un embrión de convertirse en un ser pensante (o sintiente en el

caso de Pluhar) es algo relevante para el potencial de que el embrión se convierta en una persona. De ahí se podría deducir que el potencial del embrión de laboratorio disminuye después de la división en ocho células, cuando el embrión transferido ya casi no tiene probabilidades de producir un embarazo y en la fase posterior, de blastocito, ya no tiene potencial alguno. Este podría ser un argumento válido para aquellos que deseen justificar que hay algo moralmente incorrecto en conservar embriones humanos vivos en laboratorios, e incluso en su creación *in vitro*. Sin embargo, la aceptación de grados de potencialidad asociados con la probabilidad, tiene también consecuencias que no son del agrado de los que se oponen a la experimentación embrionaria (Singer, 2003: 267) porque, contrariamente a lo que dicen Noonan y Pluhar, la distinción entre el potencial del embrión en cultivo y el potencial de los gametos en el laboratorio antes de la fertilización, es una diferencia de grado y no una diferencia notable.

Por lo tanto, continúa argumentando Singer, si basamos los grados de potencial en la probabilidad de que se produzca una persona a partir de un embrión, no se puede considerar como crucialmente significativa la línea que separa el estadio en el que existe un conjunto de gametos y el estadio en el que ya hay un embrión formado. Esta diferencia es aún más significativa con respecto al potencial; la diferencia entre un estadio en el que hay un embrión en el laboratorio, y un estadio en el que el embrión ha sido implantado ya en el útero. En la medida en que el argumento del potencial es importante para la moralidad de experimentar sobre una entidad u organizarla, no es coherente apoyar la prohibición de experimentar con embriones o intervenir en su ordenación, mientras se permanece impasible ante el modo en que sean tratados los óvulos y el esperma. En este punto, Singer (2003: 267) asegura que hay dos posibles respuestas a este argumento:

Primera: que hablar del potencial del óvulo y el esperma mientras están todavía separados es un sinsentido, porque se trata de dos entidades discretas y, por tanto, no pueden tener un potencial en común.

Segunda: que la distinción entre embrión y gametos marca una clara distinción en la probabilidad, pues la probabilidad de que un embrión se convierta en niño es muy grande, mientras que la probabilidad de que una determinada fracción

de espermatozoides participe en la fertilización es de 1 entre 200 millones (hace alusión a lo dicho por Noonan).

Singer considera que la primera réplica es inválida porque no hay razón para que una entidad con algún potencial deba consistir en un solo objeto, en lugar de dos o más objetos discretos, y se pregunta: ¿por qué tendría que ser un problema hablar del potencial de un conjunto de gametos en un recipiente de cristal?

La segunda réplica hace referencia a varias consideraciones y se enfrenta a, por lo menos, tres problemas (Singer, 2003: 268-71):

El primero de estos problemas fue planteado por Mark Strasser (1987: 199-205) y tiene que ver con el número de espermatozoides que intervienen en la fertilización; en este sentido se pregunta Strasser ¿por qué se apoya Noonan en la probabilidad de que sea un único espermatozoide el que intervenga en la fertilización, y no en la probabilidad de la fertilización por uno cualquiera de los espermatozoides? Noonan no discute la probabilidad de que sea el óvulo, más que el espermatozoide, el que participe en la fertilización.

El segundo problema hace referencia a los nuevos avances en fertilización artificial. Aunque Noonan diese una respuesta a la objeción de Strasser, asegura Singer, su postura se vuelve difícil de mantener a la luz del nuevo conocimiento y de los nuevos desarrollos en la tecnología reproductiva. Las cifras que ofrece Noonan para la supervivencia del embrión no son fiables en la actualidad. Noonan sostenía que su argumento se refería a las probabilidades de casos que realmente existían, no a ninguno o a todos los estados de cosas que podían ser imaginados. En la actualidad las probabilidades reales son muy diferentes de las que Noonan manejaba. Una vez que se sustituyan por las probabilidades reales, el razonamiento de Noonan no puede ratificarse ya el instante de la fertilización como el momento en el cual el embrión adquiere un estatuto moral esencialmente diferente.

Con respecto a la FIV, también habría que realizar algún reajuste al argumento de Noonan relativo a los gametos. Las cifras para la supervivencia del embrión son muy diferentes cuando se considera a un embrión de laboratorio en lugar del embrión implantado en un útero; una tasa de supervivencia de un embrión situada en un 10% sería relativamente optimista, incluso en un laboratorio eficiente. Por otra parte Noonan estima la probabilidad de que un espermatozoide participe en

la fertilización en una proporción de 1 contra 200 millones. Sin embargo, en la FIV se utilizan solamente unos 50.000 espermatozoides para fertilizar un óvulo, con lo cual se incrementan enormemente las oportunidades de que un espermatozoide fertilice el óvulo.

El tercer problema con el que se encuentra el argumento de Noonan es que actualmente se puede extraer un óvulo y cultivarlo siguiendo el procedimiento normal *in vitro*, pero en lugar de añadirle una gota de fluido seminal (con 50.000 espermatozoides), se microinyecta un único espermatozoide bajo la membrana externa del óvulo. En este punto, asegura Singer (2003: 271) que si se compara la probabilidad de que el embrión se convierta en una persona con la probabilidad de que el óvulo y el espermatozoide único que va a ser microinyectado en el óvulo se tornen en una sola persona, resultará imposible encontrar una distinción evidente entre las dos. Incluso la herencia genética habrá quedado determinada en ambos casos.

Una vez que hemos visto cómo Singer considera haber rebatido el argumento que defiende Noonan de que un embrión tiene más probabilidad de convertirse en una persona que un espermatozoide o un óvulo, nos centraremos ahora en la otra parte del argumento de Noonan sobre las probabilidades biológicas que establecen la humanidad de un ser y a los derechos que amparan a ese ser basándose en consideraciones físicas o biológicas.

Con frecuencia se ha argumentado que los derechos, incluyendo cualquier derecho a la vida, se asocia no tanto a una entidad física como a una entidad moral o metafísica (ya sea el alma, la mente o la personalidad), que debe ir más allá de las fronteras biológicas del ser humano y que no debería aplicarse a todo miembro biológico de la especie *homo sapiens*. En este sentido, Noonan se arriesga al justificar una concepción moral y metafísica de derechos sobre las características físicas de una entidad biológica: los defensores de este punto de vista, deberían considerar el racismo como una instancia para determinar la humanidad y los derechos basados en lo físico, por ejemplo en el color de la piel de uno. Noonan admite la posibilidad de tal crítica contra su propia posición, basada en su argumento, el cual depende de las probabilidades biológicas para establecer la humanidad,

entonces debería preguntarse ¿qué cambio debe darse en las probabilidades biológicas para establecer la humanidad?

Este argumento de las probabilidades biológicas no pretende establecer lo que es la humanidad sino establecer una discontinuidad objetiva que debe ser tomada en cuenta en el discurso moral. Esta discontinuidad está justificada por su visión de la vida y la moral razonando que: tal como la vida misma es una cuestión de probabilidades, de la misma manera la mayor parte del razonamiento moral es una estimación de probabilidades. Por lo tanto, se puede fundamentar un juicio moral sobre el cambio en las probabilidades como concepción, en concordancia con la estructura de la realidad y la naturaleza del pensamiento moral.

Noonan termina reconociendo que su argumento no rechaza absolutamente todos y cada uno de los abortos. Acepta el aborto únicamente cuando hay que decidir entre la vida del feto y la vida de la madre. Sin embargo, en caso de posible conflicto entre el derecho a la vida de la madre o el derecho a la vida del feto, los moralistas cristianos se enfrentan a una cuestión de ponderar los derechos de cada uno. En estos casos y atendiendo a un argumento de fundamentación puramente religiosa, las madres católicas deberían optar por su muerte para salvar la vida de su hijo. Noonan reconoce que la Iglesia Católica ha juzgado esta cuestión de diferente forma en cada época, pero finalmente apela a Jesucristo clavado en la cruz como la principal imagen de amor y autosacrificio y sugiere que el amor de una madre debería conducirla a entregar su propia vida en vez de sacrificar la de su hijo para su propio beneficio.

En este punto cerramos el inciso sobre Noonan, sobre la inmortalidad del alma y la vida eterna, sobre las probabilidades reales de un espermatozoide, un óvulo o un embrión de convertirse en una persona, sobre las probabilidades biológicas y sobre la cuestión de cómo se determina la humanidad de un ser. Aquí retomaremos el comienzo de este apartado con Tooley y los argumentos contra el pensamiento de que hay que preservar la vida humana desde el momento de la concepción. En este sentido, cabe señalar que el argumento presentado más arriba por Tooley concierne a los fetos, pero también es aplicable a los neonatos. Este autor no está de acuerdo con aquellos que piensan que si el argumento es rechazado, uno tiene que disentir de la proposición que defiende que los seres humanos tienen almas inmortales. Sin

embargo, si el argumento es aceptado, tendríamos que afirmar que la calidad de vida de las almas humanas inmortales, de aquellos cuerpos que han sido objeto de aborto o infanticidio, será inferior de la que deberían haber disfrutado en este mundo si sus cuerpos continuaran con vida. Aunque, si la calidad de vida de ese mundo no fuera inferior, cuando van a otro mundo, sus intereses no se verían mermados. Además, no habrían perdido nada que ya poseyeran, a pesar del hecho de que se verían privadas de la oportunidad de vivir en este mundo, puesto que son capaces de beneficiarse de las ventajas que les ofrece el otro mundo.

Por nuestra parte consideramos que no se puede justificar, desde el punto de vista de la ética, una posición contraria al aborto, ni a la eutanasia precoz, basándose en argumentos como el de la inmortalidad del alma o la resurrección de los muertos. Como también se ha podido constatar, los argumentos que se basan en la potencialidad o en la probabilidad de convertirse en una persona adulta tampoco son válidos y, por lo tanto, creemos que tanto el aborto como la eutanasia precoz serán moralmente correctos o incorrectos atendiendo a las circunstancias que se den en cada caso. Como veremos en el capítulo IV de esta tesis, habrá casos en los que la mejor opción sea optar por acortar el sufrimiento y, por ende, la vida de un ser humano (en cualquier etapa de su desarrollo, aunque cuanto más pronto mejor), y habrá otros casos en los que lo más correcto será dejar con vida al feto o al niño recién nacido. Por lo tanto, actuar sobre la vida de un feto o de un neonato dependerá de una serie de factores y condicionantes que serán detallados más adelante en este trabajo.

II.3.3.4.2.1.4. Las interrelaciones personales como derecho a la vida.

Siguiendo con el argumento del apartado anterior, Tooley está convencido de que no se sigue de ahí que no hay nada incorrecto en matar seres humanos adultos sanos y normales, como mucha gente piensa, porque ellos tienen vínculos con gente y lugares, tales como relaciones familiares o sentimentales, y ésto supone una diferencia importante con respecto a los fetos o niños recién nacidos, que carecen de este tipo de vínculos, excepto con sus madres.

Después de todo, Tooley no cree que este argumento, basado en los vínculos personales y sentimentales, proporcione alguna razón *prima-facie* contra el aborto o el infanticidio.

Añade, M. Tooley (1972:330) en su argumentación que el cristianismo tradicional nos ofrece otro importante punto de vista que debería ser tenido en cuenta en este debate. Según esta consideración, abortar un feto, o matar a un niño, era considerado como privar a una persona de actuar dentro de su destino eterno. También se creía, como hemos dicho anteriormente, que si un feto o un recién nacido moría sin bautizar, es decir con el pecado original, estaría destinado a vivir en el limbo¹⁴⁰ eternamente. Desde una perspectiva cristiana tradicional, el aborto y el infanticidio perjudican los intereses de una persona de dos formas: privándole de la oportunidad de alcanzar la salvación y la eterna felicidad, y sumergiéndole inmediatamente dentro de un reino de existencia que sería menos satisfactorio de lo que, probablemente, habría sido éste.

De acuerdo con este punto de vista cristiano tradicional, matar a un ser humano antes de que haya adquirido aquellas propiedades que le hacen ser una persona, tiene como resultado que un alma particular inmortal disfrute de una vida menos satisfactoria que la que hubiese tenido en otro caso. Obviamente, Tooley rechaza esta posición, aunque reconoce que el principio ético en el cual se basa este argumento parece satisfactorio. Sin embargo, el argumento implica dos hipótesis de corte teológico: una, que los humanos tienen almas inmortales; y la otra, que empezar la vida en el próximo mundo, en vez de hacerlo en éste, supone un grave

¹⁴⁰ Actualmente la Iglesia católica ha eliminado el limbo de su imaginario colectivo; entonces podríamos preguntarnos, ¿a dónde van ahora esas almas si ya no existe el limbo? Este sería un nuevo problema al que se tendría que enfrentar la Iglesia Católica, porque ahora lo que dice es que posiblemente vayan al cielo, pero tampoco lo asegura del todo, ya que la Comisión Teológica Internacional, y el Papa, lo dejan en manos de Dios y su misericordia divina: «En cuanto a los niños muertos sin Bautismo, la Iglesia sólo puede confiarlos a la misericordia divina, como hace en el rito de las exequias por ellos. En efecto, la gran misericordia de Dios, que quiere que todos los hombres se salven (1Tim 2,4) y la ternura de Jesús con los niños, que le hizo decir: “Dejad que los niños vengan a mí y no se lo impidáis” (Mc 10,14), nos permiten confiar en que haya un camino de salvación para los niños que mueren sin Bautismo. Por esto es más apremiante aún la llamada de la Iglesia a no impedir que los niños pequeños vengan a Cristo por el don del santo Bautismo» (“*La Esperanza de Salvación para los niños que mueren sin Bautismo*”, 19 de enero de 2007, par. 101) Entonces, cabe preguntarnos ¿ha existido alguna vez el limbo?, si antes existía y ahora no, ¿cómo se transportan todas esas almas que allí habitaban a su nuevo destino? ¿es ahora el cielo su nuevo destino? Quedan muchos interrogantes por responder, aunque, como ya hemos dicho, se trata de especulación teológica y no debería afectar a los juicios éticos sobre el aborto y la eutanasia de niños recién nacidos.

perjuicio para una persona. El autor cree que la primera afirmación es dudosa, aunque no ha argumentado este punto en su capítulo ‘Objections to Infanticide’ en *Abortion and Infanticide*, así como también cree que no hay ninguna razón para aceptar la segunda presunción (Tooley, 1972: 330-331).

II.3.3.4.2.1.5. El deseo de vivir como derecho prima-facie a la vida.

Otra suposición a tener en cuenta en el debate sobre la inmoralidad del homicidio de un ser humano no adulto es la capacidad de desear permanecer con vida. Considerando esta cuestión, Tooley afirma que una entidad no puede poseer el derecho a la vida a menos que tenga la capacidad de desear su existencia continuada. Se sigue que, puesto que los fetos y los recién nacidos carecen de la capacidad de desear mantenerse con vida, también carecen del derecho a la vida. Consecuentemente, Tooley concluye que el aborto no puede ser considerado como una acción *prima-facie* moralmente injusta.

¿Cuál podría ser la evidencia en la afirmación básica de Tooley? Él mismo afirma que los individuos tienen un derecho *prima-facie* a lo que desean y la carencia de la capacidad de desear algo socava la base del derecho de uno a ello. Como la cuestión principal aquí es establecer el derecho del feto a la vida sobre otros fundamentos, y teniendo en cuenta lo que dice Don Marquis (1989: 183-202) en “*Why abortion is immoral?*”, el argumento de Tooley asume que el derecho a la vida no puede ser establecido, en general, sobre otra base que no sea la del deseo por la vida. Un poco más adelante dedicaremos un apartado a la posición de Marquis sobre la inmoralidad de matar seres humanos potenciales; para Marquis no es tan importante la capacidad de desear como la capacidad de desarrollarse y convertirse en una persona adulta.

Nosotros consideramos que la carencia de la facultad de desear nuestra propia vida es un factor a tener en cuenta en la toma de decisiones, pero no tiene la relevancia suficiente para fundamentar ningún argumento contra la vida de un feto o un niño recién nacido.

II.3.3.4.2.2. ¿Es inmoral acabar con la vida de los seres humanos?

Si analizamos esta pregunta bajo un prisma kantiano nos veríamos obligados a aceptar que el Utilitarismo no puede ser moralmente correcto porque no puede explicar la evidente inmoralidad de hacer esclavos y castigar a inocentes, entre otros actos repudiados. Ya que la esclavitud es justificable en términos utilitaristas, porque puede ser un medio de producción útil y bueno para una mayoría, así como también se puede justificar, bajo ese mismo punto de vista, el hecho de castigar, o ejecutar, a un inocente para evitar un mal mayor.

A continuación desarrollaremos, en varios apartados, las distintas posiciones de diferentes autores que analizarán la inmoralidad (o no) de acabar con la vida de un ser humano, más concretamente con las vidas de fetos y recién nacidos. Comenzaremos con el filósofo utilitarista Jonathan Glover.

II.3.3.4.2.2.1. El homicidio desde una perspectiva utilitarista.

En *Causing Death and Saving Lives*, Jonathan Glover dedica un capítulo de su libro al Utilitarismo, en el que afirma que el «Utilitarismo es la creencia en que debemos vivir de tal modo que fomentemos la mayor felicidad» (Glover, 1977: 62).

Consecuentemente, cualquier defensor de esta teoría moral sería capaz de afirmar que el homicidio será moralmente incorrecto porque disminuye la felicidad o genera miseria. Sin embargo, Glover no discute si hay una vida vivida dignamente o algo más que felicidad, aunque reconoce que la idea de lo que es “vivir una vida dignamente” es flexible, puede ser objeto de distintas interpretaciones, y esto puede ser corroborado tanto por los utilitaristas como por los que no lo son.

Sin embargo, hay contra-argumentos sobre las dificultades del cálculo utilitarista, de predecir consecuencias de acciones, de comparar la felicidad de personas diferentes y de medir la felicidad. Además, hay algunas objeciones morales basadas en apelaciones a otros valores no utilitaristas. Se dice que para los utilitaristas ‘el fin justifica los medios’, lo que les lleva a justificar o aceptar actos moralmente objetables de deshonestidad, injusticia, crueldad y homicidio. Además, hay desacuerdo entre los mismos utilitaristas cuando intentan dar una interpretación

de lo que es la 'felicidad'. La versión tradicional consideró la felicidad como un estado mental especial, pero los utilitaristas encontraron una dificultad irresoluble cuando intentaron identificar ese estado. Parece obvio que el placer no es lo mismo que la ausencia de dolor, y es también diferente de la felicidad que un estudiante podría experimentar cuando consigue una beca o cuando uno recibe una carta de sus familiares.

Algunos utilitaristas han abandonado la versión del estado mental, a favor de una interpretación de felicidad en términos de obtener cualquier cosa que uno quiera o lo que es en interés de uno. Pero, dentro de esta versión, hay problemas considerables a la hora de ponerse de acuerdo sobre lo que se quiere sopesar.

Aquellos utilitaristas que no quieren asignar un valor a los deseos de los muertos, o a los deseos cuyo cumplimiento no conlleva ninguna satisfacción, es decir, deseos que no llevan implícito un beneficio o una utilidad, deben aceptar la restricción de considerar sus deseos y, al hacerlo, producir algo más parecido a la versión del estado mental. Puede pensarse que la versión que se adopte aportará una diferencia a la moralidad de matar (Glover, 1977: 62-64).

II.3.3.4.2.2.2. Objeciones al homicidio (Jonathan Glover).

De acuerdo con Glover, en el tercer capítulo de *Saving Lives and Causing Death*, es importante hacer hincapié en la distinción de dos clases de motivos que hacen que sea directa o intrínsecamente incorrecto matar a alguien.

II.3.3.4.2.2.2.1. *Objeciones directas.*

El primer tipo de motivos apela a cierta clase de objeciones basadas en el perjuicio causado a la persona fallecida; este tipo de objeciones son consideradas por Glover como objeciones directas al homicidio. Obviamente hay algunas razones de peso que se basan en los efectos secundarios, ya que hay muchos casos en los que los efectos secundarios derivados de provocar la muerte a alguien son mínimos o están ausentes por completo; en estos casos parece menos incorrecto matar que en otros casos. Por ejemplo, si un médico administra una cantidad de morfina superior a la que un paciente, en fase terminal que sufre de fuertes dolores, puede soportar, sabe

que va a morir y la muerte en este caso resulta beneficiosa, tanto para el paciente, como para la familia del mismo, así como para el hospital que deja libre una cama y le supone un importante ahorro económico. En este caso, los efectos secundarios resultantes de la muerte de un ser humano están ausentes o, por lo menos, no son negativos, sino más bien todo lo contrario. La muerte de un ser humano, que padece dolores insoportables y no tiene esperanza de seguir vivo por mucho más tiempo, en este caso es positiva.

II.3.3.4.2.2.2.2. Objeciones intrínsecas.

Por otra parte, Glover, al igual que muchos ateos, considera insatisfactoria la siguiente afirmación: ‘matar es directamente incorrecto porque viola la santidad de la vida’ porque no creen en la santidad ni en nada que tenga que ver con la religión. Por este motivo sería conveniente encontrar un argumento, lo suficientemente sólido, como para poder explicar satisfactoriamente nuestra intuición de que es moralmente incorrecto matar a alguien. Es decir, un principio general que, aunque no fuese aceptado por la mayoría, fuese tan sólido que, inmediatamente, se siguiese de él que matar es siempre moralmente incorrecto. La formulación preferida de Glover es la siguiente: ‘arrebatar una vida humana es intrínsecamente incorrecto’. Esta idea estrecha el escenario del principio para los humanos, e introduce la idea de equivocidad intrínseca. Al parecer, si decimos que algo es intrínsecamente incorrecto es equivalente a decir que es incorrecto por su propia naturaleza, y no por sus conexiones con cualquier otra cosa. No obstante, podríamos considerar que la afirmación: “matar es intrínsecamente incorrecto” no es lo mismo que afirmar que “matar es directamente incorrecto”. Por eso podría ser directamente incorrecto matar a alguien incluso si matar no fuese intrínsecamente incorrecto, y Glover considera que matar no es intrínsecamente incorrecto porque la incorrección no es inherente a su naturaleza; no siempre está mal matar a alguien. Por ejemplo: no está mal matar a un paciente en fase terminal, que sufre dolores insoportables, en un país donde la eutanasia sea legal; o no está mal matar en un conflicto armado, si la acción está justificada; o no está mal matar a un asesino en serie en un Estado donde la pena de muerte sea legal. En estos casos no habría nada malo en matar.

La diferencia entre equivocidad intrínseca y directa radica en que la primera es inherente a la propia naturaleza del acto, mientras que la segunda no lo es, sino que su equivocidad se basa en el daño ocasionado de forma directa y no por los efectos secundarios.

En realidad, Glover piensa que matar a alguien no es intrínsecamente incorrecto aunque es, por norma general, directamente incorrecto. Por eso considera que la equivocidad directa es la única parte razonable de la doctrina de la santidad de la vida.

II.3.3.4.2.2.3. *¿Por qué es inmoral matar seres humanos adultos potenciales? La posición de Don Marquis.*

Don Marquis argumenta que el aborto, al igual que el homicidio de un ser humano adulto inocente, es inmoral. En consecuencia, no distingue entre un embrión, un feto, un recién nacido, un niño, y un ser humano adulto, porque considera que el futuro de un ser humano tiene un valor importante. El argumento que él mantiene es diferente del argumento de la potencialidad, expuesto anteriormente. Eludiendo así viejos problemas con los que se encuentra la defensa tradicional de la vida al argumentar contra el aborto o la eutanasia, ya que él no considera al feto como una persona, sino que basa su argumento en que privar a un ser de un futuro como el nuestro es lo peor que podría pasarle. En este sentido, Don Marquis considera que la pérdida de la vida es una de las mayores pérdidas que se pueden sufrir, porque esta pérdida le priva a uno de todos sus proyectos, experiencias, entretenimientos, disfrutes, etc., que, de otra forma, hubiesen conformado la vida personal de uno en el futuro.

La idea que postula la inmoralidad del homicidio defendida por Don Marquis implica la afirmación de que es *prima facie* incorrecto matar niños y recién nacidos, porque se presupone que su futuro tiene un valor importante. Por esta razón, el autor considera que es necesario desarrollar una teoría de la inmoralidad del homicidio que pueda explicar fácilmente por qué es incorrecto matar a los recién nacidos indefensos. Por otra parte, las teorías de la personalidad que intentan demostrar la inmoralidad del homicidio, francamente, no pueden explicar por qué es incorrecto

matar niños y adolescentes¹⁴¹. Por lo tanto, tales teorías tienen que añadir explicaciones especiales *ad hoc* de por qué es un error matar al joven, de manera que, la aceptabilidad de tales teorías *ad hoc* refleja lo necesarias que son dichas teorías para trabajar sobre este asunto.

Afirmar que lo que hace, principalmente, inmoral matar a alguien es la pérdida, en la víctima, del valor de su futuro tiene indiscutibles consecuencias para la ética del aborto, a la vez que explica la inmoralidad del acto de matar directamente adolescentes y niños. Don Marquis considera que aborto y muerte prematura no son cosas idénticas, pero el aborto priva al feto de las experiencias futuras de la misma forma que una muerte prematura priva a un ser humano de futuras experiencias. En consecuencia, el aborto es algo malo para el feto de la misma forma que la muerte prematura lo es para los seres humanos actuales.

Marquis (1989: 192) considera que su argumento no depende de que podamos deducir que es inmoral matar personas potenciales desde la afirmación ‘es inmoral matar personas’. Por ello, la postura que defiende que el aborto y el infanticidio son *prima facie* moralmente incorrectos se desarrolla separadamente de la noción de persona o persona potencial. Quien quiera comenzar con este análisis en términos del valor que representa su futuro para un ser humano, concluye que el aborto es moralmente incorrecto e infiere que los fetos poseen el derecho a la vida, entonces, estaría preparado para considerar personas a los fetos, como resultado de su ‘tener derecho a la vida’. Precisamente, en este caso, la categoría de persona está siendo utilizada para exponer la conclusión del análisis en vez de generar el argumento del análisis.

Finalmente, Don Marquis, en su trabajo, procede a ofrecer un argumento para demostrar la supuesta inmoralidad del aborto, basada en la suposición de que la permisibilidad moral del aborto depende del estatus moral del feto. Según su

¹⁴¹ Feinberg, Tooley, Warren, y Engelhardt han tratado todo lo concerniente a este problema. (Feinberg, Joel, “Abortion”, in *Matters of Life and Death: New Introductory Essays in Moral Philosophy*, Tom Regan, ed. (New York: Random House, 1986), pp.256-293; Tooley, “Abortion and Infanticide”, *Philosophy and Public Affairs*, II, 1 (1972): 37-65, Tooley, *Abortion and Infanticide* (New York: Oxford, 1984); Warren, “On the Moral and Legal Status of Abortion”, *The Monist*, LVII, 1 (1973): 43-61; Engelhardt, “The Ontology of Abortion”, *Ethics*, LXXXIV, 3 (1974): 217-234; Summer, *Abortion and Moral Theory* (Princeton:University Press, 1981); Noonan, “An Almost Absolute Value in History”, in *The Morality of Abortion: Legal and Historical Perspectives*, Noonan, ed. (Crambridge: Harvard, 1970); and Devine, *The Ethics of Homicide* (Ithaca: Cornell, 1978). En Don Marquis, (1989: 183).

planteamiento, el aborto es moralmente incorrecto porque el feto posee la misma propiedad que hace inmoral matar a un ser humano adulto, es decir, el feto posee el mismo estatus moral que un ser humano adulto.

Pero Don Marquis no cae en el absolutismo a la hora de desarrollar su argumento, ya que concibe dos casos en los que el aborto podría ser permitido:

- Uno, cuando el feto, si llegara a nacer, lo hiciera en unas condiciones tan horribles que no fuera capaz de tener ninguna experiencia en el futuro.

- Dos, cuando el feto, si llegara a nacer, estuviese tan discapacitado que todas sus posibles experiencias serían dolorosas, por lo que el feto, si no nace se beneficiaría de la privación de dichas experiencias negativas.

Ambos casos pueden ser extrapolados también al infanticidio y a la eutanasia en general.

Él está absolutamente convencido de que su forma de tratar el problema del aborto supera a otras aproximaciones a la ética del aborto, porque piensa que sus análisis resuelven el problema estándar que concierne a dicha ética.

Es cierto que Don Marquis evita algunos problemas tales como las confusiones sobre ‘persona’, ‘ser humano’, ‘vida humana’ y ‘ser humano biológico o genético’; y su explicación tampoco se apoya en aserciones religiosas ni en dogmas de fe; ni se encuentra sujeta a la objeción del ‘especiecismo’, porque no apela a la pertenencia a la especie humana. Su validez es compatible con la permisibilidad de la eutanasia y la contracepción. Trata de nuestras intuiciones que conciernen también a los niños. Además, se apoya en una ética del homicidio que está cerrada a la autoevidencia, porque la propiedad crucial que otorga a los seres humanos adultos es moralmente relevante y puede aplicarse también a los fetos.

Sin embargo, la explicación de Marquis, a pesar de ser plausible, tampoco es irrefutable, porque alguien podría pensar que no siempre el futuro de un feto o de un recién nacido va a ser bueno y lleno de experiencias agradables; quizás el destino le depara un futuro horrible. Por ello, basar la equivocidad del aborto en privar a un feto de su futuro (pensando que el futuro va a ser bueno), no es del todo aceptable. Otro aspecto a tener en cuenta a la hora de refutar la explicación de Marquis es que no todo el mundo estaría de acuerdo en aceptar que un óvulo fertilizado, un embrión, un feto, un recién nacido y una persona adulta comparten el mismo estatuto moral.

Precisamente este último aspecto es el que centra el debate de este trabajo y, como puede apreciarse, hay defensores y detractores de esta consideración, cada uno con sus argumentos más o menos convincentes. A continuación analizaremos el estatuto moral del óvulo fertilizado.

II.3.3.4.2.3. El estatuto moral del ‘pre-embrión’. Argumentos y contra-argumentos.

Hay algunos autores, A. Holland entre ellos, que creen que los seres humanos, como tales, empiezan a existir desde el momento de la concepción. Sin embargo, otros autores piensan que durante la primera quincena de gestación, el óvulo fertilizado no es un embrión, sino un ‘pre-embrión’. Otros, como Mary Warnock, en cambio, mantienen que el joven embrión humano no es todavía un ser humano, porque no se puede afirmar que un ser humano individual empiece a existir hasta que el cerebro no esté formado. De esta forma, el Comité Warnock introdujo el término ‘pre-embrión’, para designar la colección de células que constituye la vida humana hasta la formación de la ‘línea primitiva’¹⁴².

II.3.3.4.2.3.1. *Objeciones de A. Holland contra quienes consideran que los embriones carecen de las características propias de los seres humanos.*

Holland se manifiesta en contra de la posición que mantiene que los individuos no son humanos en virtud de sus propiedades intrínsecas, sino en virtud de sus relaciones extrínsecas con los demás, es decir, que los seres humanos son humanos por su interacción entre ellos. Además, añade que estamos obligados a no dejarnos impresionar por el reclamo de los que afirman que los embriones humanos carecen de las características requeridas y necesarias para ser considerados seres humanos. Para defender esta posición expone tres objeciones:

1^a) porque no hay características definitorias del tipo requerido;

¹⁴² Es la traducción de "*primitive streak*". La línea primitiva es una estructura que se forma durante las primeras etapas del desarrollo embrionario de aves, reptiles y mamíferos. La presencia de la línea primitiva establecerá simetría bilateral y determina el primer signo de la gastrulación. En la línea primitiva se desarrolla un surco estrecho llamado *Surco Primitivo*.

2ª) porque en ningún caso debería ser necesario que el embrión tuviese las mismas características de un adulto;

3ª) porque satisface el único criterio que cuenta. En definitiva, la posición que descalifica al embrión a la hora de ser considerado como un ser humano, tanto si hay una pequeña semejanza como si no la hay con un adulto en miniatura, es infundada y debería ser rechazada (Holland, 1991: 302).

II.3.3.4.2.3.2. Holland contra Williams. ¿La vida humana comienza con la concepción?

El primer aspecto a tener en cuenta en esta discusión es el término 'pre-embrión'. Como hemos mencionado antes, este concepto es usado por algunos miembros de la profesión médica, embriólogos, eticistas y filósofos cuando hablan de la primera quincena de la vida humana.

Anne McLaren (1986) en *Prelude to embryogenesis*, proponía el uso de los términos 'pre-embrión' o 'conceptus' para designar "el producto completo del óvulo fecundado hasta el final de la fase de implantación" y el término 'embrión' para "esa pequeña parte del pre-embrión o conceptus, que se distingue primero en la fase de la línea primitiva y que posteriormente se convierte en un feto.

Gareth Jones y Barbara Telfer (1995) en *Before I Was an Embryo, I Was a Pre-Embryo: or Was I?* critican el término 'pre-embrión' por considerar que tiene unas connotaciones morales negativas y limitadas para algunas personas y en su lugar utilizan dos términos, basados en la biología, para diferenciar el organismo humano en sus primeras etapas de gestación: embrión-placenta y embrión-feto. Sin embargo, se sigue utilizando aún hoy en día el término 'pre-embrión'.

El concepto 'pre-embrión' lleva implícita la negación de que los seres humanos, como tales, empiecen a existir desde el momento de la concepción. Esta posición fue defendida por Bernard Williams y Anne MacLaren en 1986. Esta negativa, que contiene importantes implicaciones morales, se sustenta sobre dos creencias: 1ª) que el pre-embrión carece de las características propias de un ser humano; 2ª) que el pre-embrión carece de lo que le hace a uno ser un ser humano.

Pero la respuesta en forma de contra-argumento no se hizo esperar y, en 1991, Alan Holland respondió en *A Fortnight of my Life is Missing* que la primera razón conlleva una posición insostenible acerca de lo que es un ser humano y que la segunda razón explota ciertas dificultades lógicas, que surgen sobre la posibilidad de obtener gemelos.

Holland (1991: 229) cuestiona la relevancia de una apelación a tales dificultades, y concluye que no hay ninguna buena razón para negar que un ser humano empiece a existir desde el momento de la concepción.

En su texto *Types of Moral Argument Against Embryo Research*, Bernard Williams observa que: “Un embrión que, si todo va bien, se desarrollará, llegará a convertirse en un ser humano, es ciertamente un embrión humano, pero eso no implica que sea, en sí mismo, un ser humano” (Williams, 1986: 192). En términos de aquellos que se oponen a esta observación, podemos considerar el contra-argumento a Williams en el citado ensayo de Holland: *A Fortnight of my Life is Missing*.

Considerando la premisa que dice que “si algo es un ser humano embrionario entonces es un ser humano”, Holland acepta que un ‘pre-embrión’ humano no es exactamente lo mismo que un humano adulto, pero de la misma manera que tampoco un ser humano adulto de 35 años no es exactamente el mismo que cuando cumpla 55 años. Con respecto a esto, Holland afirma que:

«Para la nueva objeción que considera que el embrión no es que no esté completamente formado, sino que no está todavía ‘organizado’ de ningún modo, la nueva réplica es que esto es falso, e incluso si fuese cierto, constituiría precisamente el tipo de diferencia para la cual el término ‘embrión’ fue concebido. Lo cierto es que no está organizado a lo largo de las mismas líneas que un humano adulto. Pero, incluso como una simple célula, ciertamente tiene partes que funcionan, tales como las membranas, el núcleo y los cromosomas» (Holland, 1991: 300).

En oposición a la postura defendida por Holland expondremos a continuación la posición que defienden Anne McLaren y Bernard Williams.

II.3.3.4.2.3.3. Argumento de A. McLaren y B. Williams: una vida humana no es un ser humano desde el momento de la concepción. Dos presunciones.

Anne McLaren (1986: 12) cree que durante la primera quincena, el óvulo fertilizado no es un embrión, sino un pre-embrión. Sin embargo, considera que eso no es importante, que el estado de la cuestión no es ese, sino saber si una vida humana constituye un ser humano desde el mismo momento de su concepción. Otras cuestiones a tener en cuenta presuponen cómo debería ser entendido exactamente el término 'ser humano'. Considerando esta cuestión, habría que tener en cuenta dos presunciones sobre lo que es un ser humano, que actúan contra la posición que considera al embrión como un ser humano en sentido estricto (Holland, 1991: 300-301):

La primera presunción surge cuando Bernard Williams (1986: 192) alude a un supuesto atribuido a Jonathan Glover, en el cual arremete contra quienes presumiblemente creen que la vida humana comienza en el momento de la concepción. En este sentido, Williams cita el ejemplo de cómo las orugas llegan a convertirse en mariposas; o cómo un embrión, al principio, no es más que una célula, que pasa más tarde a conformar una colección de células, y que, gradualmente, va tomando forma humana. Al hilo de esta argumentación, J. Glover llegó a decir en cierta ocasión que en una disputa filosófica su oponente quedaría fuera de sí, si habiendo sido invitado a cenar, hubiera pedido pollo y le hubiesen servido una tortilla hecha de huevos fertilizados. En este sentido, Williams añade que no podemos considerar a las bellotas como si fueran robles, o a las orugas como mariposas, porque no atribuimos el término apropiado de forma madura a su estatus actual, simplemente porque tengan la potencialidad de desarrollarse dentro de una forma madura de una especie concreta. Lo que quiere decir Williams con estos ejemplos es que un embrión de la especie humana no es en sí mismo un ser humano por el mero hecho de que algún día, si todo va bien, llegará a desarrollarse y se convertirá en un ser humano adulto con todas sus propiedades y atributos que le caracterizan.

La segunda presunción sostiene que un ser humano no es ni más ni menos que la forma de satisfacer una lista disyuntiva de comprobación de características.

Los seres humanos individuales y, de hecho, los miembros de algunas especies son vistos, desde esta posición, como las instancias, especímenes, o ejemplares de un tipo, especificables por descripción general. Las clases naturales de cosas vivas se comparan a los artefactos, formados según algún modelo (Holland, 1991: 301-302). Las instancias anormales de un tipo determinado son incluso consideradas como errores o, al menos, como productos de un error (Glover, 1984: 31).

II.3.3.4.2.3.4. El argumento de Michael Lockwood: un ser humano comienza a existir cuando se forma su cerebro.

Con respecto a esto, Lockwood (1985: 9-31) considera que el embrión, en su primera etapa, no es todavía un ser humano porque no se puede decir que un ser humano individual empiece a existir hasta que se haya formado el cerebro. Para ello establece una distinción entre un 'organismo humano' y un 'ser humano', considerando el cerebro humano como órgano fundamental que determina la diferencia entre uno y otro. Afirma que si mi cerebro estuviese muerto, yo, como 'ser humano', dejaría de existir, mientras que un organismo humano vivo continuaría sobreviviendo algo más de tiempo. De esta forma, distingue claramente entre mente y cuerpo; psiquis y físis, ya que un 'organismo humano' puede vivir habiendo dejado de ser un 'ser humano' cuando su cerebro muere; por ejemplo, un enfermo que haya sufrido un daño cerebral severo e irreversible no sería un ser humano, sino un organismo humano, ya que su cerebro está muerto, pero su corazón sigue latiendo y sus constantes vitales son estables. Para ahondar aún más en este asunto, habría que diferenciar entre un organismo humano vivo y un organismo humano muerto (un cadáver), pese a que ambos no tienen cerebro o este ya está muerto, hay una diferencia significativa entre ambos, ¿tendrían los dos el mismo estatuto moral? Esta es una cuestión a la que Lockwood debería responder, pero no nos extenderemos más en este aspecto de la cuestión para no salirnos del hilo argumental que nos atañe.

El Comité Warnock introdujo el término 'pre-embrión' para designar la colección de células que constituyen la vida humana hasta la formación de la línea primitiva. La justificación de Warnock parece incorporar dos puntos separados, a saber: 1) que el 'pre - embrión' no cuente con los recursos para ser considerado un

individuo, es decir, que no sea una "entidad coherente"; 2) que, en la relación requerida, no sustituya al individuo humano en desarrollo, con el objeto de ser considerado el mismo individuo (Holland, 1991: 304).

II.3.3.4.2.3.5. *Cuatro casos contra la posición concepcionista.*

Hay cuatro casos que son utilizados contra la posición que afirma que los seres humanos, como tales, empiezan a existir desde el momento de la concepción. Así pues, éstos son: 1) gemelos, 2) bifurcación cerebral, 3) bisección y reproducción asexual; y 4) la experimentación con embriones en su primera etapa de gestación.

II.3.3.4.2.3.5.1. Primer caso: gemelos.

Con respecto a este caso y, como fue mencionado anteriormente, el Comité Warnock afirma que no podemos saber si un 'pre-embrión' dará lugar a un feto o dos hasta la etapa de formación de la línea primitiva. En ese caso, si no podemos determinar si el 'pre-embrión' dará lugar a uno o dos seres humanos, ¿cómo puede ser un número concreto de seres humanos?

Una acertada respuesta inicial sería que, aunque no aparezca determinadamente uno o dos seres humanos, será uno o dos. Así, si va a ser uno, ahora es uno, y si va a ser dos, entonces ahora es dos. Si un 'pre-embrión' se desarrolla de manera que da lugar a gemelos, ahora es gemelos. Esto parece ser una extraña violación del principio que dice que dos individuos del mismo tipo no pueden ocupar el mismo lugar al mismo tiempo. Holland (1991: 307) piensa que, si consideramos que la vida de los gemelos empieza desde la formación de la línea primitiva, cometeríamos un error al utilizar la siguiente asimetría: algunos 'pre-embriones' son seres humanos mientras otros no, y además caeríamos en la anomalía de pensar que los gemelos comienzan sus vidas en la quincena posterior a la que lo hace cualquier otro ser humano individual, entonces, ¿qué ocurre durante esos primeros quince días?, ¿hay un ser humano o dos?, en opinión de Holland, sería imposible saberlo. Aplicado al caso de gemelos idénticos, esto implicaría la suposición de que cada uno de los dos gemelos idénticos existe a la vez, cuando

ninguno de los dos es identificable por separado, porque, durante la primera quincena, ellos comparten una vida común. Así, durante la primera quincena de sus vidas los gemelos idénticos serían un único y el mismo ser humano. Holland (1991: 307) considera que en el caso de los gemelos, la dificultad es real, pero no decisiva, por la simple razón de que hay otros problemas conceptuales análogos como, por ejemplo en el segundo caso, el de bifurcación cerebral, donde no se puede obtener una solución determinante y definitiva extrayendo el primer concepto antes de su bifurcación. El problema que se genera ahora es cómo se puede deducir el concepto de ‘ser humano’ desde el concepto de ‘pre-embrión’.

II.3.3.4.2.3.5.2. Segundo caso: bifurcación cerebral.

Holland (1991: 308) argumenta que si el cerebro de una persona pudiera ser dividido, lo cual sería técnica y lógicamente posible, de tal forma que cada porción de tejido cerebral fuera capaz de funcionar suficientemente como parte de una persona (en diferentes cuerpos), la relación de las personas posteriores con la persona original podría ser altamente problemática. El resultado es una inquietud de la que Holland no pretende conocer la respuesta.

Con respecto a este asunto hay, al menos, dos opciones que presentan un parecido razonablemente claro: una es que hay presiones muy fuertes, en este caso particular, en favor de una solución que postule la conservación de alguna forma de identidad entre las personas posteriores y la persona original a pesar de la violación de la estricta transitividad de identidad que ello implica; y dos es que la opción de negar la identidad a la persona anterior a la bifurcación es simplemente inviable.

En el caso de la ‘persona’, parece ser un concepto especial, del que sería inapropiado extrapolar, pero merece la pena observar que podrían decirse los mismos puntos concernientes a la bifurcación de ‘cerebro’ que a la bifurcación de ‘persona’. El cerebro también, llega a ser dos cerebros, gozando de cierto grado de identidad con el original. No cabe duda que hay una tentación aquí a decir que el cerebro se redujo a la mitad – lo cual, ciertamente, podría resolver el problema, en ese caso no habría nada misterioso acerca de un objeto que se convierte en dos o más partes. Pero debe tenerse en cuenta que la viabilidad de esa opción depende fundamentalmente de

si el cerebro es construido o no como una sustancia. Para sustancias individuales sería indivisible. (Esta es una propiedad de todas las sustancias, no una propiedad misteriosa de una sustancia inmaterial). Esto no significa que no se puedan tomar partes de las sustancias; por supuesto que se puede; lo que significa, más bien, es que, si el cerebro es entendido como una sustancia individual, entonces la noción de medio cerebro es un sin sentido, tanto como lo sería hablar de media ardilla, medio roble, o la mitad de un ser humano. Lo que debe decirse, más bien, es que el material que constituye el cerebro está reducido a la mitad; el cerebro en sí mismo se convierte en dos cerebros.

Si pusiéramos reparos sobre la hipotética naturaleza de los casos citados, o estar en duda sobre si el cerebro es una sustancia, entonces ambas de estas fuentes de escepticismo deberían ser eliminadas revirtiendo en el caso de la lombriz biseccionada.

II.3.3.4.2.3.5.3. Tercer caso: bisección y reproducción asexual.

A pesar del hecho de que nosotros comúnmente nos referimos al gusano cortado en una o dos partes, esto es ciertamente una forma incorrecta de hablar; en realidad un gusano es una sustancia individual y no puede por ello ser partido por la mitad. Es el cuerpo del gusano que está dividido en dos, una mitad es un gusano sin cabeza, la otra mitad es un gusano sin cuerpo – situaciones de pronto rectificadas por el notable proceso de regeneración. El gusano, en breve, se convierte en dos gusanos; una sustancia de un tipo dado se convierte en dos sustancias del mismo tipo.

En el caso anterior, parece ser que las presiones que favorecen una solución que postula la conservación de alguna forma de identidad a través de la bifurcación están empezando a remitir. Han desaparecido por completo cuando vamos a los casos de fisión sufridos por algunas formas de protozoo, tales como la ameba o el stentor¹⁴³. En tales casos, la solución al problema de la bifurcación es, por supuesto,

¹⁴³ El stentor es un protozoo tipo; no es tan conocido como las amebas o los paramecios. Se trata también de un ciliado de gran tamaño y pese a ello se mueve en el agua con mucha agilidad. Al *Stentor* le gusta pasar buena parte de su vida fijo sobre un soporte en el que se ancla para filtrar el agua de una forma parecida a como lo hacen las vorticelas. Gracias a una boca en espiral festoneada de cilios caen como si fuese un sumidero hacia el interior de su cuerpo pequeñas algas, protozoos,

renunciar a la identidad por completo y empezar a hablar de reproducción. No deberíamos imaginar, sin embargo, que esas clasificaciones realmente resuelven nada, en absoluto. La reproducción asexual es tan diferente de la reproducción sexual de los mamíferos que la clasificación en sí misma es poco útil.

Atendiendo al tercer caso que utiliza Holland (1991: 309) sobre regeneración y reproducción sexual, la aparente deficiencia o laguna entre regeneración y reproducción asexual es una mera ilusión y podría ser que exista una conexión evolucionaria entre ellas. Los fenómenos regenerativos están estrechamente relacionados con los dispositivos de reproducción asexual que se han desarrollado en los distintos grupos. Además, como Elizabeth Hay (1966: 1) dice: «No hay razón para creer que los mecanismos actuales de crecimiento son algo diferentes en los dos casos». Así, la relación que se da en los protozoos entre el ‘vástago’ y sus ‘padres’ podría llevarnos a creer que no es ni tan simple ni tan fácil hablar de reproducción. Lo que conlleva una vez más esta observación es que, aunque en este caso se ha expuesto la suposición de identidad individual siendo preservada a través de la bifurcación, no hay duda de que el individuo anterior a la bifurcación es una sustancia del mismo tipo que el individuo generado posteriormente a la bifurcación.

En una breve revisión de varios de estos casos de bifurcación, Holland no ha querido sugerir en ningún momento que todos ellos son de un mismo tipo, o que ninguno de ellos sea exactamente paralelo al caso del ‘pre-embrión’. Ninguno de ellos, por ejemplo, comparte suficientemente el carácter ontogenético del posterior.

En primer lugar, Holland (1991: 309) intenta exponer que nos encontramos dentro del contexto de una teoría general de desarrollo biológico que engloba este grupo de casos, incluido el de bifurcación ‘pre-embionaria’ y que alcanzará eventualmente una aclaración conceptual. No deberíamos sorprendernos si, bajo una perspectiva general evolucionista, el desarrollo humano, en sus primeras etapas, mostrara características similares a aquellas encontradas en el desarrollo de las formas de vida más simples.

En segundo lugar, Holland (1991: 309) quiere mostrar de manera más particular que aunque se resolviese el problema del ‘pre-embrión’ convirtiéndose en gemelos, si nosotros dedujéramos la descripción de lo que es un ‘ser humano’ desde

bacterias, restos vegetales y todo lo que queda atrapado en el remolino que se genera en su batir constante. (Disponible en <http://www.flickr.com/photos/microagua/3614026713/>).

el ‘pre-embrión’ antes de que este hecho tenga lugar, esta solución sería totalmente inapropiada. (Además, si se concediera validez al argumento que dice que el ‘pre-embrión’ fue algún tipo de individuo como un todo, en vez de una mera pieza de tejido, entonces todavía quedaría sin resolver el problema sustancial de decir qué relación exactamente existe entre este individuo y los gemelos humanos resultantes). Si esta acusación está justificada, entonces se sigue que la dificultad sobre el proceso de gemelización no es una razón para deducir la descripción del ‘ser humano’ a partir del ‘pre-embrión’. Si esto no es una razón y si, como Holland ha intentado mostrar, no hay ninguna otra buena razón, entonces se sigue que no hay una buena razón para negar que un ser humano comience a existir desde el momento de la concepción.

II.3.3.4.2.3.5.4. *Cuarto caso: experimentación con embriones en la primera etapa de su gestación.*

Los ‘pre-embryones’ mueren por miles, desapercibidos, sin lutos y de forma natural. ¿Por qué entonces, si hay muertes humanas, no hay llantos en esta tragedia, tal y como sucede cuando un gran número de seres humanos son heridos o mueren prematuramente? Holland (1991: 309) no interpreta esto, sin embargo, como un argumento para negar que haya seres humanos muertos, sino meramente como un recuerdo, si necesitamos uno, de que esa naturaleza mantiene la vida humana tan barata como mantiene cualquier otra forma de vida. Nosotros no tenemos que seguir a la naturaleza en este sentido, aunque, a la luz de esto naturalmente ocurren muertes, debería suponerse fuera de lugar una excesiva consideración por la vida del ‘pre-embrión’. Por esta y otras razones, podría ser defendible el fundamento moral de aquellos que piensan que debería permitirse la experimentación con embriones prematuros. Holland intenta demostrar que esta afirmación no sería defendible confiando en la noción metafísicamente dudosa de ‘pre-embrión’. Según él, deberíamos descartar a toda costa la captura de base moral para maniobras verbales. Tú y yo somos seres humanos. Hay sólo un concepto de ‘ser humano’: el biológico. Un ser humano es simple y únicamente un organismo vivo de la especie *Homo Sapiens*. Contemplando la investigación del embrión tenemos que describir exactamente, honestamente y sin sentimentalismo aquello que nos proponemos

hacer. No debemos ocultar el hecho de que cuando experimentamos con embriones humanos, estamos experimentando con seres humanos (Holland, 1991: 310).

En relación con esto, el Comité Warnock establece límites legales en investigación (Warnock, 1984: 84-85):

42. El embrión de la especie humana debe ser protegido por la ley. 11.17

43. Cualquier uso no autorizado de un embrión in vitro sería en sí mismo constitutivo de un delito penal. 11.18

44. La legislación debe establecer que la investigación puede llevarse a cabo en cualquier embrión resultante de la fecundación in vitro, cualquiera que sea su procedencia, hasta el final de los catorce días después de la fecundación, pero sujeto a todas las demás restricciones que pueden ser impuestas por el organismo de concesión de licencias. 11.30.

45. Será un delito manipular o utilizar como sujeto de investigación cualquier embrión humano vivo derivado de la fecundación in vitro más allá de ese límite (es decir, catorce días después de la fertilización). 11.22

46. Ningún embrión que haya sido utilizado para investigación deberá ser transferido a una mujer. 11.22

47. Cualquier uso no autorizado de la fertilización trans-especies que implique gametos humanos debe ser considerado como un delito. 12.3

48. La colocación de un embrión humano en el útero de otra especie para la gestación debería ser considerado como un delito. 12.9

49. El cuerpo de licencias propuesto promulga una orientación sobre qué tipos de investigación, aparte de las excluidas por ley, sería poco probable que fueran consideradas éticamente aceptables bajo ninguna circunstancia, y por lo tanto no tendrían licencia. 12.16

50. La venta o la compra no autorizada de gametos o embriones humanos debe ser considerada como un delito. 13.13

Sin embargo, existe la sospecha de que hoy en día la investigación y experimentación con tejido de embriones humanos es un hecho y se realiza en laboratorios que se encuentran a la cabeza de la investigación genética. Y no sólo se investiga, sino que incluso se comercializa con este tipo de tejidos, a pesar de la Resolución de la AMM sobre la No Comercialización del Material Reproductivo Humano, adoptada por la 54ª Asamblea General de la AMM en Helsinki (Finlandia) en septiembre de 2003 y revisada por la 65ª Asamblea General de la AMM en

Durban (Sudáfrica) en octubre de 2014. Esta resolución¹⁴⁴ se hace eco del rápido avance en las tecnologías biomédicas que han producido el crecimiento de la industria de asistencia reproductiva que, en general, está muy poco regulada. A pesar de que muchos gobiernos tienen leyes que prohíben las transacciones comerciales de material reproductivo, tal como: óvulos, espermatozoides o embriones humanos, la mayoría no ha tenido éxito en evitar universalmente la venta de óvulos, espermatozoides y embriones en internet u otro lugar. El negocio del material humano, incluidas células, tejidos y tejido celular puede ser muy lucrativo. Esto ha generado a los profesionales de la salud un dilema ético entre los intereses económicos y las obligaciones profesionales.

Según la OMS¹⁴⁵, la comercialización «es una política o práctica en la que las células, tejidos u órganos son considerados una mercancía que puede ser comprada, vendida o utilizada para ganancia material».

El principio de que “el cuerpo humano y sus partes no debe, como tal, generar ganancia financiera”¹⁴⁶ figura en muchas declaraciones y recomendaciones internacionales. La Declaración de la AMM de 2006 sobre Donación y Trasplante de Órganos Humanos y la Declaración de la AMM de 2012 sobre Donación de Órganos y Tejidos instan a prohibir la venta de órganos y tejidos para trasplante. La Declaración de la AMM sobre las Tecnologías de Reproducción Asistida de 2006 también estipula que es inapropiado ofrecer dinero o beneficios en especie para instar a la donación de material reproductivo humano.

Según la AMM, los mismos principios deben aplicarse al uso de material reproductivo humano en materia de investigación médica. En su informe sobre los aspectos éticos de la investigación sobre las células madre embrionarias humanas, el Comité Internacional de Bioética de la UNESCO estipula que la transferencia de embriones humanos no debe constituir una transacción comercial y que se deben adoptar medidas para disuadir todo incentivo financiero¹⁴⁷.

¹⁴⁴ Disponible en la página web de la Asociación Médica Mundial. <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/r1/>.

¹⁴⁵ Glosario Mundial de Términos y Definiciones sobre la Donación y el Trasplante, OMS, noviembre 2009.

¹⁴⁶ Convención europea sobre los derechos humanos y la biomedicina Artículo 21 - Prohibición de ganancias.

¹⁴⁷ <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/r1/>

II.3.3.4.2.4. El estatuto moral del ser humano: ¿existe vida humana desde el momento de la concepción? P. Singer y H. Kuhse.

Algunos antiabortistas con frecuencia han utilizado como argumento en contra del aborto la afirmación: ‘una vida humana existe desde el momento de la concepción’. En *Test Tube Babies* (Walters y Singer, 1982: 57-64), Peter Singer y Helga Kuhse no consideran la cuestión del aborto sino más bien la cuestión del estatus moral del embrión. Además, estos autores están de acuerdo en que para evaluar la afirmación de que una vida humana existe desde la concepción, es necesario distinguir dos sentidos posibles del término ‘ser humano’ (Walters y Singer, 1982: 60). Un sentido es estrictamente biológico: un ser humano es un miembro de la especie *Homo Sapiens*. El otro sentido es más restringido y apela a los atributos de nuestra especie: un ser humano es un ser que posee, al menos a un nivel mínimo, las capacidades distintivas de nuestra especie, que incluyen conciencia, habilidad para ser consciente de lo que le rodea a uno, de ser capaz de relacionarse con otros, e incluso de estar dotado de racionalidad y autoconciencia.

No obstante, ellos no están de acuerdo con la afirmación que dice que “cada ser humano tiene el derecho a la vida únicamente porque es, biológicamente hablando, un miembro de la especie *Homo Sapiens*”. Aceptan características moralmente relevantes atribuibles al ser humano, tales como conciencia y autonomía, que lo diferencian de otros seres, pero no aceptan consideraciones en torno a los conceptos de raza o especie para atribuir a los seres humanos derechos especiales sobre otras especies, puesto que consideran el especismo como un tipo de discriminación, al igual que el racismo, y consideran que no es moralmente significativo. Consecuentemente, consideran que hay seres (como los chimpancés adultos) que tienen más atributos o características propias de la persona que algunos seres humanos (como por ejemplo un paciente en coma irreversible).

II.3.3.4.2.4.1. Argumentos contra los que creen que hay que conferir un estatuto especial a la unión de un espermatozoide con un óvulo.

Considerar que el resultado de la unión de un óvulo con un espermatozoide goza de un estatuto moral especial resulta muy difícil de defender con argumentos filosóficos. A continuación expondremos cuatro argumentos que rebaten dicha tesis.

II.3.3.4.2.4.1.1. *Primer argumento: No existe una vida humana desde el momento de la concepción.*

Peter Singer (2003: 236-237) considera que si se acepta que existe una vida humana desde el momento de la concepción hay que aceptar también que, desde ese mismo instante, el embrión tiene el mismo derecho básico a la vida que un ser humano normal en el momento de su nacimiento.

En este argumento hay que distinguir, como ya hemos visto en el apartado anterior, al menos dos sentidos del término “ser humano”, a saber: uno en sentido estrictamente biológico, como ser perteneciente a la especie *Homo Sapiens*, y otro en sentido de persona humana, como ser que posee unos atributos moralmente significativos, como por ejemplo, la racionalidad, la autonomía y la conciencia.

En el primer sentido del término, Kuhse y Singer consideran que no hay nada relevante o especial como para considerar a un ser humano, por el mero hecho de pertenecer a una especie en concreto, como portador de un derecho a la vida. Si se le atribuyese tal derecho únicamente por su pertenencia a la especie humana, caeríamos en una forma de sectarismo, en este caso, llamado especismo, que sería un prejuicio que favorecería a los miembros de una especie en detrimento de las demás especies; Kuhse y Singer equiparan esta posición con el racismo y consideran que es indefendible.

En el segundo sentido del término, Kuhse y Singer consideran que si hay que asignar o atribuir un derecho especial a la vida o un estatuto moral especial y diferenciador al ser humano, debe ser en función de sus atributos o características que le hacen especial y diferente de las demás especies, es decir, que un ser humano

tendrá derecho a la vida cuando puedan ser demostradas sus capacidades de autonomía, racionalidad y conciencia.

Por nuestra parte pensamos que no les falta razón tanto a Singer, Kuhse y a aquellos que piensan como ellos, ya que el estatuto moral de un ser humano no es una propiedad intrínseca, *per se*, ni es inherente a su naturaleza, por lo tanto, no se puede justificar en base a la pertenencia a la especie *homo sapiens*. Tampoco les falta razón al pensar que la atribución de un estatuto moral especial debe basarse en la posesión de ciertas características que le diferencien de otros seres, tales como la capacidad de razonar, la autonomía o la conciencia. Sin embargo, existe otra posibilidad, que el estatuto moral especial sea conferido por la comunidad moral a la que pertenecen.

II.3.3.4.2.4.1.2. Segundo argumento: La potencialidad.

Singer y Kuhse creen que el potencial de un embrión para desarrollarse y llegar a ser un ser humano normal, con un alto grado de racionalidad, autoconciencia, autonomía, etc, no puede justificar la creencia de que el embrión tiene derecho a un estatus moral especial. Ellos dan la siguiente razón: «Cada cosa que pueda ser dicha sobre el potencial del embrión, puede también ser dicha sobre el potencial del óvulo y el espermatozoide» (Walters y Singer, 1982: 61). Sin embargo, ambos autores consideran que ni el óvulo ni el espermatozoide por sí solos constituyen un individuo distinto, porque un espermatozoide aislado no es por sí mismo un ser humano potencial y tampoco lo es un óvulo aislado. Sin embargo, cuando el espermatozoide toma contacto con un óvulo, formando un cigoto, es diferente porque este cigoto contiene un nuevo código genético, dando lugar a un ser humano potencial.

Así, Helga Kuhse y Peter Singer consideran que como un cigoto no posee, o no puede ser demostrado que posea, las capacidades moralmente relevantes citadas anteriormente, no tiene ningún estatuto moral especial que le diferencie del resto de seres vivos; es más, para ambos autores es muy inferior a un renacuajo en este sentido (Kuhse y Singer, 2003: 237-38). Sin embargo, hay que reconocer que el cigoto tiene la potencialidad de convertirse en un embrión, y este, a su vez, en un niño, y finalmente en un adulto normal con todos los atributos morales que hemos

mencionado y que le confieren un estatuto moral especial. A pesar de ello, consideran que el potencial no justifica la creencia de que el embrión posea un estatuto moral especial, en base a lo que ya se ha dicho más arriba, que todo lo que se pueda decir del potencial del embrión puede ser dicho del espermatozoide y del óvulo por separado. Y esta posición contrasta con lo argumentado anteriormente por Noonan.

Como el espermatozoide y el óvulo no tienen ningún estatuto moral especial, según la premisa utilizada por Kuhse y Singer, no tiene sentido utilizar el potencial del embrión como fundamento para darle a éste un estatuto moral especial. Además, que un embrión tenga la potencialidad para convertirse en un ser humano adulto normal, autónomo, y con capacidad de razonar, no quiere decir que llegue a desarrollarse como tal; pueden ocurrir muchas cosas que impidan el normal desarrollo del embrión, puede ocurrir un aborto espontáneo, o alguna complicación que impida el nacimiento del feto. Por ello, creemos que Kuhse y Singer tienen razón en este punto de la discusión y la potencialidad, por sí sola, no justifica la atribución de un estatuto moral especial ni al embrión, ni al feto, ni al recién nacido.

II.3.3.4.2.4.1.3. *Tercer argumento: La unicidad.*

Otra cuestión importante que examinan Singer y Kuhse es el concepto de 'unicidad'. Con respecto a este tema, consideran que es verdad que no hay seres humanos genéticamente indeterminados, y que cada ser humano determinado es único, con la excepción de los gemelos idénticos, trillizos, y así sucesivamente. Pero también es verdad que no sólo los seres humanos son genéticamente únicos. Cada miembro individual de cualquier especie animal es también genéticamente único; entonces, ¿eso les daría un estatus moral especial también a los cerdos, a los chimpancés o a los perros? (Walters y Singer, 1982: 61).

Con respecto a esta pregunta, Kuhse y Singer consideran que la unicidad no supone una base para otorgar un estatus moral especial a un individuo concreto. Así, si la unicidad fuese considerada como base para otorgar un estatus moral especial, ¿qué ocurrirá cuando los avances en el proceso de clonación hagan posible que cada célula pueda llegar a convertirse en un embrión? Un embrión que se haya

desarrollado desde el núcleo de una célula humana de esta forma no sería único. Cualquier otro embrión desarrollado de la misma forma desde una célula tomada de la misma persona sería genéticamente idéntico al otro (Walters y Singer, 1982: 60). En consecuencia, podríamos afirmar que un embrión clonado no tendría el mismo estatus moral que un embrión normal, pero llegar a esta conclusión sería algo absurdo y extravagante.

Como se ha podido ver en este apartado, Kuhse y Singer también logran rebatir el argumento de la unicidad como justificación para conferir un estatuto moral especial al embrión.

II.3.3.4.2.4.1.4. *Cuarto argumento: identidad y continuidad numérica.*

Por último, y para concluir con la argumentación contra la posición que defiende que el resultado de la unión de un espermatozoide con un óvulo posee un estatuto moral especial, expondremos, de la mano de Kuhse y Singer (2003: 242-246), el último de los cuatro argumentos, relativo a la identidad y continuidad numérica. Ambos filósofos sostienen que un cigoto humano (ser unicelular) en su primera fase de desarrollo no es el mismo individuo que el mismo cigoto ya desarrollado y convertido en un ser humano adulto (ser pluricelular que consta de millones de células) dotado de conciencia, autonomía y experiencia (Singer, 2003: 242). En este sentido, un óvulo fertilizado no es ni genética ni numéricamente una continuación de la vida de dicho óvulo, o del espermatozoide, antes de la fertilización.

Se puede afirmar que un cigoto cualquiera tiene una identidad genética, pero al octavo día el grupo de células que formaba dicho cigoto puede dividirse en dos grupos separados e idénticos, estos dos grupos pueden seguir desarrollándose de forma separada y a los nueve meses nacen dos gemelos idénticos. En este caso no podríamos identificar cuál de los dos gemelos es el cigoto original, porque ambos gemelos poseen el mismo código genético. Por lo tanto, no es posible mantener el argumento de la continuidad numérica porque donde hubo un único cigoto ahora hay dos bebés (Singer, 2003: 243).

Una objeción que podría plantearse a este argumento sería que el cigoto original desapareció o dejó de existir a los ocho días y en su lugar aparecieron por generación espontánea dos seres nuevos el octavo día. Según esto, no se podría afirmar que los gemelos empezaron a existir desde el momento de la fertilización, sino ocho días después. Pero ¿qué ocurre con el cigoto original? No puede desaparecer así, sin dejar rastro (Kuhse y Singer, 2003: 244).

Kuhse y Singer (2003: 244) exponen otro caso hipotético, el de dos óvulos fertilizados a la vez que dan lugar a dos cigotos distintos (A y B), que empiezan a dividirse hasta el sexto día, en el que se combinan los dos cigotos, formando lo que se conoce como una quimera¹⁴⁸ humana, y continúan desarrollándose como un organismo único, que eventualmente se convertirá en un bebé con dos códigos genéticos distintos. En este escenario Kuhse y Singer se preguntan por la identidad del bebé ya nacido, ¿es el cigoto A?, ¿es el cigoto B?, ¿no es ninguno de los dos?, podríamos seguir haciéndonos preguntas ¿qué ocurrió con los cigotos A y B?, ¿murieron A y B?, ¿dejaron de existir? Donde antes había dos individuos únicos e identificados genéticamente, ahora hay sólo uno. Con estas preguntas, Kuhse y Singer (2003: 245) creen haber puesto de manifiesto la debilidad del argumento de la identidad y de la continuidad numérica, por los dos casos expuestos, y por otros muchos que pueden presentarse debido a los nuevos hallazgos científicos, como por ejemplo el caso de células embrionarias pluripotenciales, donde un embrión inicial humano no es un único individuo particular, sino una entidad que tiene el potencial de convertirse en uno, dos o más individuos diferentes; este caso es totalmente contrario al argumento de la identidad.

Así pues, Kuhse y Singer (2003: 246) dan por zanjada la polémica sobre el instante en el que empieza la vida de un individuo particular (sea en el momento de la concepción, al sexto, al octavo o al décimo cuarto día desde la fertilización). Actualmente, sobre todo desde la recomendación del Comité Warnock, se establecen 14 días en lo que respecta al pre-embrión, y a partir de la quincena ya se denomina embrión humano. Una vez aclarado este punto se cuestionan si los embriones humanos tienen un derecho inalienable a preservar su vida o si por el contrario,

¹⁴⁸ Una quimera es un organismo cuyas células derivan de dos o más cigotos distintos, resultado del cruce de dos individuos de una misma especie o de diferentes especies. La quimera tiene células con diferentes genes.

puede experimentarse con ellos y destruir los embriones sobrantes de experimentos o de técnicas de FIV. Los defensores de la posición a favor de esta nueva vida que acaba de comenzar utilizan el siguiente silogismo para justificar su posición:

Todo ser humano tiene derecho a la vida.

Un embrión humano es un ser humano.

Por tanto, el embrión humano tiene derecho a la vida.

Pero claro, Kuhse y Singer no están de acuerdo con la primera premisa y por supuesto tampoco con la conclusión, ya que según ellos no todos los seres humanos tienen un derecho a la vida, y un embrión humano no tiene ningún derecho especial que no tenga cualquier embrión de cualquier otra especie.

Para terminar este apartado, consideramos que Kuhse y Singer consiguen rebatir muy acertadamente estos cuatro argumentos; por lo tanto, ni la pertenencia a la especie humana, ni la potencialidad, ni la unicidad, ni la identidad, ni la continuidad numérica son argumentos totalmente válidos para justificar la atribución de un estatuto moral especial a un cigoto o a un embrión. Sin embargo, consideramos que dicho estatuto moral especial también puede conferido por la comunidad moral. En este sentido, si la comunidad moral, es decir, las personas adultas, autónomas, conscientes de sí mismas, capaces de razonar y de diferenciar el bien del mal, consideran oportuno otorgar un estatuto moral especial a aquellos miembros más desfavorecidos de su especie, como pueden ser fetos humanos, niños recién nacidos, enfermos terminales en coma, personas mayores con demencia senil, etc., pueden hacerlo, porque están legitimados para ello, pues la comunidad moral es la que decide en cada momento o en cada circunstancia qué acciones son moralmente buenas o malas y quiénes pueden pertenecer y quiénes no a su comunidad.

A simple vista, podría parecer que esta posición que mantenemos aquí podría conducir al especismo, que ya hemos descartado por ser un argumento no válido para asignar un estatuto moral especial al recién nacido. Sin embargo, nuestra posición no se basa en un argumento fundamentado en la especie; ya que la comunidad moral podría no reconocer a los neonatos de su especie un estatuto moral especial y sí reconocérselo a otros seres que satisfagan los atributos propios de las personas, tales como chimpancés, robots, o extraterrestres (si estos existiesen).

II.3.3.4.2.4.2. Conclusiones de Singer y Kuhse respecto al estatuto moral del ser humano y de otras especies.

Tanto Kuhse como Singer consideran que el embrión no posee un estatus moral especial que determine que su destrucción sea algo moralmente incorrecto o que dicha acción constituya un delito. Su posición es contraria a las opiniones de otros autores. En definitiva, tanto Peter Singer como Helga Kuhse concluyen que en ninguno de los mencionados anteriormente hay un ser que tenga un derecho especial a la vida.

Además, ambos autores llegan aún más lejos y concluyen que ninguno de los tres argumentos esgrimidos anteriormente es capaz de conseguir su objetivo: establecer una distinción entre el estatuto moral del embrión con respecto al óvulo y al espermatozoide. Y considera que quedan estas tres posibilidades:

- 1) encontrar otra razón plausible para establecer esa distinción;
- 2) abandonar nuestra premisa inicial – ni el óvulo ni el espermatozoide tenían un estatuto moral especial que prohibiera destruirlos; o
- 3) admitir que tampoco el embrión tiene un estatuto moral que le impida ser destruido en la primera etapa de su formación.

Finalmente, Kuhse y Singer (2003: 239-240) se decantan por la tercera posibilidad, porque no encuentran ninguna razón plausible para establecer la distinción; consideran que su premisa está bien fundamentada y por tanto no la van a abandonar. Además, consideran que si existiese un estatuto moral especial y el embrión en su primera fase de formación tuviese derecho a la vida, debería prohibirse el uso de los aparatos intrauterinos (AI) porque pueden provocar la muerte de un sujeto que tiene un derecho especial a la vida, por lo que se estaría violando ese derecho, y podría equipararse a un delito de homicidio: «Hay evidencia de que con frecuencia esos aparatos no actúan estrictamente como anticonceptivos, es decir, no impiden la fertilización del óvulo, pero estorban su implantación en el útero. El óvulo fertilizado, o embrión, es entonces expulsado del útero y muere» (Singer, 2003: 240).

Kuhse y Singer dicen que muy poca gente critica el uso de los AI, ni tan siquiera los teólogos lo critican abiertamente. Además, consideran que el embrión en

su primera fase de desarrollo no es portador de ningún derecho a la vida ni de ningún estatuto moral especial, por lo que no condenan el uso de los AI, así como tampoco se oponen a la destrucción de los embriones sobrantes producidos por las diferentes técnicas de fecundación in Vitro (FIV).

En consecuencia, consideramos que Kuhse y Singer tienen razón en parte y que sus argumentos son válidos, y admitimos que los seres humanos que poseen unos atributos tales como autonomía, autoconciencia, capacidad de raciocinio, capacidad para resolver problemas, de discernir el bien del mal, etc. no son iguales que aquellos que no poseen dichos atributos o que ya los han perdido, pero esto por sí sólo tampoco justifica la desigualdad del estatuto moral. A tenor de la discusión, consideramos también que la potencialidad no es suficiente para afirmar que una célula o un conjunto de células tengan el mismo derecho que una persona adulta, con plenitud de sus facultades. Tampoco el argumento de la unicidad otorga un estatuto especial ni un derecho a la vida a un embrión. Sin embargo, hemos de añadir que no existe ningún estatuto moral especial en sí mismo para nada ni para nadie, fuera de la religión y de la creencia en un ser supremo que otorgue dicho estatuto a unos seres especiales que Él mismo ha creado con un propósito concreto. Fuera de la religión y de un Dios todopoderoso no existe ningún derecho, ni ningún estatuto especial intrínseco para nada, ni nadie. No obstante, los seres humanos, plenos de facultades son los que han inventado el lenguaje, la escritura, la religión, los mitos y leyendas, la moral, la teología, la filosofía, la ciencia, el derecho, y otras muchas cosas. Los seres humanos han construido casas, pueblos, ciudades, puentes, carreteras, la electricidad, los coches, los trenes, los barcos, los aviones, han surcado los mares, dominan el espacio aéreo, terrestre y marítimo. Los seres humanos son los que han desarrollado la ciencia y la tecnología, hasta el extremo de poder controlar la natalidad y la mortalidad de su propia especie, de crear seres vivos en laboratorio de manera artificial. Ninguna otra especie es capaz de hacer nada similar a lo que ha conseguido la humanidad.

Por todo ello, los seres humanos pueden atribuirse el derecho a la vida, o el estatuto moral que deseen, desde el momento que les apetezca, así como defender al resto de seres vivos y otorgarles los derechos que estimen oportunos. Si una sociedad es mayoritariamente cristiana y quiere otorgar el derecho a la vida y un estatuto

moral especial al óvulo, al espermatozoide, o al embrión humanos, está en su derecho de hacerlo, pues para eso los hombres han inventado la moral y el derecho y pueden usarlos en su mejor provecho. Lo mismo ocurre en una sociedad laica, si quieren privar al óvulo, al espermatozoide y al embrión de dicho estatuto moral, pues también pueden hacerlo, porque realmente no existen derechos o estatutos morales especiales intrínsecos e innatos en sí mismos, ni emanan de ningún sitio por generación espontánea, sino que es una sociedad en su conjunto la que determina su moralidad y sus leyes. Así, hay sociedades donde el aborto es un delito y otras en las que es legal y libre, hay sociedades donde la eutanasia es equiparada a un homicidio y otras en donde es legal y se practica a voluntad del paciente o de sus familiares. Y nadie puede decir que los países o los estados donde es legal el aborto o la eutanasia son más o menos civilizados, o más o menos salvajes, o más o menos ilustrados que donde están penalizados y perseguidos como delitos. O es que ¿belgas y holandeses son pueblos bárbaros, menos desarrollados, menos civilizados o menos morales que otros? El médico que practica un aborto, o la mujer que lo solicita, no es más salvaje o menos moral que aquellos que no lo hacen o se oponen tajantemente a dichas prácticas.

A continuación veremos cómo el tema del infanticidio y del estatuto moral del feto y del recién nacido sigue estando de actualidad y sigue generando polémica hasta llegar al extremismo. Por ello creemos necesaria una revisión y justificado este trabajo.

II.3.3.4.2.5. Giubilini y Minerva: aborto postparto: ¿por qué debería vivir el bebé?

El 23 de febrero de 2012, Alberto Giubilini y Francesca Minerva publicaron un artículo titulado *After-birth abortion: why should the baby live?* (Aborto postparto: ¿por qué debería vivir el bebé?)¹⁴⁹. En dicho artículo exponen su postura a favor del infanticidio considerando este al mismo nivel que el aborto, ya que en

¹⁴⁹ Giubilini, A. y Minerva, F. (2012, 23 de febrero) *After-birth abortion: why should the baby live?* en *Journal Medical Ethics*. doi:10.1136/medethics-2011-100411. <http://jme.bmj.com/content/early/2012/03/01/medethics-2011-100411.full>, Consultado el 10 de octubre de 2014.

ambos casos el ser humano en cuestión (ya sea un feto o un recién nacido) sería portador del mismo estatuto moral, un estatuto moral irrelevante que nada tiene que ver con el estatuto moral de una persona adulta en plenas facultades físicas y mentales. Añaden a su tesis que la adopción no supone siempre la mejor solución y dicen que lo que ellos denominan “aborto post-parto” debería estar permitido en todos los casos en los que lo estuviera el aborto, incluyendo aquellos casos en los que el recién nacido no padezca ninguna enfermedad o discapacidad.

En este artículo, sus autores utilizan nociones (estatuto moral, concepto de persona, argumento de la potencialidad, responsabilidades hacia las generaciones futuras, el problema de la no identidad) que ya han sido manejadas con anterioridad por otros autores y de los cuales nos hacemos eco en este trabajo. Sin embargo, nos parece pertinente dedicarle un apartado a este artículo porque ha reabierto el debate en torno al infanticidio, nos incita a una reflexión y ha suscitado un gran revuelo mediático.

Tanto las anomalías graves del feto, como los riesgos para la salud física o psíquica de la madre son consideradas normalmente como razones válidas para abortar. El problema surge cuando dichas condiciones son conocidas después del parto. En la mayoría de los países no está permitido acabar con la vida del recién nacido, pero Giubilini y Minerva consideran que también deberían ser razones válidas para matar al recién nacido. Para ello recurren a la posición defendida por algunos filósofos y profesionales médicos y ponen como ejemplo el Protocolo Groningen¹⁵⁰ de Holanda, que permite acabar de forma activa con la vida de “los bebés con un pronóstico sin esperanza que experimentan lo que sus padres y los expertos médicos consideran un sufrimiento insoportable”.

Los autores de este artículo defienden que la potencialidad no proporciona un argumento válido para la defensa de la vida tanto del feto como del recién nacido; alegan que el hecho de que un feto tenga el potencial de convertirse en una persona adulta que pudiera llegar a tener una vida digna no supone una razón aceptable para prohibir el aborto, y por el mismo razonamiento debería ser permitido el “aborto post-parto”, y utilizan esta expresión, en vez de “infanticidio” para enfatizar que el

¹⁵⁰ Fue creado en septiembre de 2004 por Eduard Verhagen, el Director médico del Departamento de Pediatría del Centro Médico Universitario de Groningen (UMCG). El protocolo fue ratificado por la Asociación Nacional de Pediatría holandesa.

estatuto moral del recién nacido es equiparable al del feto, y no al de un niño más mayor. Tampoco quieren utilizar la expresión “eutanasia” porque el mejor interés de aquel que muere no es necesariamente el criterio principal para tomar la elección, caso contrario a lo que ocurre en el caso de la eutanasia.

La diferencia entre matar a una persona que ya existe e impedir a un ser potencial que pueda llegar a desarrollarse y convertirse en una persona adulta estriba en que ese ser potencial todavía no ha podido llevar a cabo sus metas u objetivos, y por lo tanto su muerte no puede ser considerada una injusticia para él. Los autores justifican esta afirmación sobre la base de dos razones, tomadas conjuntamente:

1. El estatuto moral de un bebé es equivalente al de un feto, ninguno de los dos puede ser considerado una persona en un sentido moralmente relevante.

2. No es posible perjudicar a un recién nacido por privarle de desarrollar la potencialidad que tiene para llegar a ser una persona en un sentido moralmente relevante.

El estatuto moral de un bebé es equivalente al de un feto en el sentido de que ambos carecen de aquellas propiedades que justifican la atribución de un derecho a vivir por ser una persona. Giubilini y Minerva entienden por persona un individuo que es capaz de atribuirse su propia existencia o algún valor básico como que ser privado de su existencia representa una pérdida o un perjuicio para él. De lo que deducen que el mero hecho de ser un ser humano no es en sí misma una razón para atribuir a alguien un derecho a la vida. Entre esos seres humanos que no tienen derecho a la vida podemos encontrar a embriones sobrantes donde está permitida la investigación con células madre embrionarias, los fetos donde el aborto está permitido, criminales donde la pena capital es legal. Los autores afirman que, aunque es difícil determinar exactamente cuándo un sujeto empieza o deja de ser “persona”, una condición necesaria para que un sujeto tenga un derecho a X es que sea perjudicado al tomar una decisión de privarle de X.

Los autores también contemplan la posibilidad de que una persona real, sujeto de derechos, le confiera un estatuto moral particular a un ser no-persona, como por ejemplo una madre a su feto o hijo recién nacido. Sin embargo, esta consideración subjetiva no rebate su argumento previo, ya que se trataría de una proyección, el estatuto moral no emana del ser no-persona, sino que es proyectado por la persona

existente, lo mismo que ocurriría cuando un recién nacido se convierte en una carga insoportable para su familia.

Los autores afirman que tanto los fetos como los recién nacidos son personas potenciales porque pueden desarrollar, gracias a sus mecanismos biológicos, aquellas propiedades que les harán personas en el sentido de sujetos de un derecho moral a la vida; ese es el punto en el que ellos serán capaces de tener objetivos y apreciar sus propias vidas.

Se podría decir que si acabamos con la vida de esos seres se verían perjudicados, porque no podrán llegar a ser capaces de apreciar su propia existencia o por no poder llegar a realizarse como personas o por no poder ver cumplidas sus metas o sus objetivos. Pero los autores afirman que si una persona potencial, como un feto o un recién nacido, no llegan nunca a convertirse en personas reales, entonces no habrá dicha persona, por lo cual se puede afirmar que no se ha causado ningún perjuicio a nadie; puesto que nadie existe actualmente, no se puede perjudicar a quien no existe.

En consecuencia, los intereses de las personas que existen en la actualidad invalidan los intereses de las personas potenciales, lo cual no significa que los intereses de las personas existentes siempre invaliden los derechos de las generaciones futuras. Los autores de este artículo se centran en el derecho a convertirse en una persona particular. En este sentido, el interés de una persona existente podría verse amenazado por la llegada de un nuevo ser que necesita cuidados y recursos económicos, que la familia necesita para mantenerse. En ciertas ocasiones esta situación puede evitarse con un aborto, en otras ocasiones con un aborto post-parto.

Las personas actuales podrían tener deberes morales para con las generaciones futuras (aunque estas personas futuras todavía no existen) porque damos por sentado que existirán, por lo que hay que tratarlas como personas reales en el futuro, pero este argumento no se aplica a recién nacidos particulares porque no podemos dar por sentado que van a existir como una persona real en el futuro. Si va a existir o no, es justamente de lo que tratará nuestra elección.

Giubilini y Minerva consideran una posible objeción a su argumento; sería defender que el aborto post-parto fuera practicado única y exclusivamente a aquellas

personas potenciales que nunca hubieran podido disfrutar de una vida digna. En consecuencia, las personas potencialmente sanas y felices deberían ser dadas en adopción si la familia no pudiera criarlas o mantenerlas. Pero se preguntan ¿por qué deberíamos matar a un recién nacido sano cuando al darlo en adopción no violaríamos el derecho de nadie, sino que posiblemente incrementaríamos la felicidad de la gente involucrada (adoptantes y adoptados)?

A esta objeción responden que el argumento de la potencialidad no es lo suficientemente fuerte como para superar la consideración de los intereses de la gente actualmente existente, como por ejemplo el interés de la madre que podría sufrir angustia psicológica al dar a su hijo en adopción. Las madres biológicas suelen experimentar problemas psicológicos debido a su incapacidad de superar su pérdida y hacer frente a su dolor. Este dolor y sentimiento de pérdida acompañan tanto al aborto, como al aborto post-parto y a la adopción, pero no podemos afirmar que para la madre este último sea el menos traumático.

Los autores sugieren que si prevalecen los intereses de las personas existentes, entonces el aborto post-parto debería ser considerado como una opción permitida para aquellas mujeres que se sintieran perjudicadas de algún modo al entregar a sus hijos en adopción.

Giubilini y Minerva concluyen afirmando que si el coste (social, psicológico o económico) para los padres potenciales supone una razón fuerte para abortar, si el estatuto moral del recién nacido es el mismo que el del feto y si ninguno de los dos tiene valor moral por ser una persona en potencia, entonces las mismas razones que justifican el aborto deberían también justificar la muerte de recién nacidos.

En su artículo, los autores no especifican el momento o la edad del niño en la que el aborto post-parto dejaría de estar permitido. En los casos en los que el aborto post-parto sea solicitado por razones médicas no sugieren ningún límite. Tampoco pretenden que los abortos post-parto sean una alternativa al aborto. Afirman que el aborto en las primeras etapas de formación del feto es la mejor opción, tanto por razones psicológicas como físicas. Sin embargo, si una enfermedad no se ha podido detectar durante el embarazo, si algo salió mal durante el parto, o si las circunstancias económicas, sociales o psicológicas cambian de tal manera que el cuidado de los hijos se convierte en una carga insostenible para alguien, entonces la

gente debería tener la posibilidad de no estar obligada a hacer algo que no puede permitirse.

Una vez presentados los argumentos de Giubilini y Minerva procederemos a mostrar algunas de las reacciones suscitadas por su artículo. Como dichos argumentos ya han sido expuestos por otros autores y ya los hemos debatido en este trabajo, no haremos hincapié en ellos, tan sólo queremos resaltar nuestro desacuerdo con la utilización del término “aborto postparto”, ya que una vez que el feto ve la luz, es decir, una vez que se produce el alumbramiento, no se puede decir que sea un aborto, pues un aborto es la interrupción de un embarazo, ya sea por causa natural o provocado; quitar la vida a un ser humano ya nacido nunca, bajo ningún concepto, puede llamarsele aborto. Y no vamos a entrar en si es correcto o incorrecto moralmente hablando porque ya lo hemos hecho en reiteradas ocasiones a lo largo de esta tesis, y seguiremos incidiendo en el debate. Sabemos que la intención de estos autores es hacer un juego de palabras y así llamar la atención, pero no podemos aceptar que se utilice cualquier término para denominar cualquier cosa, igual que tampoco podemos aceptar que se denomine infanticidio pre-natal a un aborto (como hace en un tono irónico más adelante Trevor Stammers).

II.3.3.4.2.5.1. Réplicas al artículo de Giubilini y Minerva.

Un aluvión de comentarios no se hizo esperar, tanto en los medios de comunicación tradicionales, como en internet. Una multitud de artículos en todos los idiomas respondieron directa o indirectamente a este artículo de Giubilini y Minerva. Ello nos muestra la complejidad y trascendencia del tema; cada vez que se habla de infanticidio o aborto corren ríos de tinta y se suscita una gran controversia.

II.3.3.4.2.5.1.1. Respuesta del Dr. Nicolás Jouve de la Barreda.

Uno de los artículos que surgieron de inmediato en respuesta y contra lo que mantenían Giubilini y Minerva, fue el publicado por el presidente del grupo “pro-vida” CíViCa (Asociación de investigadores y profesionales por la vida y la dignidad humana), el que fuera Catedrático de Genética de la Universidad de Alcalá, D.

Nicolás Jouve de la Barreda, ahora profesor emérito, y que llevaba por título *¿Se puede considerar el aborto post-parto un infanticidio?*¹⁵¹ En dicho artículo, Jouve califica la noticia como espeluznante y la opinión de los dos científicos deleznable, ya que la afirmación que hacen de que «el estatus moral de un niño es equivalente al de un feto en el sentido de que ambos carecen de las propiedades ligadas al derecho a vivir» podría usarse a la inversa, ya que si grave es un “infanticidio”, lo que de forma inapropiada se denomina aborto después de nacer, ¿no será igual de grave matarlo antes de nacer? Lo que más le sorprende a Nicolás Jouve es la frivolidad con la que se da por supuesta la legitimidad del aborto, como una especie de conquista social y avance de la humanidad, que parece ser insuficiente... porque podría no convenir el bebé que ha nacido por las mismas razones que se esgrimen para acabar con su vida durante el embarazo. Las razones que se señalan son “de categoría”: la salud mental de la madre, las malformaciones del niño y además el abandono del cónyuge que deja a la futura madre sola y embarazada.

Como Nicolás Jouve (al igual que la asociación que preside) está en contra del infanticidio y del aborto, continúa alegando que la racionalidad y la autoconciencia son atributos que tiene el feto en potencia, y que la conciencia tiene un sustrato biológico que ya está predeterminado desde el momento de la fecundación. La naturaleza biológica humana solo llega a su plenitud gradualmente. Si no se deja que esa vida se desarrolle, sería lo equivalente a un asesinato. Se cercenaría la vida antes de que llegase a su plenitud. Por ello, es igualmente grave acabar con la vida de un embrión, o un bebé antes o después de su nacimiento.

II.3.3.4.2.5.1.2. *Respuesta del Dr. Trevor Stammers.*

Otro comentario al texto de Giubilini y Minerva surgió de la pluma del Dr. Trevor Stammers, director del Programa de Bioética y Derecho Médico de la Universidad de St. Mary 's College de Londres, en el Reino Unido, que publicó un artículo titulado *¿Aborto postparto o infanticidio prenatal?*¹⁵² El 06 de marzo 2012

¹⁵¹ Jouve, N. (2 de marzo de 2012). *¿Se puede considerar el aborto post-parto un infanticidio?* Disponible en <http://www.investigadoresyprofesionales.org/drupal/content/%C2%BFse-puede-considerar-el-aborto-post-parto-un-infanticidio>.

¹⁵² Temes d'avui (18 de abril de 2012). http://www.temesdavui.cat/es/online/panorama/aborto_postparto_o_infanticidio_prenatal.

en www.mercatornet.com, página web que ofrece noticias y artículos que promueven la dignidad humana. En dicho artículo Stammers dice estar sorprendido por la aparente ingenuidad de los jóvenes autores del documento que se han sorprendido por la reacción hostil hacia las opiniones manifestadas en su artículo, ya que según ellos "no tiene relevancia fuera de la comunidad de la bioética" y que es "una discusión puramente académica". Stammers critica esta supuesta inocencia de Giubilini y Minerva porque asegura que cuando se publica un artículo por Internet y en una de las revistas más prestigiosas de bioética a nivel mundial, es de esperar una repercusión global, y mucho más teniendo en cuenta el contenido del artículo, pues cada vez que se habla de infanticidio saltan las alarmas.

Stammers muestra su admiración por filósofos de la talla de Harris y por su argumentación en este sentido: si el niño no es querido inmediatamente después del nacimiento, es inevitable que en algún momento se argumente que el derecho de la mujer a elegir debe estar por encima de cualquier supuesto derecho de un bebé, al igual que lo está sobre los del no nacido. Una vez aceptado el aborto, el infanticidio es el siguiente paso lógico. Sin embargo, no es tan fácil justificar el infanticidio como lo fue justificar el aborto en la década de 1960, ya que una cosa es matar a un feto y otra muy distinta matar a un bebé que puedes verlo, olerlo, tocarlo, oírlo, en definitiva, sentirlo.

En la opinión de Stammers, lo único original del artículo de Giubilini y Minerva es la ingeniería verbal o el juego de palabras que utilizan "after-birth abortion" o "aborto postparto" para intentar mitigar la oposición de la opinión pública sobre el infanticidio. Sin embargo, el término "aborto posparto" lleva sencillamente a preguntarse sobre la cuestión ética central en el debate: la condición moral de los bebés ¿es la misma que la de los no nacidos? Si es así, dice Stammers: «entonces este artículo me ha modificado la opinión sobre algo. De ahora en adelante me referiré al aborto tardío como un infanticidio prenatal.»

II.3.3.4.2.5.1.3. *Defensa del Dr. Julian Savulescu.*

Sin embargo, no todo han sido críticas al polémico artículo. En respuesta a las amenazas recibidas por los autores y las descalificaciones hacia la revista de ética médica, el editor de la misma, ha tenido que salir al paso haciendo una declaración pública por escrito¹⁵³:

«Como editor de la revista, me gustaría defender su publicación. Los argumentos presentados, de hecho, no son nuevos y han sido presentados repetidamente en la bibliografía académica y foros públicos por los más eminentes filósofos y bioeticistas en el mundo, incluyendo Peter Singer, Michael Tooley y John Harris en defensa del infanticidio, de lo que los autores llaman un aborto post-parto. La nueva contribución de este artículo no es un argumento a favor del infanticidio, sino su aplicación en consideración de los intereses de la madre y de la familia. El artículo también presta atención al hecho de que el infanticidio es practicado en Holanda. Mucha gente se opone y se opondrá a estos argumentos. Sin embargo, el objetivo del Journal of Medical Ethics no es presentar la Verdad o promover alguna opinión moral. Es presentar un argumento bien razonado basado en premisas ampliamente aceptadas. Los autores provocativamente argumentan que no hay diferencia moral entre un feto y un recién nacido. Sus capacidades son similares. Si un aborto es permitido, el infanticidio también debería serlo en las mismas circunstancias. Los autores proceden de forma lógica desde premisas que mucha gente acepta para presentar una conclusión que muchas de aquellas personas rechazarían. Por supuesto, mucha gente argumentará que sobre esta base el aborto sería rechazado. La revista no apoya especialmente unas opiniones morales, ideologías, teorías, dogmas o puntos de vista, sobre otros. Se apoyan argumentos que sean racionales. Además, se apoya la libertad de la expresión ética. La revista da la bienvenida a respuestas razonadas coherentemente a After-Birth Abortion. O incluso sobre algún tema relevante de ética médica. Lo que es preocupante no son los argumentos en este artículo, ni su publicación en una revista de ética. Son las respuestas abusivas, hostiles y amenazantes que ha provocado. Más que la propia discusión académica y la libertad están bajo amenaza de fanáticos opuestos a los muchos valores de una sociedad liberal.»

¹⁵³ <http://blogs.bmj.com/medical-ethics/2012/02/28/liberals-are-disgusting-in-defence-of-the-publication-of-after-birth-abortion/>.

II.3.3.4.2.5.2. Amenazas y coacciones contra los que opinan diferente.

Una situación muy similar, por no decir idéntica, le ocurrió a Peter Singer dos décadas antes que a Giubilini y Minerva, concretamente en 1992, a raíz de un artículo publicado en Alemania, en el que el filósofo australiano denunció que la Ética Aplicada se encontraba bajo los ataques de algunas organizaciones izquierdistas, grupos de discapacitados y algunos conservadores que defienden una estricta doctrina de la santidad de la vida humana. Esta ofensiva dio lugar a la cancelación de conferencias e incluso a la interrupción de algunas de sus clases. Desde 1989 Peter Singer no ha podido enseñar con total libertad ni dar conferencias en universidades de Alemania, Austria y Suiza. Algunos cursos, basados en la traducción alemana de su libro *Ética Práctica*, han sido interrumpidos en repetidas ocasiones y han tenido que ser finalmente cancelados. Además de esto, Peter Singer ha sido perseguido y acusado por algunos alemanes que identifican su posición con el llamado 'programa de eutanasia' Nazi, que causó el asesinato de aproximadamente 70.000 discapacitados (Singer, 1992: 85-86).

Justo en esa época fue cuando fueron cometidos los casos más notorios de infanticidio, bajo los auspicios del Comité para el Tratamiento Científico de Enfermedades Severas Genéticamente Determinadas. Médicos, enfermeras y profesores fueron obligados a registrar a todos los niños con anomalías congénitas o retraso mental. El no cumplimiento de este requerimiento significaba penas civiles o encarcelamiento. Los niños “defectuosos” fueron sacados de sus casas y fueron exterminados de forma rutinaria en hospitales mediante inyección de morfina, gas, veneno letal o, a veces, de inanición. Para asegurar el secreto, los cuerpos fueron quemados inmediatamente. Los padres que protegían a sus hijos fueron enviados a campos de trabajo y sus hijos les fueron arrebatados. Los documentos revelan sustancial apoyo público para la aniquilación de niños “defectuosos”, incluso de padres con hijos anormales¹⁵⁴.

Esta actitud ofensiva contra Peter Singer puede ser comprensible si tenemos en cuenta la reciente historia de Alemania. Pero esta oposición al Dr. Singer no

¹⁵⁴ Proctor, Richard. (1988). *Racial Hygiene: Medicine Under the Nazis*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press. Citado en la *Enciclopedia de Bioética*, Vol. 3, pp.1204-1205.

solamente se dio en Alemania y Austria, sino que se ha extendido a otros países, adoptando una especial relevancia en EE.UU.

La mayoría de las críticas a este autor vienen suscitadas a raíz de algunas polémicas afirmaciones, tales como que los padres de los niños recién nacidos con graves discapacidades deberían tener el derecho a decidir si sus hijos deben vivir o morir. Él también sostiene la postura que defiende que si se ha decidido la muerte, de acuerdo con el mejor interés del niño, debería ser posible tomar una posición activa para asegurar que la muerte le llegue sin un sufrimiento prolongado.

Peter Singer apela al principio de libertad de expresión para poder hablar sin coacciones de ningún tipo sobre sus ideas, y también piensa que Alemania necesita desarrollar una tradición de discusión ética, especialmente sobre cuestiones tales como eugenesia o infanticidio, y cree que sus detractores deberían escuchar lo que la gente está diciendo y aportando en esta línea de pensamiento.

Singer, entre otros autores, defiende que el infanticidio es compatible con una sociedad humana estable y bien organizada. Así, en *A German Debate in Applied Ethics* mantiene que el rechazo del infanticidio en el pensamiento moral occidental es 'insólito' y está basado en el Principio de Santidad de la Vida, el cual, según él, no puede ser defendido racionalmente porque se basa en suposiciones religiosas. De acuerdo con esta tesis, expone distintos ejemplos a favor del infanticidio, y afirma que algunos antropólogos consideran que durante el Paleolítico (o periodo pre-agrícola, que comprende casi el 99 % de la historia de la humanidad), el infanticidio fue practicado universalmente y tuvo que haber significado aproximadamente el 50 % de nacimientos vivos durante parte de ese tiempo (Singer, 1992: 101-102).

Sin embargo, consideramos que es un error basar una teoría como ésta en argumentos de este tipo, según los cuales algo es moralmente correcto porque ha venido ocurriendo así durante toda la historia de la humanidad. Creemos que es un argumento pobre y sin fundamento racional. Siguiendo este mismo argumento, podríamos afirmar que la guerra es moralmente correcta porque las guerras han existido a lo largo de toda la historia de la humanidad. También podría ser legitimado, de acuerdo con esta argumentación, todo aquello que ha ocurrido siempre, en todo lugar y ha sido permitido, por malo o inmoral que sea, como por

ejemplo la esclavitud, y afirmar que es moralmente correcto porque se ha estado repitiendo a lo largo de toda nuestra existencia como seres humanos.

No obstante, y a pesar de no estar de acuerdo en esta justificación de Peter Singer, tampoco lo estamos con aquellos extremistas que intentan silenciar o amenazan la vida de los que piensan diferente en nombre de Dios, Alá o de la Santidad de la Vida. Como diría Voltaire: «no estoy de acuerdo con lo que dices, pero defenderé con mi vida tu derecho a expresarlo» o «detesto lo que escribes, pero daría mi vida para que pudieras seguir escribiéndolo». Precisamente, estas ideas de tolerancia y libertad de expresión se han visto reforzadas últimamente, como consecuencia del atentado terrorista del 7 de enero de 2015 contra el diario francés Charlie Hebdo, en el que murieron el director y ocho colaboradores de la revista, además de dos policías nacionales. Millones de personas se echaron a las calles de París y se manifestaron, junto a más de cincuenta mandatarios de todo el mundo, en defensa de la democracia y la libertad de expresión. No estamos de acuerdo con los que utilizan la blasfemia, el insulto y juegan con las creencias religiosas de la gente para hacer unas caricaturas mofándose de Alá o Dios, pero tampoco podemos estar de acuerdo, ni mucho menos justificar el asesinato de personas indefensas por el mero hecho de dibujar o escribir unas viñetas. Creemos en el diálogo, en que las ideas se pueden rebatir con las ideas y no con la violencia.

A continuación desarrollaremos la idea por la que tanto Singer como Mirerva y Giubilini han sido acusados, vilipendiados y casi quemados en la hoguera, algo que ha existido como programa político de muchos países durante décadas y que quizás aún hoy en día exista de una forma más sutil y evolucionada, algo que adquirió mala fama después de la II Guerra Mundial debido a los actos y experimentos llevados a cabo por los nazis, sin ningún tipo de escrúpulos, una palabra (eutanasia) que sólo escucharla causa escalofríos a mucha gente, pero que durante mucho tiempo ha sido considerada como algo bueno y necesario para la humanidad.

II.3.3.4.2.6. ¿Qué es la eugenesia?

Como ya hemos mencionado el término en varias ocasiones a lo largo de este trabajo y aún no lo hemos definido, ni abordado adecuadamente, comenzaremos por

utilizar la definición que nos proporciona la Real Academia de la Lengua Española, según la cual, eugenesia (del griego: *eu*, bien, y *génesis*: origen) significa buen origen o buen linaje. Se podría decir que la eugenesia es la aplicación de las leyes biológicas de la herencia al mejoramiento o perfeccionamiento de la especie humana.

II.3.3.4.2.6.1. Seres humanos aptos y no aptos.

La eugenesia ha sido clasificada tradicionalmente según su acción en activa (o negativa) y pasiva (o positiva). Entendiéndose por eugenesia positiva o pasiva aquella que fomenta políticas dirigidas hacia la procreación o mayor reproducción de los mejor dotados o aquellos “más aptos” (que por norma general serían aquellos que pertenecen a las clases más altas e ilustradas de una sociedad). Por otra parte, la eugenesia negativa o activa sería aquella que se encamina a impedir o reducir la procreación de los peor dotados, “menos aptos” o grupos inferiores (que serían los pertenecientes a las clases bajas, parias, marginados, delincuentes o deficientes mentales). La eugenesia negativa no tiene por qué ser coercitiva para que surta efecto. Un estado puede ofrecer incentivos económicos o ventajas fiscales a los “menos aptos” para que sean sometidos a esterilización y, efectivamente, mucha gente pobre, marginados o en riesgo de exclusión social, es capaz de hacer cualquier cosa por dinero. Incluso en la actualidad se dan no pocos casos de personas jóvenes en buen estado de salud que venden sus órganos en vida únicamente por dinero. De igual forma que la eugenesia positiva sí que podría ser coercitiva, como ya ocurriera en la Alemania nazi, donde estaba prohibido el aborto para las mujeres aptas, es decir, que aquellas mujeres consideradas aptas por el régimen tenían la obligación política y moral de tener hijos en pro de la nación.

Así pues, tanto la eugenesia positiva como la negativa intenta intervenir de una u otra forma para no permitir que clases inferiores, débiles mentales, delincuentes, criminales, inmorales, y demás seres “no aptos” puedan procrearse y multiplicarse, reduciendo así su porcentaje a favor de los que sí son “aptos”. De igual forma, se fomentaría la procreación y conservación de los ciudadanos “aptos” para incrementar su porcentaje frente a los “no aptos”. El objetivo final de una política eugenésica es conseguir el mayor porcentaje posible de ciudadanos “aptos”.

Como venimos diciendo desde el comienzo de este trabajo, el infanticidio ha existido siempre, desde tiempos inmemoriales en casi todas las civilizaciones, incluso desde antes de cualquier civilización. También hemos dicho que el infanticidio es un medio de control de población y, por lo tanto, podría ser considerado como una forma de eugenesia activa, una forma de descartar aquellos no aptos por diversos motivos, ya sea por necesidad, por falta de alimentos, por algún defecto físico o psíquico, por motivos de salud, de deshonra, deshonra, etc.

Aunque es cierto que la eugenesia ha existido desde siempre, el vocablo es griego y el concepto, tal y como lo conocemos ahora, y bajo la forma de política de eugenesia auspiciada por un sistema de gobierno, tiene su origen en la Grecia de Platón, más concretamente en *La República*, donde el filósofo griego proponía clara y abiertamente que los mejores debían procrear con las mejores, cuanto más mejor; mientras que los peores tenían que procrear con las peores lo menos posible. También Aristóteles en *La Política*, Libro II, capítulos 3, 4 y 16, deja constancia de su posición acerca de las políticas eugenésicas, tal y como vimo en el apartado “Aproximación histórica” del primer capítulo de este trabajo.

Quizás la forma de eugenesia más conocida de aquella época es la que practicaban los espartanos, que arrojaban por un barranco a los hijos “no aptos” para evitar su proliferación, consiguiendo así una “raza superior” de personas cuasi perfectas.

Sin embargo, han de pasar algo más de 22 siglos (2245 años aproximadamente) desde que Platón escribiera *La República* hasta la publicación de un artículo titulado *Hereditary Talent and Character*¹⁵⁵, escrito por Sir Francis Galton, donde se habla de una forma más explícita y sistemática de la eugenesia, basándose en la teoría de la evolución de su primo Charles Darwin, ideas estas que fueron desarrolladas por Galton cuatro años más tarde en un libro que llevaba por título *Hereditary Genius: An Inquiry Into its Laws and Consequences*¹⁵⁶.

Galton pensaba que los mecanismos de selección natural estaban fracasando en la humanidad y se percató de que muchas civilizaciones intentaban salvaguardar a

¹⁵⁵ Galton, F. (1865). *Hereditary Talent and Character*. Macmillan's Magazine 12: 157-166 y 318-327.

¹⁵⁶ Galton, F. (1869). *Hereditary Genius: An Inquiry into its Laws and Consequences*. MacMillan. London.

los “menos aptos”, en contra de las leyes de la naturaleza. En ese sentido, Galton pensó que si cambiaba las costumbres sociales podía evitar a la sociedad un proceso de involución hacia la mediocridad. En la opinión de Galton, la sociedad, con su forma de actuar contra la selección natural, protegiendo a los débiles, estaba fomentando enfermedades disgenéticas; es decir, defectos que se van acumulando en la humanidad pudiendo causar a medio plazo la extinción de la especie. Consecuentemente, esta disgenesia produce que los más inteligentes no se reproduzcan tanto como los menos inteligentes.

Por aquella época, Charles Darwin publicó *El origen del hombre*¹⁵⁷, con lo que las ideas eugenésicas adquirieron mayor difusión y aumentaron su influencia, puesto que Darwin retomó la idea de Galton, que afirmaba que el genio y el talento eran rasgos hereditarios en los humanos.

En la primera parte del capítulo 5 *Natural Selection as affecting Civilised Nations*¹⁵⁸, Darwin (1871) hizo una distinción entre "razas civilizadas", y "razas salvajes", incluso establecía una relación entre el tamaño del cerebro y las facultades intelectuales de los seres humanos, mediante una clasificación de los cráneos, mediante la cual atribuye a los europeos una mayor capacidad intelectual que a los asiáticos y aborígenes australianos. En su obra, Darwin (1871) hablaba de la forma en que la selección natural afectaba a las sociedades civilizadas, utilizando los conceptos de raza inferior y raza superior a la vez que comentaba lo que él consideraba como obstáculos para el aumento de hombres con cualidades superiores.

Darwin (1871) también creía que los vicios morales eran hereditarios, es decir que pasaban de padres a hijos. En este sentido, consideraba al igual que Galton, que la degradación de nuestra especie se debía a que los miembros más débiles se reproducían de forma más rápida y eficaz que los más civilizados. Aunque Darwin admitiera que no sería correcto que un médico dejara de atender a los individuos débiles, también lamentó que había que cargar los efectos negativos de los débiles

¹⁵⁷ Darwin, Ch. (1871). *The Descent of Man, and Selection in Relation to Sex* (1st Ed.), London: John Murray.

¹⁵⁸ Contenido del capítulo 5: Sobre el desarrollo de las facultades intelectuales y morales durante las épocas primitiva y civilizada. El avance de los poderes intelectuales a través de la selección natural; importancia de imitación; facultades morales y sociales; su desarrollo dentro de los límites de la misma tribu; de cómo la selección natural afecta a las naciones civilizadas; la evidencia de que las naciones civilizadas una vez fueron bárbaras (158-184).

que sobreviven y propagan su especie. Este sería el efecto secundario o el daño colateral que la humanidad debía soportar.

La moralidad, en términos darwinianos, quedaría reducida a aquello que es útil para la supervivencia de una sociedad en un momento determinado, y que va cambiando conforme cambian las condiciones de cada momento.

Con respecto a su perspectiva eugenésica, Darwin (1871: 402-403) señala que «El hombre revisa con un cuidado escrupuloso el carácter y el pedigrí de sus caballos, de su ganado y de sus perros antes de cruzarlos; pero cuando se trata de su propio matrimonio rara vez toma tales precauciones, si es que alguna vez lo hace». Para evitar una mayor degeneración de la raza, «ambos sexos deberían abstenerse del matrimonio si son notablemente inferiores de cuerpo o de mente»; esta recomendación está muy en la línea de las que hacía Platón en *La República*. Por otra parte, Darwin creía que la progenie de mujeres más fuertes y "mejores" que otras, tendría como consecuencia que sus descendientes alcanzaran una capacidad intelectual y física "superior" a la de la generación anterior; sin embargo, esto no es así necesariamente.

En este sentido, Darwin creía que la mujer se tenía que entrenar física y mentalmente para procrear descendientes más aptos y desarrollados que sus antecesores. Esta idea darwinista sería incorporada más tarde en el programa eugenésico Lebensborn¹⁵⁹ (traducido del alemán sería algo así como origen o fuente

¹⁵⁹ En relación con esto, en su libro *El origen del hombre* Darwin trató uno de los aspectos que posteriormente sería probado en el programa Lebensborn:

«A fin de que la mujer pueda llegar al mismo nivel que el hombre, ella debería, cuando sea casi adulta, ser entrenada con energía y perseverancia, y tener su razón e imaginación entrenada al punto más alto, y entonces ella probablemente transmitiría estas cualidades sobre todo a sus hijas adultas. Todas las mujeres, sin embargo, no podrían crecer de esta manera, a menos que durante muchas generaciones aquellas que destacaran en las virtudes más vigorosas se casaran y produjeran descendencia en un mayor número que las demás mujeres» Darwin (1871: 464-565).

Esta idea se vio reflejada en el programa Lebensborn, el cual buscaba el desarrollo de una raza «superior» y competente, con cualidades fuertes de supremacía. Para esto, se elegía a las mujeres más aptas física e intelectualmente para ser las procreadoras de los hijos de los oficiales de la SS, lo que — se pensaba— supuestamente llevaría a una «depuración» en sus descendientes.

Esta organización proveía de hogares de maternidad y asistencia financiera a las esposas de los miembros de las SS y a madres solteras; asimismo, administraba orfanatos y programas para dar en adopción a los niños. Inicialmente creada en Alemania en 1935, la Lebensborn se expandió a los países ocupados en el norte y oeste de Europa durante la Segunda Guerra Mundial. En línea con las políticas racial y eugenésica de la Alemania nazi, el programa Lebensborn se restringió a individuos que fueran considerados como arios «racialmente puros» y para miembros de las SS. Cabe señalar que a los alemanes no les gustaba utilizar la palabra eugenesia por no ser de origen alemán, así que preferían utilizar higiene racial. <http://es.wikipedia.org/wiki/Lebensborn>.

de vida) una organización creada por el líder de la SS Heinrich Himmler en la Alemania nazi como “Lebensborn Eingetragener Verein” (Asociación Registrada Lebensborn), cuyo objetivo era propagar la raza aria, como la nueva raza dominante en Europa; para ello, cientos de mujeres consideradas “racialmente aptas” fueron elegidas para ser fecundadas por oficiales nazis con el objetivo de producir descendientes “más aptos”.

Dicho lo cual y a pesar de haber barruntado sus ideas sobre la eugenesia, primero en su artículo de 1865 *Talento hereditario y carácter* y posteriormente en su libro de 1869 *El genio hereditario: una investigación sobre sus leyes y consecuencias*, no fue hasta la muerte de su primo Charles Darwin, cuando Galton utilizó por primera vez la palabra eugenesia en su libro publicado en 1883, titulado *Inquiries into Human Faculty and Its Development* (Investigaciones sobre las facultades humanas y su desarrollo)¹⁶⁰ en el que mencionaba diversas cuestiones relacionadas con el cultivo de la raza o cuestiones eugenésicas, y define la eugenesia como la disciplina encargada de mejorar biológicamente a la especie humana, Galton, alude a la eugenesia como la ciencia de la mejora del linaje, que debe dar una mejor oportunidad a las razas más aptas de prevalecer más rápidamente sobre las menos aptas.

A principios del siglo XX Galton definió su concepto de eugenesia como «la ciencia que trata sobre todas las influencias que mejoran las cualidades innatas de una raza, y también con aquellas que las desarrollan hasta la mayor ventaja.» Galton (1904).

En los países ocupados, miles de mujeres participaron voluntariamente en el proyecto durante la ocupación nazi, por lo que se tuvieron que enfrentar posteriormente al ostracismo social por haber entrado en relaciones con soldados alemanes y haber quedado embarazadas, con lo cual tenían pocas alternativas fuera de solicitar ayuda en el Lebensborn.

Después de la Segunda Guerra Mundial se informó que el Lebensborn era un programa de reproducción selectiva; sin embargo, los individuos no eran forzados a reproducirse con parejas seleccionadas, aunque es cierto que el objetivo del programa era promover el crecimiento de las poblaciones arias «superiores» por medio de la provisión de cuidados médicos de excelencia y el acceso restringido al programa a través de selecciones médicas que aplicaban criterios eugenésicos y raciales.

Este proyecto, también dirigido por Himmler, fue llevado a cabo por otras secciones de la burocracia nazi. El documental *Los niños perfectos de Hitler* revela más aspectos sobre las operaciones, cualidades y características implementadas en el proyecto. Este documental puede verse en su versión española pinchando en el siguiente link: <http://www.ciberdocumentales.com/ver/660/los-ni-os-perfectos-de-hitler/>

¹⁶⁰ Galton, F. (1883). *Inquiries into human faculty and its development*. London. Macmillan.

En la actualidad, la eugenesia no es considerada como ciencia, sino más bien como una pseudociencia.

La formulación de Galton de la eugenesia estaba basada en un enfoque estadístico, fuertemente influenciado por la «física social» de Adolphe Quetelet. Sin embargo, a diferencia de éste, Galton no tenía en buena consideración a *l'homme moyenne* (hombre pro-medio) de Quetelet, sino que más bien lo despreciaba considerándolo un mediocre. Galton y su heredero estadístico Karl Pearson desarrollaron lo que se llamó el enfoque biométrico de la eugenesia, que desarrolló nuevos y complejos modelos estadísticos para describir la herencia de los rasgos. Con el re-descubrimiento de las leyes de la herencia de Gregor Mendel, surgieron dos bandos separados de defensores de la eugenesia. Uno estaba formado por estadísticos y otro por biólogos. Los primeros creían que los segundos tenían modelos matemáticos excepcionalmente primitivos, mientras los biólogos creían que los estadísticos sabían poco sobre biología¹⁶¹.

No debemos obviar que desde finales del S.XIX y hasta los años 70 del S.XX muchos países, entre los que cabe destacar Estados Unidos, Canadá, Brasil, Suecia o Bélgica y por supuesto la Alemania nazi, entre otros, comenzaron a utilizar medidas eugenésicas, como por ejemplo restricción de matrimonios, abortos forzosos, promoción de tasas de natalidad diferenciales (natalismo selectivo), control de natalidad, exploración genética, control de la inmigración, segregación racial y de deficientes mentales, genocidio, o la esterilización obligatoria sobre algunos colectivos tales como sordos, alcohólicos, drogadictos, deficientes mentales, minorías étnicas o raciales, criminales, violadores, etc.

También en nuestra época hemos podido comprobar cómo algunos políticos defienden estrategias, no demasiado ortodoxas, para controlar la población y la seguridad del Estado; así por ejemplo, en 1974, Henry Kissinger creó el NSSM 200¹⁶² (Documento de Seguridad Nacional), del Departamento de Estado de los

¹⁶¹ Capítulos 2 y 6 de Donald MacKenzie (1981).

¹⁶² El texto completo del Informe Kinssinger, traducido al español, puede leerse en: <http://www.forumvida.org/control-natal/informe-kissinger-completo>.

El 10 de diciembre de 1974, el Consejo de Seguridad Nacional de EEUU, el organismo de más alto nivel en cuanto a la toma de decisiones sobre políticas de ultramar de esa nación, promulgó un documento altamente secreto titulado *National Security Study Memorandum 200* (“Memorandum 200 sobre la Seguridad Nacional”) o NSSM-200, que también se conoce con el nombre de *The Kissinger Report*. Dicho informe se dio a conocer en los años 90, y entre otras cosas decía:

EE.UU., donde insta a la Agencia de Desarrollo Internacional de los Estados Unidos a promover el control natal en todo el orbe, independientemente de sus métodos, fundamentalmente en todos los países en desarrollo. Aún hoy en día, hay quienes defienden la idea de una política gubernamental a favor del infanticidio, del aborto, de la eutanasia (tanto para adultos como para niños), de la esterilización, de la manipulación genética, de la selección de individuos, de la clonación, y de otros métodos eugenésicos que tienen como finalidad disminuir el sufrimiento, al mismo tiempo que mejorar o perfeccionar la especie humana, evitando aquellas características negativas y potenciando los atributos positivos, llegando así a conseguir una especie o raza humana más sana, más resistente, más fuerte y más inteligente.

II.3.3.4.2.6.2. La eugenesia en nuestros días.

En la actualidad, el ser humano posee los conocimientos y los medios suficientes y necesarios para modificarse a sí mismo genéticamente, es decir para modificar su ADN y alterar así su composición genética. Al descifrar el genoma

- Los actuales factores de población en los países menos desarrollados suponen un riesgo político, incluso un problema de seguridad nacional para EE.UU. Los países con interés estratégico para EE.UU. son India, Bangladesh, Pakistán, Nigeria, México, Indonesia, Brasil, las Filipinas, Tailandia, Egipto, Turquía, Etiopía, y Colombia.

- Nuestro objetivo es que el mundo llegue al nivel de fertilidad de reemplazamiento en el año 2000. Las bases para lograr éste objetivo deben figurar en el Plan Mundial de Población de las Naciones Unidas.

- La localización de reservas de minerales en estos países supone una relación de dependencia de los países industrializados respecto a los menos industrializados... Es posible que empresas extranjeras sean expropiadas a través de gobiernos, conflictos laborales o desórdenes civiles. Con ello nuestras reservas se verían comprometidas. Por lo tanto si se reducen las condiciones de crecimiento de la población los riesgos sobre nuestros intereses serán menores. Queda claro que son las materias primas del tercer mundo el interés de estrategia de seguridad nacional de EE.UU.

- Los EE.UU. trabajarán con organizaciones internacionales estimadas y creíbles como la OMS, el Banco Mundial y la UNICEF.

- Tenemos que tener cuidado de que nuestras actividades no den a los países en desarrollo la apariencia de políticas de un país industrializado contra países en desarrollo. Hay que asegurarse en éste terreno. Los líderes del Tercer Mundo deben figurar a la cabeza y recibir el aplauso por los programas eficaces.

Un ejemplo de esto lo tenemos con los premios a la Planificación Familiar que instituyó la ONU, donde China y la India obtuvieron los primeros por su política de descendencia única y por su política de esterilización masiva.

- El arma de los alimentos debe ser utilizada. Los gobiernos del Tercer Mundo que no se sometan voluntariamente al programa de reducción de población deberán ser forzados a esa sumisión por estos medios: denegarles créditos por parte del FMI, incitar a la rebelión a la población hambrienta, llegando incluso a cambios de soberanía. Disponible en <https://www.aciprensa.com/vida/poblacion.htm>.

humano, un mundo de posibilidades se ha abierto ante los ojos de la humanidad. De hecho ya está ocurriendo, en muchos casos son políticas abiertas y transparentes, como la recomendación que hacen los médicos¹⁶³ de no seguir adelante con el embarazo tanto del sector público como privado, a las embarazadas con riesgo de tener un hijo con cualquier tipo de anormalidad o discapacidad, como por ejemplo síndrome de Down. En otros casos de forma oculta y no tan transparente, o de forma indirecta, como es la presión que ejercen las compañías de seguros para hacer test genéticos preventivos en aras de evitar situaciones de riesgo para la mujer embarazada, ni tener hijos defectuosos que puedan ocasionar un gasto extra para las aseguradoras.

La selección natural de las especies es un proceso que puede durar miles, e incluso millones de años. El hombre, mediante la eugenesia, trata de conseguir lo mismo, pero en menos tiempo. Se trata de hacer una selección de forma artificial, y para ello emplea diversas formas: test genéticos preventivos (ya incluidos en

¹⁶³ El Comité de Bioética de España (CBE) asegura haber detectado que "algunos servicios clínicos" encaminaban a "facilitar y orientar" a los progenitores "hacia la interrupción del embarazo". En este sentido, el CBE ha aprobado un informe sobre el consejo genético prenatal en el que pide a los profesionales sanitarios que la detección de posibles alteraciones durante el desarrollo embrionario "en ningún caso" tenga "naturaleza directiva" ni conlleve "presiones" a los padres que les impida "tomar una decisión libre e informada". Del mismo modo, también causaba preocupación en algunos miembros del Comité que "el asesoramiento pudiera venir siendo realizado no con una finalidad claramente informativa sino en ocasiones directiva, forzado, en ocasiones, por llevar a cabo cierto tipo de medicina defensiva".

Además, el CBE defiende que los cribados genéticos se lleven a cabo con criterios de "pertinencia, calidad, equidad y accesibilidad", pero señala a los profesionales sanitarios que "en ningún caso ha de tener naturaleza directiva". "Es fundamental que el consejero genético se cerciore de que la información que aporta ha sido comprendida por las personas a quienes se asesora, de modo que puedan tomar una decisión libre e informada. Y en lo que respecta a los padres, defienden que ante la eventual detección durante el embarazo de una alteración genética, deben ser informados de las posibilidades terapéuticas, paliativas y de las legales, "sin ningún tipo de presiones, ni de recomendaciones debidas a opciones personales del asesor". Además, asegura el Comité, "se deberá dar información relativa a cuantas prestaciones existan y a las asociaciones de ayuda a las familias y a los enfermos con discapacidades congénitas".

Por otro lado, este organismo asesor recuerda en sus conclusiones que la realización de las pruebas de diagnóstico genético debe contar con el consentimiento informado preceptivo, de acuerdo con la Ley de Investigación Biomédica, y se debe asegurar la protección de los derechos de las personas asesoradas "en lo que se refiere a la decisión que adopten y al tratamiento de los datos genéticos". Asimismo, todas las pruebas que se realicen, advierte el informe, deben estar sustentadas en la evidencia científica, y constituir un elemento esencial para el diagnóstico, pronóstico, selección y seguimiento de tratamientos, así como para tomar decisiones reproductivas.

23/01/2015. El Comité de Bioética pide que los médicos no presionen a los padres para abortar en caso de alteraciones genéticas. Disponible en <http://www.elcorreo.com/bizkaia/sociedad/salud/201501/21/comite-bioetica-pide-medicos-20150121183313-rc.html> y en la revista Asociación de Bioética Fundamental y Clínica: <http://www.asociacionbioetica.com/ec-5>.

cualquier seguro de asistencia familiar); abortos selectivos; selección y descarte de embriones en las diferentes técnicas de fertilización artificial; ingeniería genética de mejora; terapia génica germinal¹⁶⁴, etc. Como podemos observar, la eugenesia es una disciplina muy amplia que, en la actualidad, tiende a confundirse con la manipulación genética (que es la tecnología que controla y estudia los genes y su transmisión en el ADN de un organismo a otro). Aunque tengan la misma finalidad, no son la misma cosa. Se podría decir que la eugenesia se sirve de la ingeniería genética para conseguir sus fines: corregir defectos congénitos, producir nuevos fármacos y nuevos tratamientos para curar enfermedades hasta ahora incurables, crear nuevas especies (organismos transgénicos), reforzar los mejores atributos de un individuo (su inteligencia, su fuerza, su destreza, etc.), corregir o modificar los vicios o tendencias del comportamiento humano, tales como la orientación sexual “desviada”, la violencia, la depresión, la esquizofrenia, el alcoholismo, la drogodependencia, las conductas delictivas, etc.

Mientras que el concepto clásico de eugenesia se caracterizaba por ser una eugenesia negativa que se aplicaba de manera impositiva e involuntaria, coartando así los derechos individuales de la persona en beneficio de unas generaciones futuras más sanas genéticamente hablando, el concepto actual de eugenesia se caracteriza, sobre todo, por su finalidad terapéutica y es aceptable y aceptada por la mayoría de los países del planeta, sobre todo en sus fines, aunque a veces son objeto de discusión los métodos para ponerla en práctica. Sobre dicha metodología se plantean objeciones del tipo que las consecuencias negativas derivadas de los métodos utilizados pueden ser superiores a las ventajas que nos pueden aportar, como puede ocurrir con la terapia génica en la línea germinal. Otra objeción es que no está del todo claro lo que se entiende por patología y en qué grado debe considerarse motivo de eliminación por la humanidad (a veces se considera como patología la sordera, la

¹⁶⁴ La terapia génica de células germinales es aquella dirigida a modificar la dotación genética de las células implicadas en la formación de óvulos y espermatozoides y, por tanto, transmisible a la descendencia. Este tipo de terapia génica sería la indicada para corregir de forma definitiva las enfermedades congénitas, una vez que la técnica sea eficaz y segura, situación que no parece darse en el momento actual. La terapia génica de la línea germinal humana no ha sido practicada debido a las limitaciones de la tecnología de manipulación de las células germinales y a consideraciones éticas, en especial el peligro de la modificación del acervo genético de la especie humana, y el riesgo de potenciación genética, que derivaría en prácticas de eugenesia por selección artificial de genes que confiriesen caracteres ventajosos para el individuo. (Ronchera-Oms, C.L. y González, J.M. (2004). Terapia Génica, en *Farmacia Hospitalaria*, T.2, Cap.6. pp. 919-927). Recuperado de: <http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo2/CAP06.pdf>.

baja estatura, e incluso la homosexualidad). Otra objeción se debe a la presión que pueden llegar a ejercer las compañías de seguros de salud y las empresas farmacéuticas y biotecnológicas sobre las políticas de algunos gobiernos en materia de salud e incluso sobre los propios ciudadanos asegurados, que pueden verse influenciados en sus decisiones.

Sin embargo, la eugenesia en la actualidad no se limita a la simple intervención terapéutica, sino que se extiende más allá. Su finalidad es el perfeccionamiento de la especie humana, entendiéndose por perfeccionamiento la mejora de aquellas características más destacables y la eliminación o reducción de enfermedades o defectos congénitos. Así, en este sentido, la ingeniería genética en la línea germinal, una vez que se perfeccione su técnica y no tenga margen de error, podría ser una herramienta útil y aceptada socialmente, por lo que la naturaleza humana (si es que existe una naturaleza humana) sería modificada, regulada y perfeccionada y nunca más será como se conoce hoy, sino que irá evolucionando, no por capricho de una deidad, o de la propia naturaleza, sino por el deseo o la necesidad que la propia humanidad se marque.

Otra diferencia entre la eugenesia clásica y la moderna es que mientras que la primera tenía pretensiones universales y sus objetivos afectaban a la humanidad en su conjunto, la segunda tiene un carácter más individualista; con respecto a las técnicas de reproducción artificial, los padres que puedan elegir las características de sus hijos, elegirán aquellas que hagan a sus hijos sobresalir sobre los demás, con la finalidad de conseguir mejores oportunidades para ellos en el futuro. Al ser esta última una fórmula de libre elección, voluntaria, sin coacciones, donde uno puede elegir libremente si traer al mundo a un niño o no traerlo, y si lo trae que sea a la carta, evitándole desventajas tales como enfermedades congénitas, y si es posible dotándole de alguna ventaja física o psíquica, como la altura o el coeficiente intelectual, esta modalidad no es considerada por muchos como eugenesia, sino como posibilidad de elección. Sin embargo desde hace décadas estas prácticas podrían responder a una política institucionalizada a nivel mundial, donde las nuevas tecnologías juegan un papel muy importante: las pruebas prenatales, la fertilización in vitro, la selección de embriones, los abortos selectivos, todo ello ha hecho que en este último medio siglo se haya evitado el nacimiento de millones de niños con

graves enfermedades congénitas, y no tan graves, depurando así la especie humana. Si nos damos cuenta, en las sociedades más desarrolladas, el porcentaje de personas con algún tipo de enfermedad congénita es inferior al de las sociedades menos desarrolladas. En los países más desarrollados es donde menor incidencia de malformaciones genéticas hay, y esto es debido, en parte, a las políticas eugenésicas auspiciadas por esos gobiernos. Con las pruebas prenatales se pueden detectar la mayoría de los defectos congénitos con los que va a nacer el niño y, en muchos casos se opta por el aborto para evitar que nazca el niño con graves malformaciones. Los avances tecnológicos, así como en medicina e investigación neonatal, han contribuido notablemente a reducir las malformaciones de los recién nacidos en las sociedades más avanzadas. Los factores medioambientales también son muy importantes; la prohibición de algunos medicamentos como la talidomida, de algunos pesticidas, la reducción de la contaminación, también son factores a tener en cuenta. La educación y los hábitos saludables, una mejor alimentación, una dieta equilibrada, el ácido fólico, la reducción del consumo de drogas, alcohol, y tabaco, también son aspectos que contribuyen a evitar las malformaciones congénitas.

Hay autores que atribuyen una relación directa entre la pobreza y las malformaciones congénitas, por ejemplo las doctoras Yanet García Fernández, Rosa María Fernández Ragi y Mayling Rodríguez Rivero¹⁶⁵: «La ocurrencia de las malformaciones congénitas es muy variable según autores y países. En los países más desarrollados la incidencia es menor. En las poblaciones más pobres la incidencia es mayor».

O el Dr. John C. McLachlan, especialista en Ciencias Médicas¹⁶⁶: «Existe una clara asociación entre las malformaciones congénitas y la pobreza, y esto puede estar relacionado con la dieta tanto como con la educación... El cambio social que más reduciría el número de malformaciones sería la reducción de la pobreza.» Según McLachlan, el 25% de todas las malformaciones tienen como causa un factor genético, el 10% es debido a factores ambientales (físicos, químicos o biológicos), y

¹⁶⁵ *Incidencia de las malformaciones congénitas mayores en el recién nacido*. Revista Cubana de Pediatría. versión On-line ISSN 1561-3119. Rev Cubana Pediatr v.78 n.4 Ciudad de la Habana oct.-dic. 2006. Hospital General Docente «Ivan Portuondo», San Antonio de los Baños (La Habana), disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312006000400003.

¹⁶⁶ Malformaciones congénitas. Actualizado: 10-01-2015 y Revisado por el Dr. María Jesús Ceñal González-Fierro, especialista en Pediatría, <http://www.netdoctor.es/articulo/malformaciones-congenitas>.

el 65% restante es por causa desconocida, aunque se cree que se deben a la interrelación entre los factores genéticos y ambientales.

Sin embargo, y a pesar de la voluntad de la mayor parte de las personas y los gobiernos de todo el mundo de evitar las enfermedades, los sufrimientos, los dolores y de conseguir un mundo mejor, habitado por seres humanos más sanos, más inteligentes o más fuertes, en la actualidad existen muchas reticencias a utilizar la palabra eugenesia y a emprender programas gubernamentales con dinero público en aras de conseguir esto, debido a los abusos cometidos en el pasado. Pocos pensadores y científicos se atreven a pronunciarse abiertamente a favor de la eugenesia.

Uno de estos iluminados, defensor de una eugenesia moderada, fue Robert Klark Graham, un acaudalado empresario optometrista y genetista norteamericano que pretendía conseguir una raza humana más inteligente que la actual. Para ello creó el 29 de febrero de 1980 el *Repository For Germinal Choice* (Almacén para elección germinal o un banco de esperma para genios). Durante 19 años, Graham fue recolectando el esperma de varios premios Nobel, entre los que se encontraba William Bradford Shockley (Premio Nobel de Física en 1956), se cree que dicho banco contaba con esperma de 19 genios. Se calcula que entre 215 y 230 niños nacieron gracias a estos donantes.

Aunque muchos detractores de Graham se burlaron de él por sus extravagantes ideas, (incluso llegaron a concederle un Premio Ig Nobel, una parodia estadounidense del Premio Nobel) la idea que subyace ha permanecido hasta nuestros días y es la base del lucrativo negocio de la fertilización artificial, ya que hay muchas clínicas privadas que ofrecen a sus clientes un amplio abanico de donantes (tanto hombres como mujeres) con múltiples características, donde se puede elegir tanto el color del pelo o de los ojos, como el coeficiente intelectual y la carrera que ha estudiado el o la donante.

Debido a la mala fama que tiene el término eugenesia, y a los pocos defensores del mismo que se atreven a manifestar su postura, son pocos los países que tienen algún tipo de medida eugenésica entre sus políticas gubernamentales. Tal es el caso de la República Popular China, que tiene una Ley de Asistencia Sanitaria Maternal e Infantil, promulgada en 1994, que incluye un test prematrimonial obligatorio para detectar posibles enfermedades genéticas graves y enfermedades

mentales importantes. Aquellas parejas, a las que se les ha detectado alguna de estas enfermedades, no se les permite casarse y además se les obliga a tomar medidas anticonceptivas a largo plazo o, en los casos más graves, a esterilizarse.

Otro país que ha venido utilizando una política eugenésica es Chipre, que usa la exploración prenatal y el aborto para reducir los casos de talasemia¹⁶⁷, cuya incidencia se ha visto reducida de 1 cada 158 casos en 1970 a casi cero casos en 1986.

II.3.3.4.2.6.2.1. *Los peligros de la eugenesia y de la “Nueva Genética”.*

El profesor de Filosofía de la Universidad de Valencia, Juan Carlos Siurana, en su libro *La sociedad ética. Indicadores para evaluar éticamente una sociedad*, se hace eco de lo que se denomina la “Nueva Genética”, disciplina que puede desarrollar técnicas capaces de modificar el material genético *in vitro* y su posterior reinserción a los organismos vivos.

Siurana (2009:320) reflexiona sobre la nueva genética y nos advierte de los peligros que puede desencadenar, tales como el desequilibrio ecológico, los enfermos sanos (personas sanas que saben que tienen predisposición genética a padecer alguna enfermedad), la mejora de sujetos, que los sondeos génicos en la población ejerzan un efecto coactivo, la discriminación por riesgo genético, la coacción a la población para ser sometidos al diagnóstico prenatal, los niños a la carta, trastornos psicológicos por un diagnóstico presintomático, y la clonación de seres humanos.

¹⁶⁷ A finales de los años 80, la prevalencia de talasemia, un desorden de la molécula hemoglobina dentro de los glóbulos rojos, ha disminuido en Europa y en los países mediterráneos (norte de África y Oriente Medio). El éxito de los programas de prevención en Chipre e Italia, por ejemplo, tuvieron como resultado que a mediados de los 80 hubiera una gran reducción del número de nacimientos afectados, llegando casi a cero en Chipre en 1986. Además, los pacientes con talasemia en estos países disfrutaban de una razonable calidad de vida y de asistencia sanitaria. Los grupos nacionales de talasemia tuvieron un papel importante al inicio para poner en práctica los programas de control, que combinaban prevención y asistencia médica. Pero tenían otro tema importante que abordar. ‘Los científicos habían perdido el interés en la talasemia, porque cada año había menos nacimientos de niños afectados en esos países. Se creía que gradualmente no habría pacientes que tratar,’ dice el Dr. Androulla Eleftheriou. ‘Tuvimos que buscar una forma de mejorar las vidas de nuestro hijos con talasemia. Esta es una de las razones por las que los grupos de pacientes de distintas partes del mundo se juntaron en 1986 para crear la Thalassaemia International Federation (TIF, Federación Internacional de Talasemia). Este artículo apareció previamente en el número de mayo de 2007 de nuestro boletín de noticias. Autor: Nathacha Appanah. Traductor: Conchi Casas Jorde. Recuperado de: <http://www.eurordis.org/es/content/thalassaemia-international-federation>.

Entre los argumentos contrarios a un desarrollo desmedido de la investigación genética, Siurana (2009:320) destaca dos: no “jugar a ser Dios”, que consiste en respetar la naturalidad de la vida tal como es; y la pendiente resbaladiza, que consiste en afirmar que si se permite la aplicación de la genética para curar enfermedades se terminará aplicando la técnica para mejorar la especie humana, desembocando en la eugenesia.

El peligro de la eugenesia, afirma Siurana (2009:230), reside en que puede generar una sociedad en la que sus habitantes se sientan presionados a someterse a todas las pruebas genéticas posibles para que sus descendientes no sean discriminados por tener una carga genética deficiente. Como consecuencia, esta sociedad buscaría por todos los medios la perfección genética, pero según el filósofo valenciano, esto no garantizaría ni una sociedad más justa ni más feliz. Además, añade Siurana (2009:230): «Si no atendemos a los débiles y los reconocemos como igualmente valiosos, la sociedad entrará en un proceso de competición tan grave que la vida en sociedad puede llegar a convertirse en la más inhumana de la historia.»

II.3.3.4.2.6.3. Conclusión sobre eugenesia.

Para concluir este apartado, consideramos que no se debe demonizar el término “eugenesia” por lo que ocurrió en la Alemania nazi o en otros países donde se llevaron a cabo prácticas activas en contra de la voluntad de los afectados, viéndose así vulnerados sus derechos más fundamentales. Obviamente, la humanidad debe castigar a los instigadores de aquellas aberraciones y evitar por todos los medios que vuelvan a repetirse capítulos tan denigrantes en nuestra historia. Sin embargo, existen otras formas de eugenesia que no atentan contra los derechos humanos, sino todo lo contrario, que se utilizan para evitar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de los mismos. Por lo tanto la eugenesia no es mala o buena como tal, en términos absolutos y universales, sino que dependerá de los usos que se haga de ella. Decir que la eugenesia es intrínsecamente mala, sería como afirmar que la filosofía es mala porque algunos filósofos colaboraron y sentaron las bases teóricas y políticas del nacionalsocialismo, o del estalinismo, y como consecuencia se produjeron los crímenes más horribles contra la humanidad.

En esta tesis doctoral nos posicionamos totalmente en contra y mostramos nuestro absoluto rechazo a cualquier forma de eugenesia que atente contra la dignidad y la integridad psíquica o física de cualquier ser humano, sea de la raza que sea y de la creencia religiosa que sea, sobre todo si se hace de forma oculta, malintencionada y sin consentimiento del sujeto o de sus tutores legales. Ahora bien, defendemos la eugenesia terapéutica que persiga el tratamiento preventivo de ciertas enfermedades hereditarias, que intente combatir las causas del sufrimiento y el dolor que asolan a la humanidad, por lo que proponemos que la eugenesia terapéutica forme parte de las políticas gubernamentales, que se integre dentro de los programas de medicina preventiva y en biomedicina, siempre bajo la atenta mirada de los comités de bioética y con el consentimiento expreso de los posibles afectados.

Pretender conseguir una especie humana sin sufrimientos, sin taras físicas o mentales, saludable e inteligente (sobre todo desde un punto de vista utilitarista) es lo mejor para la mayoría, además de suponer un importante ahorro en materia de salud pública. Pero como hay opiniones para todos los gustos, alguien podría alegar que una sociedad sana, sin enfermos o con un número muy escaso de ellos, provocaría un mayor gasto sanitario a las arcas del Estado porque habría un mayor número de ancianos, con los achaques propios de la edad, y en consecuencia lo mejor para la mayoría en ese caso, sería aumentar el gasto público en sanidad para atender a esos ancianos. Sin embargo, esta afirmación sería una falacia porque nadie puede asegurar con certeza que esos ancianos provocarían un incremento en el gasto sanitario, porque es muy posible que aquellos que han estado sanos en su juventud y han llevado una vida saludable, cuando sean mayores no padezcan enfermedades ni requieran cuidados especiales. Es muy probable que permanezcan sanos hasta el día de su muerte, y que esta les coja por sorpresa, por ejemplo de un infarto fulminante y letal, puesto que su corazón sigue latiendo con fuerza y sus constantes vitales son normales.

La idea de conseguir una “raza humana” perfecta estaría orientada a evitar enfermedades y sufrimientos. Sin embargo, nos deberíamos preguntar, ¿cuál es el precio que necesitamos pagar por alcanzar este estado utópico sin dolor? La respuesta a esta pregunta pasa por aceptar un sistema político basado en la máxima: "el fin justifica los medios". Sólo aplicando esta sentencia podría conseguirse ese

mundo idílico y utópico que muchos iluminados han imaginado. Ese sistema político tendría que utilizar una política de exterminio o esterilización de aquellos seres humanos que sufriesen alguna anomalía congénita, o alguna enfermedad contagiosa. Sólo con una política eugenésica podría conseguirse ese mundo, pero pagando un precio muy alto, el de muchas vidas humanas que quedarían en el camino.

Como bien hemos dicho antes, ciertas medidas eugenésicas estarían justificadas desde una perspectiva utilitarista y más concretamente, desde el Utilitarismo Negativo, que pone énfasis en la minimización del sufrimiento, restando importancia a la maximización de la felicidad, y dando prioridad a la eliminación de defectos que causan el sufrimiento actual, en vez de eliminar otros defectos o producir mejoras (Chadwick, 1987: 122).

II.3.3.4.2.7. Pruebas prenatales, diagnóstico prenatal y aborto selectivo: ¿una nueva forma de eugenesia?

Todas, o la gran mayoría de las personas estamos de acuerdo en algo: que en circunstancias normales, siempre deseamos lo mejor para nosotros mismos, para nuestros seres queridos, para nuestro pueblo o grupo social al que pertenezcamos, y en última instancia para todos los seres humanos. Dentro de esta forma de pensar, todos los padres quieren lo mejor para sus hijos: que nazcan sanos, fuertes e inteligentes, que crezcan de la mejor forma posible, que lleven una vida placentera, sin sufrimientos, y que mueran de forma natural, sin padecer dolor. Ese es el deseo de todos los padres del mundo, ningún padre desearía que su hijo o hija nazca con malformaciones genéticas, o con algún tipo de discapacidad que le ocasione dolor o infelicidad. Otra cosa es que una vez ha nacido lo acepten tal y como es y le muestren todo su amor y su cariño como padres que son.

Las pruebas prenatales sirven para identificar el estado del feto en el vientre de su madre. Algunas de estas pruebas son tests de evaluación y sólo muestran la posibilidad de que haya algún problema durante el embarazo; sin embargo, pueden identificar afecciones médicas que pueden pasar desapercibidas por no haber síntomas, como por ejemplo la preeclampsia (que suele darse en el 5% de las mujeres embarazadas después de 20 semanas de gestación; dichas mujeres suelen desarrollar

proteína en la orina e hipertensión arterial). Estas pruebas también nos indican si el feto puede presentar algún defecto, como por ejemplo síndrome de Down; si las pruebas manifiestan un elevado riesgo de presentar algún tipo de afección, entonces se procederá a realizar pruebas diagnósticas. Mediante el diagnóstico ya se podrá identificar con mayor certeza si existe algún problema o anomalía concreta.

El profesor de la Universidad de la Coruña, D. José Ramón Amor Pan, en un artículo publicado en la *Revista Síndrome de Down* en marzo de 2009 denunciaba la arbitrariedad de algunos profesionales de la salud a la hora de informar a los padres sobre el diagnóstico prenatal; es más, considera que muchos profesionales no informan, sino que incitan a la madre a abortar cuando el diagnóstico del feto es de Síndrome de Down, no dejando lugar a la libre elección de los progenitores. En este sentido afirma:

«En la actualidad, la principal finalidad real del diagnóstico prenatal está siendo comprobar si el nasciturus viene con alguna malformación para, en este caso, dar la opción de abortar a la gestante. Esto está llevando a la oferta del diagnóstico prenatal a prácticamente toda la población femenina embarazada, cuando antes sólo se ofrecía a aquellas gestantes que presentaban algún factor de riesgo. El resultado es una implacable eliminación de los fetos con síndrome de Down. Se lucha por los derechos de los animales y se le niega, al mismo tiempo, cobertura jurídica y moral al ser humano en su situación más débil y vulnerable. Como puede observarse, aborto, derecho a no nacer, eugenesia e infanticidio se entremezclan sin solución de continuidad. En el actual debate español sobre la ampliación del aborto, ya se han oído voces que plantean la supresión total de plazos para el aborto eugenésico, fijado en la actualidad en la semana 22 de gestación, con lo cual podría practicarse el aborto de un feto con síndrome de Down en cualquier momento (a los seis, siete u ocho meses); y todo porque lo contrario atenta contra la dignidad de la mujer embarazada: uno se pregunta en dónde queda la dignidad del ser humano abortado porque, fíjense bien, estamos hablando de seres humanos plenamente constituidos.» (Amor Pan, 2009: 16-25).

Las pruebas prenatales suelen realizarse durante todo el embarazo, una por trimestre, o con mayor frecuencia si se estima necesario y pueden identificar problemas de salud de la madre que pueden afectar a la salud de su hijo, como por ejemplo: enfermedades de transmisión sexual, diabetes gestacional, anemia, cáncer cervical, etc. En dichas pruebas también se pueden identificar características del feto como el tamaño, el sexo, su posición dentro del útero, y problemas de salud del

propio niño, tales como problemas genéticos, problemas del corazón, o anomalías fetales.

Gracias a los avances en investigación biomédica en general y a los métodos de diagnóstico prenatal en particular, hoy en día se pueden detectar la mayor parte de las enfermedades o desórdenes que puede presentar un feto, y algunos de ellos pueden ser tratados antes del parto con terapia intrauterina y otros inmediatamente después del nacimiento. En el Anexo II de este trabajo desarrollaremos todo lo concerniente al diagnóstico prenatal, es decir, al conjunto de técnicas, tanto invasivas como no invasivas, que nos permiten conocer la formación y desarrollo del feto mucho antes de su nacimiento. La pretensión del diagnóstico prenatal es detectar los posibles defectos congénitos o anomalías en el desarrollo morfológico, estructural, funcional o molecular presentes en un feto.

A continuación analizaremos las diferentes posiciones a favor y en contra del diagnóstico prenatal.

II.3.3.4.2.7.1. La cuestión india (Louhiala, 2004).

En la discusión india (Kusum, 1993) se presentan cinco argumentos para defender o justificar la práctica de diagnóstico prenatal en base únicamente a la determinación del sexo:

1º) El estatus o la situación actual de la mujer mejorará cuando su número disminuya.

2º) La práctica del diagnóstico prenatal ha sido defendida como una medida de planificación familiar.

3º) A las mujeres se les permitiría tomar la elección final sobre el destino de sus fetos porque ellas son titulares de un derecho general a decidir sobre sus embarazos. Ya que las mujeres poseen un derecho general a decidir sobre sus embarazos, elegir la interrupción en base al sexo del feto no sería significativa para nada.

4º) Prohibir o ilegalizar los análisis para determinar el sexo del feto extendería las prácticas que suponen un riesgo para la vida y la salud de las mujeres.

5º) La ley no sería un instrumento muy efectivo para cambiar las actitudes sociales de la gente.

Aunque presentado por Kusum (1993) como una defensa fuerte, este no es realmente un alegato para apoyar la práctica del diagnóstico prenatal, sino una declaración pragmática sobre la relación entre la ley y la práctica del diagnóstico prenatal.

II.3.3.4.2.7.1.1. *Argumentos contra la selección prenatal del sexo.*

El primero se basa en la desequilibrada proporción entre uno y otro sexo, que ya se ha denunciado en la India. El problema es que si sigue descendiendo la proporción de mujeres, se producirá un incremento de delitos como la violación y el incesto, y la carga reproductiva de las mujeres aumentará. Como ya se ha mencionado anteriormente, se ha especulado con lo contrario para defender la práctica de la selección de sexo antes del parto. Se podría haber especulado que el desequilibrio, en el futuro, llevaría a lo contrario, es decir a los abortos selectivos de fetos masculinos. Además, no es obvio que la proporción entre el número de varones y hembras tenga algún valor intrínseco (Louhiala, 2004: 98).

El segundo se refiere al peligro que supone para la salud de las mujeres que no pueden asumir los riesgos del ciclo repetido prueba-aborto-prueba. Pero, ¿cuál sería la alternativa? Se supone que una mujer que quede embarazada repetidas veces sin someterse a pruebas de riesgo para su salud tendrá más problemas de salud que una que elija hacerse las pruebas.

El tercero consiste en decir simplemente que va contra la ley. Este es un argumento válido sólo para aquellos que estén a favor de dicha ley.

Para concluir (Louhiala, 2004: 98), la mayoría de los argumentos presentados a favor o en contra de la práctica de la selección sexual mediante pruebas prenatales no son convincentes. El tercer argumento a favor de dicha práctica es un argumento fuerte: si el aborto es aceptado como un derecho general de las mujeres, entonces no hay buenas razones para pedir su justificación en los casos particulares. De hecho, en los países donde las niñas no son deseadas por razones culturales, los padres pueden aludir también al sufrimiento al que se enfrentarían sus hijas si llegan a sobrevivir. Si

nosotros en Occidente deseamos dar a los padres una autonomía amplia y suficiente para decidir sobre sus hijos, no podemos justificar nuestro rechazo a la selección de sexo en un país en desarrollo. Esto no quiere decir que la situación en India sea satisfactoria y que sea aceptable en ningún caso.

Lo que se pretende argumentar es que estaría suficientemente justificada una preocupación general sobre la posición de las mujeres, pero no lo estaría una preocupación aislada sobre la práctica de selección de sexo (Louhiala, 2004: 98).

II.3.3.4.2.7.2. Tres aproximaciones al problema de las pruebas prenatales: Beenson, Singer y Wilkinson.

Hasta aquí todo parece correcto. A simple vista las pruebas prenatales son buenas en sí mismas, en cuanto que nos dan información sobre el estado de salud de la madre y del feto; el problema surge cuando nos preguntamos sobre la finalidad de las mismas. Es entonces cuando empieza el debate ético, y nos preguntamos, ¿son las pruebas prenatales un medio para llevar a cabo una limpieza étnica, racial o ¿simplemente son un instrumento al servicio de una política mundial eugenésica orquestada por una mano negra? O quizás no son nada de eso, sino únicamente un instrumento al servicio de la humanidad para mejorar la calidad de vida de los seres humanos. Como veremos a continuación hay opiniones para todos los gustos.

II.3.3.4.2.7.2.1. Posición de Diane Beeson.

Diane Beeson es profesora emérita de Sociología y Servicios Sociales en la Universidad Estatal de California, Hayward. Siendo Jefa del Departamento de Sociología y Servicios Sociales, en el año 2000 publicó un artículo en la revista *Medical Ethics*, que llevaba por título *Social and ethical challenges of prenatal diagnosis*, donde explicaba cómo, en las últimas décadas, se ha venido transformando el proceso por el cual los nuevos miembros de la especie son admitidos a formar parte de la raza humana. Y ello debido a la diagnosis prenatal, que ha hecho posible los abortos selectivos sobre la base de un extenso rango de características que van aumentando paulatinamente, y que se ha establecido como

una práctica habitual en la mayor parte de los países del mundo. En EE.UU. este proceso ha hecho descender bruscamente el número de bebés nacidos con Tay-Sach¹⁶⁸, Síndrome de Down y defectos del tubo neural, entre otras enfermedades que pueden ser detectadas con las pruebas prenatales. En otros lugares, como por ejemplo la India o China, se ha reducido en millones los nacimientos de niñas, lo que ha alterado notablemente la relación entre sexos, con las repercusiones biológicas y sociales que ello conlleva.

Algunos padres consideran las pruebas prenatales como una solución milagrosa a ciertos riesgos innecesarios o inaceptables. Otras parejas jóvenes se encuentran ante una situación angustiada debido a las pruebas prenatales, lo que les sitúa ante un conflicto moral, sin estar preparados para ello y sin tener un adecuado apoyo que les conforte.

La proliferación de las pruebas prenatales y nuestra capacidad para detectar un rango de condiciones cada vez más amplio, incluyendo la susceptibilidad de trastornos de inicio tardío, nos llama a reflexionar sobre el conocimiento, consecuencias, y dirección de estos avances.

La amniocentesis, el primer procedimiento de test prenatal y el más utilizado en todo el mundo, puede revelar condiciones tales como trastornos cromosómicos (incluyendo el síndrome de Down y la trisomía 18), trastornos de un único gen (incluyendo la enfermedad de células falciformes¹⁶⁹ y la fibrosis quística),

¹⁶⁸ La enfermedad de Tay-Sachs es una enfermedad rara, también conocida como Herencia Autosómica Recesiva. Es una enfermedad potencialmente mortal del sistema nervioso que se transmite de padres a hijos. La enfermedad de Tay-Sachs ocurre cuando el cuerpo carece de la proteína hexosaminidasa A. Sin esta proteína, los gangliósidos, en particular los gangliósidos GM2, se acumulan en las células, especialmente las neuronas en el cerebro. La enfermedad de Tay-Sachs es causada por un gen defectuoso en el cromosoma 15. Cuando ambos padres portan el gen defectuoso para esta enfermedad, el hijo tiene un 25% de probabilidades de desarrollarla. El niño tiene que recibir dos copias del gen defectuoso, una de cada uno de los padres, para resultar enfermo. Si sólo uno de los padres le transmite dicho gen defectuoso, el niño se denomina portador y no se enfermará, pero tendrá el potencial de transmitirle la enfermedad a sus hijos. Cualquier persona puede ser portadora de la enfermedad de Tay-Sachs, pero la enfermedad es más común entre la población judía asquenazí. Aproximadamente 1 de cada 27 miembros de esta población porta el gen para esta enfermedad. Medlineplus (Un servicio de la Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU.) Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001417.htm>.

¹⁶⁹ Falciforme quiere decir en forma de hoz. Se trata de una enfermedad que consiste en que el cuerpo produce glóbulos rojos en forma de hoz, debido a una hemoglobina anormal falciforme. Las células falciformes son rígidas y pegajosas, lo que provoca la obstrucción de la circulación de la sangre por los vasos sanguíneos de las extremidades y los órganos. Dicha obstrucción puede causar dolor, infecciones graves y lesiones de órganos. La anemia de células falciformes es la forma más frecuente de la enfermedad de células falciformes. U.S. Department of Health & Human Services. National

y anormalidades bioquímicas (incluyendo aquellas asociadas a los defectos del tubo neural).

En la actualidad, con un simple análisis de sangre de una mujer embarazada se pueden detectar defectos en el tubo neural y un número creciente de otras condiciones en el desarrollo del feto. En embarazos que resultan de fertilización *in vitro*, las pruebas genéticas pueden ser realizadas antes de la implantación, pero no es un procedimiento que pueda ser usado en embarazos naturales.

A pesar de avances prometedores, para la mayoría de anormalidades fetales, la única intervención médica significativa es el aborto. Esto aproxima aún más si cabe la asociación entre diagnóstico prenatal, aborto selectivo y la tensión ocasionada en la incertidumbre, que está transformando el significado y la experiencia del embarazo y haciendo que se incremente la dificultad para evitar las cuestiones sociales y éticas que están implícitas en este proceso.

Según Beeson (2000: 1,2 y 8) el apoyo a la investigación prenatal, las pruebas y el uso concomitante del aborto selectivo tienen una amplia aceptación entre el público en general, particularmente entre aquellos más jóvenes, de raza blanca y con un nivel educativo más elevado. Este sector de la población considera las pruebas prenatales como una expresión de libertad reproductiva y de elección, y los posibles padres futuros pertenecientes a este sector creen que tienen la responsabilidad de no traer hijos discapacitados al mundo – ya sea por el bien del niño o por el bien de la sociedad.

La socióloga americana asevera que las pruebas prenatales se basan en la presunción de que la mayoría de los casos, en los que las anormalidades graves puedan ser detectadas, terminarán en abortos. Sin embargo, tales pruebas también previenen el aborto en algunos embarazos de alto riesgo no planeados, para tranquilizar a los futuros padres de que ciertas anormalidades están ausentes. Pocos defensores de las pruebas prenatales alientan o aprueban el aborto selectivo con la finalidad de seleccionar el sexo del feto o de evitar problemas genéticos menores, aunque no están de acuerdo con que el aborto sea restringido por estos factores. Algunos prefieren restricciones legales o protecciones y otros tan sólo la persuasión moral.

Heart, Lung, and Blood Institute. Disponible en: <http://www.nhlbi.nih.gov/health-spanish/health-topics/temas/sca/>

Beeson (2000) considera que la mayor parte de las objeciones contra el aborto selectivo se basan en la creencia de que todos los fetos humanos son personas portadoras de derechos, pero otros, miembros del colectivo pro-elección, favorables al aborto, están cada vez más inquietos también por estas prácticas. Ellos ven el aborto selectivo cada vez menos como una expresión de elección personal y más como una respuesta determinada socialmente para una situación en la que se carece de alternativas tales como asegurar el buen cuidado médico y el apoyo de la comunidad para niños con necesidades especiales. Los defensores del aborto señalan que mientras se propagan los servicios de diagnóstico prenatal, las políticas sociales limitan los recursos para niños y padres de niños con discapacidades. Entonces se utiliza la retórica de la autonomía individual para justificar la colocación de parejas embarazadas en la situación de tener que tomar decisiones difíciles.

En su artículo, Beeson (2000) continúa diciendo que la idea principal que se esconde tras la proliferación de la diagnóstico prenatal es que una vida con discapacidad no es digna de ser vivida y es, básicamente, una fuente de sufrimiento. Más aún, la evidencia sugiere que aquellos con anomalías congénitas y discapacidades ven estas como la condición normal de sus vidas, percibiéndose ellos mismos como sanos. De hecho, aquellos con discapacidades, a menudo, consiguen los mismos niveles de satisfacción en sus vidas que las personas no discapacitadas. La mayor parte del sufrimiento que experimentan viene dado por la soledad, impuesta por el inadecuado entorno social, lo que dificulta su adaptación y acentúa su discapacidad, lo cual hace que sea la característica más relevante, o la única, de la persona.¹⁷⁰

La socióloga americana afirma que es peligroso hacer presunciones que devalúen las vidas de los discapacitados teniendo en cuenta que más de 50 millones de personas en los Estados Unidos tienen algún tipo de discapacidad, y muchos de nosotros llegaremos a estar imposibilitados durante una parte importante de nuestras vidas. Los críticos al aborto selectivo argumentan que las actitudes negativas hacia aquellos con discapacidades se basan principalmente en el miedo, son perjudiciales y son reacias a cambiar o incluso examinar las medidas discriminatorias sociales. Por otra parte considera que hay una tendencia al alza a reducir a los individuos a su

¹⁷⁰ Asch A. *Prenatal diagnosis and selective abortion: a challenge to practice and policy*. Am J Public Health 1999; 89 (11): 1649–57, Citado por Beeson (2000).

discapacidad, sobre todo entre aquellos profesionales de la salud que se ocupan de los cuidados de los discapacitados. Además, el retraso mental es considerado como un estigma, sobre todo para una mayoría de la población con un nivel de estudios más elevado, particularmente en Estados Unidos. Dichas actitudes difieren notablemente, no sólo de aquellas de los individuos discapacitados, sino también de la respuesta de sus familiares. Es mucho más probable que rechacen la idea de la realización de pruebas prenatales y del aborto selectivo los padres de hijos con discapacidades severas que los padres que carecen de dicha experiencia.

Beeson (2000) piensa que nuestros miedos y prejuicios limitan nuestro entendimiento de la experiencia íntima de la discapacidad, y tienen un mayor impacto en nuestra capacidad para aconsejar a otros o para decidir éticamente si es mejor que cierta gente no llegue a nacer nunca. Dar consejos sobre genética es considerado normalmente como algo “imparcial” y “no directivo”. Sin embargo, Lippman y Wilfond han mostrado que “antes del nacimiento” la información presentada en las pruebas obstétricas presenta una perspectiva diferente con respecto al síndrome de Down que la información presentada por los pediatras “después de nacer”. El primero es muy negativo, mientras que el último tiende a ser más positivo¹⁷¹. Desde la perspectiva de los derechos de los discapacitados se lanza un poderoso mensaje de que con las pruebas prenatales para detectar anomalías fetales se busca eliminar futuras personas con discapacidades, no logra reconocer el valor social de las futuras personas con discapacidad, y transmite una devaluación de aquellos que viven ahora con discapacidad. La activista de los derechos de los discapacitados Marsha Saxton argumenta que el problema más serio que se plantea puede ser la pérdida de la experiencia más profunda de nuestra humanidad que viene de enfrentar, en vez de intentar evitar, nuestra vulnerabilidad humana¹⁷².

Muchas mujeres prefieren no exponer sus embarazos a pruebas generales incluso siendo menor el riesgo, y no consideran el aborto selectivo como una posibilidad. Una investigación reciente, sin embargo, indica que muchos de estos procedimientos han llegado a ser tan rutinarios y habituales que, con frecuencia, las

¹⁷¹ Lippman A, Wilfond BS. *Twice-told tales: stories about genetic disorders*. Am J Hum Genet 1992; 51(4): 936–7. Citado por Beeson (2000).

¹⁷² Saxton M. Prenatal Screening and Discriminatory Attitudes About Disability in Embryos, Ethics and Women’s Rights: Exploring the New Reproductive Technologies. Baruch EH, et al (eds). Haworth Press, New York 1988:217–224. Citado por Beeson (2000).

mujeres sienten que la elección para someterse a estas pruebas no es completamente voluntaria. A estas mujeres les resulta difícil rehusar la prueba cuando se les ofrece porque la aceptación parece ser la única opción sancionada por la ciencia médica¹⁷³. No es sorprendente que la investigación sugiera que las mujeres que declinan la prueba sean más propensas a ser culpadas por los profesionales sanitarios y grupos laicos por la discapacidad de su hijo¹⁷⁴.

Las mujeres que eligen el diagnóstico prenatal y el aborto selectivo están respondiendo inevitablemente al contexto social en el que tanto el cuidado médico como el apoyo social para todos los niños son reconocidos como problemáticos en el mejor de los casos, y en el que aquellos con discapacidades no son suficientemente valorados. Para que estas mujeres puedan tener opciones significativas, primero necesitamos conocer que su decisión de considerar el aborto selectivo refleja, no sólo cualidades inherentes del feto, sino también condiciones sociales.

Evitar la imperfección humana para eliminar personas potenciales basándose en sus fenotipos o genotipos es una estrategia que desemboca en dilemas cada vez más difíciles, particularmente si extendemos el rango de condiciones genéticas que podemos identificar. En consecuencia se pregunta Beeson (2000): ¿eliminaremos fetos susceptibles de padecer cáncer de mama o enfermedades del corazón?, ¿y enfermos de alzheimer?, ¿cuántos años de buena salud son necesarios para justificar la existencia de alguien? ¿En qué momento vamos a abordar el hecho de que no son los genes, sino la pobreza, la mala nutrición y la ausencia de cuidado prenatal lo que causa la gran mayoría de enfermedades y discapacidades? Al concentrar tantos recursos en la eliminación de personas potenciales con discapacidad, vamos a la deriva hacia un resurgimiento de la eugenesia que difiere sólo superficialmente de los primeros modelos. En el proceso, estamos distorsionando seriamente el propósito histórico de la medicina como curación. Estamos creando una sociedad en la que la discapacidad está llegando a ser cada vez más estigmatizada, con el resultado de que la imperfección humana de todos los

¹⁷³ Browner CH, et al. Ethnicity, bioethics, and prenatal diagnosis: the amniocentesis decisions of Mexican-origin women and their partners. *Am J Public Health* 1999; 89 (11):1665. Citado por Beeson (2000).

¹⁷⁴ Marteau TM, Drake H. Attributions for disability: the influence of genetic screening. *Soc Sci Med* 1995 Apr;40 (8):1127–32. Citado por Beeson (2000).

niños está llegando a ser menos tolerada y menos aceptada como una variación humana normal.

Finalmente, Beeson (2000) se pregunta ¿a dónde nos lleva a nosotros y a los profesionales de la medicina esta rápida proliferación de las pruebas prenatales para un aumento de la variedad de rasgos o características?, en particular debemos cuestionar a las políticas sociales que las dictaminan y a los futuros padres que sirven como porteros, a las puertas de la vida.

II.3.3.4.2.7.2.2. *Posición de Peter Singer.*

En un artículo publicado por Peter Singer (2002: 19-40), titulado *De compras por el supermercado genético*, el filósofo australiano se pregunta de forma retórica y quizás un tanto irónica si estaremos eliminando una cultura, la de los sordos, cuando tratamos de evitar que nazcan niños con esa discapacidad; si el aborto terapéutico, significa que, por ejemplo, creemos que las vidas de los afectados por síndrome de Down son vidas de menor valor que las vidas «normales»; o si se permitiera la manipulación genética de los embriones, ¿sería poco ético encargar hijos guapos y altos? En este artículo, Singer no ofrece respuestas a estas preguntas, pero sí que plantea los términos para dar cuenta de ellas y se percata de lo difícil que es dar una respuesta concluyente a las mismas.

La idea de supermercado genético no es original de Singer, sino que éste la extrae de una reflexión de Nozick sobre cuestiones de ingeniería genética, según la cual:

«Muchos biólogos tienden a pensar que el problema es de diseño, de especificar los mejores tipos de personas de manera que los biólogos puedan proceder a producirlos. De esta manera se preocupan de qué tipo(s) de persona(s) hay que hacer y quién controlará este proceso. No tienden a pensar, quizás porque disminuye la importancia de su papel, en un sistema en el cual manejan un «supermercado genético» que satisfaga las especificaciones materiales (dentro de ciertos límites morales), de padres en potencia... Este sistema de supermercado tiene la gran virtud de que no presupone ninguna decisión centralizada que fije el (los) tipo(s) humano(s) futuro(s).» (Nozick, 1974: 315n y 1988: 302-303n).

Partiendo de la reflexión de Nozick, Singer utiliza la idea de supermercado genético y reflexiona sobre ella, haciendo referencia a otro fenómeno más moderno, quizás a la concretización de la idea de Nozick, llevada a la realidad. Se trata de un portal de Internet creado por Ron Harris, que lleva por título Ron's Angels (los ángeles de Ron), y según aparece en el artículo de Singer, se puede leer: «Bienvenido a ronsangels.com; la única página web que le proporciona la oportunidad única de pujar por ovarios de mujeres bellas, saludables e inteligentes» (www.ronsangels.com) actualmente, puede leerse en la página principal: «donaciones de óvulos de supermodelos».

La proliferación de estas empresas ha crecido exponencialmente con la ayuda de internet; hoy en día son muchas las páginas norteamericanas que se pueden encontrar y que ofrecen todo tipo de detalles, incluso fotos y características de las candidatas: si bebe, si fuma, su estatura, su peso, la nacionalidad de sus padres y abuelos, sus estudios, su religión, su orientación sexual, si cree en los milagros, si cree en la magia, etc. Una de las páginas web más interesantes es la de “Donación de Óvulos, Inc.”: www.eggdonor.com; donde hay un espacio para donantes y otro para receptoras de óvulos; se anuncia que tienen más de 1000 donantes excepcionales y diversas disponibles en cualquier lugar; se puede consultar su base de datos con fotos, color del pelo, color de los ojos, peso y edad de las chicas en <https://www.eggdonor.com/egg-donor-database/>; para poder acceder a toda la información hay que registrarse. Además, se jacta de ser el programa más grande y antiguo (desde 1989) del mundo; ofrecen un programa sofisticado que incluye la coordinación de todos los servicios psicológicos, legales, médicos, financieros y de viajes. Han ayudado a más de 14.000 familias de 35 países, incluyendo celebridades, familias monoparentales y parejas del mismo sexo. Se ofrece máxima confidencialidad para los beneficiarios. Se podría decir que lo que era ciencia ficción ya es una realidad.

Hoy en día, sólo en EE.UU, existen más de 500 empresas dedicadas a la selección de óvulos, lo cual es un indicativo del gran negocio del supermercado genético que se ha convertido en una realidad. Por poner un ejemplo, en la Universidad de Harvard se publicó el anuncio de una pareja de San Diego que

ofrecía 50 mil dólares por los óvulos de una chica universitaria y en unos pocos días se presentaron a las pruebas más de 30 estudiantes.

Después de exponer el caso de Ron's Angels, Singer presenta tres ejemplos "extremos" de grupos de personas o comunidades afectadas por una discapacidad que no la consideran como tal y prefieren padecerla por su pertenencia al grupo o comunidad antes que ser "despojados" de dicha discapacidad, estos son los sordos, los enanos y los afectados por el síndrome de Down.

A partir de aquí, Singer comienza hablando de una técnica que ya existe y que tiene como resultado cambiar la naturaleza del niño. Esta técnica lleva por nombre implante coclear; este implante no restituye la audición normal, sino que transforma las palabras y otros sonidos en impulsos eléctricos y los transmite a las fibras nerviosas de la audición del oído interno. El implante no tiene mucho éxito si se realiza en una edad tardía en los sordos de nacimiento, pero si se implanta en niños menores de tres años les es posible aprender a "escuchar" las palabras, como si oyeran de verdad. A los primeros científicos que desarrollaron dichos implantes les pareció algo bueno para la humanidad que sería bien acogido por los sordos, y sobre todo por los padres de niños con sordera congénita. Sin embargo, hubo una parte de esa comunidad a los que no les pareció nada bueno, según se puede desprender del razonamiento expuesto en el siguiente comunicado que reproduce Singer (2002: 21):

«El genocidio de la cultura de los sordos:

Hecho: La ley dice que genocidio es la destrucción de un grupo étnico.

Hecho: La ley dice que un grupo étnico es «un conjunto de individuos cuya identidad se puede distinguir y diferenciar en términos de una tradición cultural común o de una herencia cultural común».

Hecho: Los sordos son «un conjunto de individuos cuya identidad se puede distinguir y diferenciar en términos de una tradición cultural común o de una herencia cultural común».

— El implante coclear es un intento de eliminar el rasgo de la Sordera.

— Eliminar el rasgo de la Sordera destruirá «un conjunto de individuos cuya identidad se puede distinguir y diferenciar en términos de una tradición cultural común o de una herencia cultural común» (este «conjunto» de individuos desaparecerá).

— Luego el implante coclear es un genocidio»

Alden, B. (2002). Becoming Hearing. Disponible en <http://hometown.aol.com/scarter11/gdc.htm>

Singer considera que esta forma de pensar, aunque es extrema, no es extraña; un número considerable de padres de niños sordos se niegan a que se les pongan los implantes a sus hijos, ya que, según ellos, de esa forma serán discriminados, excluidos de la comunidad y cultura de los Sordos (con mayúscula). Ser Sordo es como ser francés o judío, es pertenecer a una comunidad con lengua y cultura propias y muchos sordos se sienten orgullosos de serlo y de pertenecer a dicha comunidad, como el patriota americano se siente orgulloso de su país y de su bandera. Singer pone un ejemplo sacado de *The Guardian*:

«- Si alguien le diera una pastilla que le hiciera oír, ¿la tomaría?
- De ningún modo. Yo quiero ser sordo» (Sally Weale, 1999: 10).

A continuación Singer expone en su artículo otros dos ejemplos de seres humanos que pertenecen a otros “colectivos” y que podrían sentirse cómodos como miembros pertenecientes a esas comunidades, y no querer renunciar a su condición: uno sería el de los que padecen acondroplasia o enanismo y otro el de los que padecen síndrome de Down.

Contra aquellos que piensan que no se debe hacer nada para evitar estas discapacidades (sordera, enanismo, mongolismo, etc.) puesto que las personas que las tienen pueden vivir una vida plena de satisfacciones y felicidad, o porque en la lotería de la vida les ha tocado a ellos ser diferentes, Singer responde que los consejos o advertencias que hacen los gobiernos desde sus políticas estatales sanitarias no van en contra de los discapacitados que ya existen, sino que pretenden evitar en el futuro posibles discapacidades de este tipo, ya sea por culpa de un accidente laboral o de tráfico, o bien por negligencias de la madre durante el embarazo, tales como consumo de drogas, alcohol o tabaco.

Creemos que las advertencias que hacen las autoridades sanitarias para que las mujeres embarazadas no tomen sustancias tóxicas que pueden provocar malformaciones en el feto no son malas, ni van en contra de los que nacen con malformaciones, ni tampoco se trata de una política eugenésica auspiciada por grupos nazis. Precisamente, dichas advertencias son buenas y van a favor tanto de la madre como del futuro hijo. Lo mismo ocurre con las advertencias de la Dirección General de Tráfico sobre el uso del casco en los motoristas, o del cinturón de

seguridad, respetar las señales de tráfico, los límites de velocidad, etc... no va en contra de aquellos que han sufrido un accidente de tráfico y han perdido las dos piernas, que van en silla de ruedas, o sufren secuelas importantes, sino que van a favor de las personas en general; la intención de dichas advertencias es la de evitar que se produzcan accidentes y en consecuencia, evitar que muchas personas encuentren la muerte o sufran discapacidades.

En su artículo, afirma Singer (2002: 22) que el 90% de las mujeres estadounidenses y británicas abortarían si el diagnóstico prenatal revelase que están embarazadas de un niño con síndrome de Down. Por el contrario, también hay gente que describe a estos niños como estrellas en un mundo cada vez más materialista, como niños mágicos capaces de amar incondicionalmente. Al hilo de esto, un padre ha llegado a afirmar que:

«Aquellos de nosotros con un hijo con síndrome de Down... desearíamos que todos nuestros hijos tuvieran este extraordinario síndrome que anula la rabia y la malicia, reemplazándolas por el buen talante, la atención y la dedicación a los amigos y la familia»¹⁷⁵.

En esta misma línea de argumentación, Singer (2002: 22) señala que Diane Beeson se opone a las prácticas actuales de diagnóstico prenatal basándose en la suposición de que la finalidad de dicho diagnóstico es impedir que los fetos con malformaciones congénitas lleguen a ver la luz porque sus vidas no merecen la pena ser vividas; y por ello lo que se pretende es eliminar a futuras personas discapacitadas, no reconocer los valores sociales de las futuras personas discapacitadas y supone una devaluación de aquellos que actualmente viven con una discapacidad. Para Beeson, lo que se esconde tras de ello es un renacimiento de la eugenesia que difiere sólo superficialmente de sus primeros planteamientos. Según Beeson se está creando una sociedad en la que la discapacidad está cada vez más estigmatizada y menos tolerada.

¹⁷⁵ Bradley, A. (septiembre 1995) Why shouldn't women abort disabled fetuses? en *Living Marxism*, núm. 82. Disponible en http://web.archive.org/web/20000304075900/www.informinc.co.uk/LM/LM82/LM82_Taboos.html. En este artículo, Ann Bradley responde a quienes piden que las mujeres deberían dar a luz a sus fetos con Síndrome de Down.

Singer se muestra totalmente contrario a la posición de Beeson, ya que entiende que tanto si Beeson habla de la eugenesia practicada por los nazis, como si habla de la practicada en EE.UU. en la primera mitad del siglo XX, ni una ni otra se asemeja lo más mínimo a lo que está ocurriendo en la actualidad, es decir, no se puede comparar el análisis prenatal y el aborto selectivo, totalmente voluntario y consensuado, con una política coercitiva estatal, mediante la cual se obligaba a eliminar a aquellos seres humanos “no aptos”, ya fuera mediante esterilización, inyección letal o en hornos crematorios.

Con respecto al tema de la igualdad *versus* diversidad, Singer se plantea varios interrogantes: si hay gente que se opone al diagnóstico prenatal y al aborto selectivo amparándose en las políticas de igualdad y diversidad, llegando a cuestionarse si es mejor no tener una discapacidad que tenerla, o si damos un valor especial a la diversidad, ¿significaría esto que deberíamos oponernos a cualquier medida que pudiera debilitar la cultura de los Sordos, reducir el número de personas que nacen con Síndrome de Down, o con acondroplasia?, ¿deberíamos detener el uso de fondos públicos para el diagnóstico prenatal o para los implantes cocleares?

Para juzgar las críticas al diagnóstico prenatal, dice Singer (2002: 23) que será útil reparar por un momento en dos cuestiones relacionadas:

Primero: ¿cuán importante es para la mayoría de los padres proporcionar a su hijo el mejor comienzo posible en la vida?

La respuesta a esta pregunta parece obvia; sin embargo, Singer ofrece una justificación; dice que la mayoría de los padres consideran muy importante dar el mejor comienzo de vida a sus hijos. Ese instinto o deseo es lo que hace que una mujer embarazada deje de fumar y beber durante el embarazo, que se vendan millones de libros sobre embarazo y crianza de los hijos, es lo que lleva a las parejas a mudarse a lugares donde hay mejores colegios y mejores condiciones ambientales, sanitarias, sociales para el desarrollo de sus hijos, aunque ello suponga tener que renunciar a un puesto de trabajo, gastar más dinero y más tiempo en desplazarse hasta su lugar de trabajo, es lo que estimula el ahorro para comprarse un coche más grande, o para que el niño pueda asistir a un buen colegio o universidad.

Segundo: ¿cuán importante ha de ser la razón que una mujer necesita para considerar que está justificado poner fin a su embarazo?

Singer justifica esta segunda cuestión respondiendo que el aborto está justificado en EE.UU. desde 1973 con el caso *Roe vs. Wade*; según la sentencia promulgada, una mujer puede poner fin a su embarazo por cualquier razón dentro del primer o segundo trimestre, o al menos antes de que el feto sea viable.

Por otra parte, y como ya ha argumentado Peter Singer en otras obras suyas¹⁷⁶ él considera que un feto no tiene derecho a la vida, y por lo tanto está siempre justificada la interrupción voluntaria del embarazo.

Una vez que ha justificado estas dos cuestiones y, según él, ha demostrado que ni el implante coclear ni el diagnóstico prenatal son instrumentos propios de una política eugenésica o genocida, Singer añade un principio para acallar las bocas de aquellos que consideran que estas prácticas pueden ser malas o estar equivocadas; dicho principio lo denomina Principio Preventivo y lo formula en los siguientes términos:

«Para cualquier condición X, si fuera una forma de maltrato infantil por parte de los padres infligir X a sus hijos poco después de su nacimiento, entonces en igualdad de condiciones debe, por lo menos, estar permitido tomar medidas para prevenir que un hijo tenga tal condición.» Singer, P. (2002: 29).

Singer considera este principio como un precepto que podría poner de acuerdo a mucha gente, independientemente de sus convicciones morales, y para ello exigiría rechazar la opinión de que algo sea correcto únicamente por ser resultado de una lotería genética. Singer deja a un lado, por no tener evidencia que la sostenga, la teoría de aquellos que piensan que la genética no es una lotería, sino el trabajo de la divina Providencia, si éste fuera el caso, entonces sería un error interferir en el orden natural de las cosas. Al rechazar el principio de la divina Providencia no encuentra barrera moral o cortapisa alguna que impida que el principio preventivo sea más meritorio.

De este modo, Singer se asegura de que, por *mor* del principio preventivo, sea correcto hacer todo lo posible para evitar que un hijo sufra por una enfermedad o una discapacidad que podría haberse evitado. Además, el filósofo australiano no cree que haya suficientes fundamentos para concluir que un supermercado genético

¹⁷⁶ *Practical Ethics*, Cambridge University Press, 1993, cap. 5 [*Ética práctica*, Cambridge University Press, 1995, cap. 5]., y posteriormente en *Desacralizar la vida humana* (2003) cap. 13.

podiera perjudicar a los que eligen comprar en él o a aquellos que fueran creados a partir de los materiales que allí se venden.

Al preguntarse por cuál debería ser nuestra reacción ante el panorama que se vislumbra tras los Ángeles de Ron, es decir, ante la realidad actual del supermercado genético, Singer considera dos opciones:

1) Detener la investigación prenatal por suponer que vamos hacia un futuro donde no se amaría a los niños por lo que son, sino que se conciben bajo pedido y se quieren según sus características o especificaciones técnicas, como si de una mercancía se tratase. El filósofo australiano descarta esta primera opción por considerar que va contra lo que la mayoría considera que es un gran adelanto.

2) Pensar que el futuro no es una pesadilla, sino que consistirá en una sociedad mejor que la que tenemos en la actualidad, con una población más sana, más inteligente, más alta, más guapa y, posiblemente, más ética.

Si se parte de la presunción optimista de que los padres siempre procurarán seleccionar únicamente los genes que sean más beneficiosos para sus hijos, Singer (2002: 36-38) considera en su escrito que existen tres ámbitos desde los que se pudiera pensar que ello pudiera suponer consecuencias sociales adversas:

1º) Algunos rasgos que se quieren asegurar para los hijos serían beneficiosos para ellos sólo en términos comparativos y no absolutos.

2º) Hay un temor al hecho de que supondría una menor diversidad entre los seres humanos. Sin embargo, no toda la diversidad es buena, hay personas portadoras de graves enfermedades genéticas, en cuyo caso no sería buena la diversidad; si se pudiera eliminar el gen que produce ciertas enfermedades sería un logro muy positivo para la humanidad.

3º) La amenaza al ideal de la igualdad de oportunidades. Es cierto que si el supermercado genético no es auspiciado por el Estado con fondos públicos, sino que estuviera en manos privadas, serían los más ricos los que podrían beneficiarse de las ofertas de dicho supermercado, es decir, que los hijos de los ricos serán más inteligentes, más fuertes y más guapos que los hijos de los pobres, haciendo cada vez más grande la brecha abierta entre pobres y ricos, incluso como han especulado

algunos escritores¹⁷⁷, podrían llegar a existir en un futuro dos razas humanas, una superior, más sana, más fuerte, más inteligente, y otra que fuera todo lo contrario, y sirviera de esclava a la otra.

Singer (2002: 40) concluye su artículo haciendo una defensa de la intervención del Estado en la promoción de la mejora genética y justifica su conclusión por el mero hecho de que ello es preferible a la alternativa más probable: dejar la mejora genética al mercado libre.

Desde que Singer escribiera este artículo, han pasado 12 años, y el supermercado genético se ha convertido en una realidad, sobre todo en algunos países más liberales como por ejemplo Estados Unidos, donde hay una gran cantidad de empresas dedicadas a la oferta y demanda, no sólo de óvulos como decía Singer, sino también de espermatozoides, un ejemplo de ello es el criobanco de California: <https://www.cryobank.com/Search?listview=0#>; o su versión en español: <http://www.criobanco.com/>; que ofrece todo tipo de servicios tanto para donantes como para receptores, incluso ofrece la posibilidad de almacenar el semen durante más de 10 años en unos almacenes especiales destinados a tal fin. En esta página web, se ofrece una orientación a la hora de elegir un donante de espermatozoides; para ello se debe seleccionar el historial médico, la altura, el origen étnico, su *Grade Point Average* (o promedio de notas), su foto de niñez, también se puede tener acceso a un examen de personalidad de los donantes, denominado clasificador de temperamento Keirsey. La persona o personas que solicitan los servicios de dicho criobanco, pueden elegir entre miles de donantes, según sus características. En su página web se pueden ir seleccionando paso a paso características tales como el color del pelo, de los ojos, la estatura, el peso, el origen étnico, la religión que profesa, sus ancestros, el tipo de sangre, su nivel de estudios, y así se va reduciendo la búsqueda, hasta encontrar el espécimen que se está buscando; por poner un ejemplo, podríamos encontrar en menos de un minuto, un donante de semen que haya estudiado un postgrado en filosofía, que tenga un temperamento agradable, que le encante cocinar, con grupo sanguíneo A+, que tenga pelo rubio y los ojos azules, y además de todo esto podemos ver sus fotos de niño para saber cómo sería aproximadamente nuestro hijo.

¹⁷⁷ En la novela de ficción *Un mundo feliz* (1932), Aldous Huxley hablaba de cinco castas o clases jerarquizadas: los alfas, los betas, los gammas, los deltas y los epsilon.

Obviamente, el supermercado genético es una realidad, aunque más que un supermercado yo lo llamaría un restaurante a la carta, donde podemos elegir no sólo los ingredientes, sino cómo nos gustaría comerlos, la carne más hecha, al punto, a la brasa, al horno, con guarnición de verduras, con puré de patatas, podemos incluso ver en la carta los platos ya cocinados y hacernos una idea de cómo serán. Tan sólo hay que echar un vistazo en internet para darse cuenta, y no creemos que sea nada malo, al contrario, es positivo para la humanidad en general, siempre y cuando exista una legislación al respecto y esté supervisado por un comité de bioética que asesore a los legisladores en cada Estado o nación.

II.3.3.4.2.7.2.3. *Posición de Dominic Wilkinson (La máquina Carmentis).*

En su libro *Death or Disability*, Wilkinson (2013) propone un experimento mental inspirado en la diosa romana del parto ‘Carmenta’¹⁷⁸, a la que acudían los progenitores de la Antigua Roma para conocer cómo serían sus hijos en el futuro. Dicho experimento consiste en suponer que existe en la actualidad una máquina capaz de predecir con exactitud y sin margen de error el futuro de un bebé, y por ende, conocer si se desarrollará de forma normal o con algún tipo de enfermedad o discapacidad, e incluso si tendrá una vida digna y de calidad en el futuro. De tal forma que dicho diagnóstico pueda ser utilizado en aras de tomar una decisión sobre si mantener o suspender el tratamiento de sustento vital a un neonato gravemente enfermo.

En la actualidad, las decisiones de los padres y del personal sanitario en lo concerniente a mantener o suprimir el tratamiento de soporte vital a un neonato

¹⁷⁸ En la mitología romana, Carmenta era la diosa del parto y la profecía, asociada con la innovación tecnológica y con la protección de las madres y los niños, además fue patrona de las matronas. Se decía también de ella que había inventado el alfabeto latino. Su nombre deriva de *carmen*, que significa palabra mágica, oráculo o canción, y que es también la raíz de la palabra encanto. Su verdadero nombre era Nicostrata, pero se lo cambiaron más tarde los italianos. Era la madre de Evandro y junto con otros seguidores fundaron la ciudad de Pallantium, que más tarde fue uno de los lugares que dieron origen a Roma. Carmenta era una de las *Camēnae* o Camenas que eran las náyades que habitaban en los manantiales, pozos y fuentes cerca de Porta Capena en Roma. Estas ninfas acuáticas eran sabias y a veces hacían profecías sobre el futuro. El guía de su culto era llamado *flamen carmentalis*. Estaba prohibido llevar ropa de cuero u otras formas de pieles muertas en su templo, que estaba cerca de la Porta Carmentalis en Roma. Su festival, llamado Carmentalia, era celebrado originalmente por mujeres el 11 y el 15 de enero. <http://es.wikipedia.org/wiki/Carmenta>.

enfermo con grave discapacidad, se basan en gran medida en la predicción de futuros resultados neurológicos y se tiene muy en cuenta el grado de calidad de vida que pueda tener el niño en el futuro a la hora de limitar los tratamientos. Por supuesto, en esa predicción hay un grado de incertidumbre bastante elevado, y se trabaja para reducir la incertidumbre o el error a la hora de predecir el futuro de los bebés enfermos.

Al comienzo de su obra, Wilkinson (2013) habla de la infalible máquina Carmentis, que es capaz de emitir pronósticos sin los fallos que hoy en día tienen las pruebas neurológicas¹⁷⁹. En la actualidad, en las unidades de cuidados intensivos de neonatología se tienen en cuenta cuatro factores a la hora de tomar la decisión de mantener o retirar el sustento vital a los neonatos con graves enfermedades. Dichos factores son: la esperanza de vida, la calidad de vida, el deseo del paciente (o en este caso de sus padres o familiares más cercanos) y la utilización de los recursos. También trata el autor en esta primera parte sobre el concepto de muerte y dolor en la antigüedad, el abandono de recién nacidos y el infanticidio en la Roma antigua, así como del destino, la discapacidad, o sobre los conflictos de intereses y el mejor interés del niño y de sus familiares.

¹⁷⁹ Evaluación neurológica del neonato, entendida esta como una evaluación funcional que permite conocer la competencia neurológica, así como establecer la integridad y madurez del sistema nervioso del recién nacido menor de 44 semanas postmenstruales.

En el momento actual, la disponibilidad de ultrasonografía en los Servicios de Neonatología y la generalización de estudios de resonancia magnética en los pacientes neonatales, han facilitado diagnósticos precisos que eran impensables hace años.

Las dificultades que los pediatras, y también los neonatólogos, encuentran en la evaluación neurológica del recién nacido se deben probablemente a las siguientes razones: en primer lugar, a las dificultades inherentes que conlleva un examen funcional en un ser en continuo y rápido cambio madurativo, lo que determina un comportamiento y una capacidad funcional cambiante de acuerdo a su edad gestacional o postmenstrual, que difieren marcadamente de las observadas en cualquier otro periodo de la niñez. En segundo término, la valoración neurológica del neonato, a diferencia de la de los niños y adultos, tiene una historia relativamente corta; los paradigmas de cómo opera su sistema nervioso han cambiado drásticamente en tiempos recientes; de hecho la valoración neurológica clínica no ha dejado de recibir aportaciones esenciales en los últimos 30 años.

Al igual que en cualquier otro periodo de la vida, el diagnóstico neurológico es un proceso deductivo que precisa de la síntesis y correlación de los datos obtenidos de la historia clínica, la exploración física, el examen neurológico, y finalmente de las pruebas complementarias pertinentes.

La exigencia por parte de las familias para conocer el devenir de un hijo que ha sufrido una agresión en el sistema nervioso es alta y cada vez mayor. Se plantean en la práctica diaria situaciones complicadas y tomas de decisión difíciles a nivel de los médicos que atienden al neonato y, en ocasiones, de los comités de ética, pues no disponemos de una certeza absoluta para confirmar el grado de secuelas o la normalidad del cerebro del neonato, y urgen soluciones. García-Alix y Quero (2010: 2-3).

En la segunda parte del libro se describen los errores de los pronósticos neurológicos en la actualidad y de los causantes de esa incertidumbre en el pronóstico¹⁸⁰; también trata sobre la calidad de vida de los niños discapacitados y los intereses de los familiares más cercanos, así como de los recursos sanitarios y las políticas sobre el mantenimiento, o no, del tratamiento en cuidados intensivos neonatales y en pediatría. Asimismo, Wilkinson (2013) defiende el importante rol de los padres en la toma de decisiones, pero también clarifica los límites de ese rol. Además, trata el tema de la predicción y la discapacidad en Roma, las fuentes de incertidumbre – investigación pronóstico - y sobre la gestión de la incertidumbre. En un apartado de esta segunda parte, Wilkinson (2013: 261) quiere dar un primer paso hacia la elaboración de un marco¹⁸¹ de actuación para facilitar la toma de decisiones

¹⁸⁰ Recomendaciones para mejorar la investigación sobre el pronóstico, Wilkinson (2013: 195):

Los estudios de pronóstico para niños gravemente enfermos necesitan ser lo suficientemente amplios para evaluar las diferencias entre grupos. Además deberían ser prospectivos en vez de retrospectivos, es decir que se harían con vistas al futuro.

Dichos estudios medirían múltiples pronósticos y diferentes factores para que estos puedan ser comparados o combinados.

Con el propósito de ser relevantes en las decisiones sobre el tratamiento, los estudios de los resultados deberían centrarse en aquellos pacientes que estuvieran gravemente enfermos, y donde las decisiones sobre el tratamiento hayan sido relevantes.

Los puntos de corte para variables continuas serían generados de un modo independiente de los datos (por ejemplo: no dependerían de los resultados del estudio donde fueron medidos).

El seguimiento debe ser validado, se debe medir el resultado a ciegas, se deben presentar los resultados en detalle, y evitar grupos de resultados demasiado inclusivos.

Investigar dentro de nuevos test de pronósticos asegura, donde sea posible, que los resultados de los test no son usados para influir en las decisiones de limitación del tratamiento.

Donde los pacientes han muerto durante o subsecuentemente a sus estancias en cuidados intensivos es importante determinar si el tratamiento de soporte vital fue limitado, y las bases para la limitación.

Donde los tests hubieran influido en las decisiones del tratamiento, la regresión o propensión (el retroceso o avance) del análisis sería usado para intentar determinar el valor independiente del tests para el diagnóstico.

Los pacientes cuyo tratamiento es continuado a pesar de un pronóstico pobre serían repetidos, y comunicados separadamente.

La calidad de vida sería medida en los niños supervivientes, usando una combinación de medidas subjetivas y objetivas. Los próximos informes y el estatuto funcional sería recordado para niños incapaces de informar por ellos mismos.

¹⁸¹ Marco de actuación en la toma de decisiones del tratamiento de niños recién nacidos con graves malformaciones (Wilkinson (2013, 262):

1.- Es muy difícil definir el punto exacto en el que la vida empieza a ser intolerable para el niño, o en el que los beneficios son superados por los perjuicios.

2.- Debería de concederse más importancia a la teoría de que los padres puedan decidir sobre la vida o la muerte de sus hijos porque sus intereses se solapan con los del niño.

3.- Los intereses de los padres deberían ser tenidos en cuenta de forma independiente en la toma de decisiones debido al potencial impacto sustancial sobre los intereses de los padres y de los demás miembros de la familia en el caso de que sobreviva un niño gravemente discapacitado.

4.- Cuando el pronóstico es incierto, deberíamos tener más en cuenta la oportunidad que tiene un niño de sobrevivir en un estado negativo o perjudicial.

concerniente al tratamiento de soporte vital en recién nacidos y niños. Este marco es un primer paso hacia el desarrollo de unas líneas de actuación más específicas y detalladas. El autor afirma que hay múltiples umbrales, pero que por lo menos debe haber uno superior y otro inferior, que establezcan los límites entre los que puedan moverse los padres de niños discapacitados en la toma de decisiones. Con respecto a esta cuestión, Wilkinson también considera que existen distintos umbrales en diferentes partes del mundo; afirma que esto es inevitable, debido a los diferentes valores y al bagaje cultural de los padres y médicos de todo el mundo. Lo que cuenta como una opinión razonable sobre el bienestar o sobre los intereses del niño variará de un lugar a otro. Pero hay otro factor que influye notablemente donde los umbrales fallan – la disponibilidad o no de recursos para cuidar al niño y las prioridades establecidas por la sociedad para la distribución de aquellos recursos. En este sentido, la provisión de tratamiento para un niño puede suponer que otro niño se quede sin él. No es posible ignorar la importancia de los recursos consumidos como una fuente de limitaciones en las decisiones en cuidados intensivos.

En *Too Expensive to Treat? Finitude, Tragedy and the Neonatal ICU*, el teólogo y especialista en ética, Charles Camosy (2010) profundiza en los aspectos emocionales y económicos de las unidades de cuidados intensivos neonatales y examina la cruda realidad sobre el racionamiento de la atención sanitaria en los EE.UU. Considera que el alto coste económico de mantener vivo a un neonato debería ser una primera consideración a tener en cuenta a la hora de tomar decisiones sobre el tratamiento de recién nacidos, en incluso de pacientes más mayores. Mientras afirma plenamente el valor humano hasta del neonato más pequeño, Camosy sostiene que todas las personas tienen la misma dignidad y deben tener el mismo derecho a una parte proporcional de los recursos de atención sanitaria de la comunidad. Los asuntos tratados por Camosy en este libro pueden ser considerados como provocativos e inquietantes, pero no dejan a nadie indiferente.

Wilkinson explora cuatro métodos diferentes para determinar los límites de las decisiones en el marco del umbral. Aquellos métodos ayudarán a defender el

5.- Existe cierta incertidumbre moral sobre alguno de los elementos esenciales de las decisiones, por ejemplo sobre la importancia de los intereses, sobre cuándo la vida está siendo peor vivida, y sobre el mejor curso de la acción en el contexto de la incertidumbre sobre el desenlace del niño.

6.- En un contexto de incertidumbre moral sobre los perjuicios ocasionados a un niño, deberíamos permitir a los padres tomar decisiones dentro de ciertos límites.

marco de trabajo contra un número de potenciales objeciones. Finalmente, el autor pretende aplicar el marco en el cuidado intensivo de neonatos, y señala el trabajo que aún queda por delante en la definición de los diferentes umbrales para diferentes tipos de decisiones, en diferentes países, y en diferentes grupos de niños.

En su análisis, Wilkinson proporciona una base práctica y firme para las decisiones difíciles que se han de tomar a diario en las unidades de cuidados intensivos, y también nos proporciona una forma de movernos hacia el desarrollo de líneas de actuación que reflejan los pilares fundamentales de las decisiones éticas, pero también respecto al rango de diferentes puntos de vista dentro de una comunidad sobre cómo deberíamos evaluar los riesgos y beneficios de la vida futura, así como de la muerte. Hay un trabajo considerable todavía por hacer para trasladar este análisis a las recomendaciones prácticas, y en el establecimiento de los umbrales para diferentes grupos de niños, diferentes tipos de decisión y diferentes partes del mundo.

Wilkinson (2013) concluye diciendo que él no puede predecir si este marco de actuación será usado en las unidades de cuidados intensivos, pero le gustaría que, por lo menos provocase el debate, la reflexión y un razonamiento más claro sobre la mayoría de las dificultades y decisiones sobre si un niño discapacitado debe morir o vivir a las que tienen que enfrentarse aquellos que trabajan en las unidades de cuidados intensivos.

En su libro, Wilkinson (2013) no resuelve los dilemas éticos en torno a los problemas relacionados con los neonatos, pero sí muestra los dilemas ya conocidos y planteados por otros autores desde hace ya algunas décadas desde un punto de vista muy original y novedoso y se plantea algunas reflexiones muy interesantes a tener en cuenta en el debate. Lo cual pone de manifiesto la urgente necesidad de repensar el infanticidio y abordar, de una vez por todas, este asunto del que tan poco se habla y cuando se hace levanta ampollas.

II.3.3.4.2.7.4. Conclusión sobre el dilema ético en torno a las pruebas prenatales.

Desde el punto de vista de la escolástica y de la ética deontológica, bajo el principio de santidad de la vida humana y con un trasfondo metafísico (si existe una creatura divina dotada de alma) no puede ser justificado el aborto de ninguna de las maneras, por lo tanto las pruebas prenatales no tendrían importancia ni razón de ser, pues venga como venga el feto tiene que nacer inexorablemente.

Si consideramos el aborto como una cuestión de tiempo (de trimestres), diremos que en el primer trimestre es legal, en el segundo trimestre es restringido según los casos y en el tercer trimestre está prohibido, lo cual podría ser considerado como trivial y arbitrario (aunque esto tiene su explicación¹⁸²) y podríamos preguntarnos, ¿por qué un feto no tiene el mismo derecho a la vida, o a la muerte, dependiendo del trimestre en el que se encuentre? Alguien podría responder que, de acuerdo con este argumento, una persona adulta no tiene el mismo derecho a la vida cuando tiene cuarenta años recién cumplidos que con cuarenta años y tres meses.

Beeson reflexiona sobre la conexión existente entre diagnóstico prenatal y aborto selectivo; según ella la relación entre ambos es directa y explica cómo influyen las pruebas prenatales en las expectativas de embarazo y en este sentido se pregunta qué sentido tiene el embarazo frente al desafío de una prueba prenatal y cómo influyen estas pruebas y las decisiones que se adoptan en base a ellas en los diferentes grupos sociales.

¹⁸² En España, la Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo 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. En el desarrollo de la gestación, «tiene –como ha afirmado la STC 53/1985– una especial trascendencia el momento a partir del cual el nasciturus es ya susceptible de vida independiente de la madre». El umbral de la viabilidad fetal se sitúa, en consenso general avalado por la comunidad científica y basado en estudios de las unidades de neonatología, en torno a la vigésima segunda semana de gestación. Es hasta este momento cuando la Ley permite la interrupción del embarazo siempre que concurra alguna de estas dos indicaciones: «que exista grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada», o «que exista riesgo de graves anomalías en el feto».

Beeson considera el aborto selectivo como un acto discriminatorio y se manifiesta contraria a esta práctica porque se basa en la discriminación de las personas con discapacidad, ya que dichas discapacidades son consecuencia directa de la pobreza, la mala alimentación y la ausencia de cuidados prenatales. Además, piensa que la utilización de las pruebas prenatales para defender el aborto selectivo va en contra del principio fundamental de la medicina (según el juramento hipocrático) que es la curación y no la eliminación, o el exterminio, de los seres humanos. De esta reflexión se podría deducir que las pruebas prenatales y el aborto selectivo son una nueva forma de eugenesia.

Para Beeson el principio preventivo de Singer no es aceptable porque se basa en la discriminación, ya que trata de evitar o prevenir enfermedades como el síndrome de Down, la ceguera o el enanismo, y podría compararse con evitar que nazcan judíos o gitanos, si ser judío o gitano fuera considerado como una discapacidad o un defecto.

Hay quien podría alegar que Singer no consigue superar el argumento de Beeson sobre el prejuicio de la discapacidad, aunque el filósofo australiano sí considera haberlo logrado.

Por otra parte, Beeson considera la discapacidad, no como una tara, un defecto o algo malo, sino como un atributo o una variante de la especie humana y esto no es así exactamente; un ser humano no es una calabaza que crece con una deformidad, que no es igual que el resto pero que puede comerse y el sabor no varía, porque en esencia es una calabaza. La calabaza no sufre, sin embargo un ser humano sí. Un defecto congénito, una enfermedad grave, una deformidad incurable son *handicaps* que hacen sufrir al ser humano que los padece, a sus familiares más cercanos y a la sociedad a la que pertenecen. Por lo tanto, no se trata de estigmatizar a los seres humanos discapacitados, al contrario, hay que hacer todo lo posible para hacerles su vida lo más digna y fácil posible, pero también es nuestra obligación moral evitar, en la medida de nuestras posibilidades, el sufrimiento y en este sentido, las pruebas prenatales suponen un instrumento útil para lograrlo.

En otro hipotético escenario, y en el caso de que existiese la máquina infalible Carmentis propuesta por Wilkinson, nuestro punto de vista con respecto a las pruebas prenatales cambiaría indefectiblemente, ya que tendríamos un conocimiento exacto y

sin incertidumbre a la hora de diagnosticar una enfermedad o una discapacidad, incluso podríamos calcular la calidad de vida futura de un ser humano y en función de eso decidir si merece la pena continuar con el tratamiento vital de un neonato o suspenderlo.

Pero claro, la máquina Carmentis es un experimento mental que no existe en la realidad, por lo que actualmente no tenemos un conocimiento exacto, sino que hay un porcentaje importante de incertidumbre a la hora de tomar decisiones sobre cuestiones vitales. Por ello proponemos la elaboración de un protocolo de actuación o guía clínica que ayude a los especialistas en neonatología, a los Comités de Bioética, a los padres y a todas aquellas personas implicadas en la toma de decisiones vitales en neotaología. A esta ello dedicaremos la Parte IV de este trabajo.

II.3.3.4.2.8. Infanticidio por discriminación sexual: feminicidio y aborto selectivo.

Del 26 de febrero al 10 de marzo de 2007 tuvo lugar la 51ª Sesión de la Comisión sobre la Situación de la Mujer, celebrada en la sede de Naciones Unidas en Nueva York, donde el Instituto de Política Familiar (IPF), junto a otras 16 organizaciones con estatus consultivo ante la ONU, presentaron un informe¹⁸³ relativo al aborto selectivo y el infanticidio femenino. Dicho informe abordaba la situación de las niñas de diversos países de todo el mundo, con especial atención a la discriminación que padecen éstas en muchos países por el único hecho de ser niñas, incluida la privación del derecho a nacer. En este sentido, denuncia Lola Velarde, Presidenta del IPF, que:

«este fenómeno del aborto selectivo se está convirtiendo en una nueva y más silenciosa versión del infanticidio femenino, en el que se niega a las niñas su derecho más básico, el derecho a nacer, unido a la más injusta discriminación por causa del sexo»¹⁸⁴.

¹⁸³ El informe completo se puede consultar en www.ipfe.org. También se puede consultar información a este respecto en: http://www.serviciocatico.com/files/informe_sobre_el_aborto_selectivo.htm; <https://www.aciprensa.com/noticias/piden-a-la-onu-considerar-aborto-selectivo-de-ninas-en-sesion-sobre-mujer/>; <http://es.catholic.net/op/articulos/7150/informe-sobre-el-aborto-selectivo-y-el-infanticidio-femenino.html>.

¹⁸⁴ Recuperado de: <http://www.heraldo.es/heraldo.html?noticia=192967>.

El informe presentado en la ONU solicita a la Comisión sobre la situación de la Mujer:

- El cumplimiento de la Convención sobre los Derechos del Niño, cuyo preámbulo afirma que el niño “necesita protección y cuidado especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento”.

- La eliminación de toda clase de violencia y discriminación contra las niñas reafirmando la igual dignidad y la igualdad de derechos entre hombres y mujeres, en particular el derecho a nacer.

- Que la Comisión inste a los distintos Gobiernos a asumir un compromiso político para:

- Reforzar e implementar leyes contra el infanticidio femenino y el aborto selectivo femenino.

- Modificar aquellas legislaciones nacionales que consideran a las mujeres como una carga.

- Apoyar las iniciativas de aquellas ONG locales que trabajan por la acogida y el nacimiento de las niñas en las familias.

- Proporcionar una educación para la igualdad de derechos y oportunidades en los distintos países.

- Crear un entorno favorable a las niñas apoyando a las familias que las tengan, acojan y/o adopten.

Como ya ha sido mencionado con anterioridad, el infanticidio se ha venido practicando casi en la totalidad de las civilizaciones a lo largo de la historia de la humanidad, pero es necesario destacar que uno de los motivos más comunes por los que se ha practicado ha sido por el sexo del recién nacido, en este caso de la recién nacida. De todos es sabido que la mayoría de los recién nacidos eliminados han sido niñas, y que esta práctica sigue siendo habitual y generalizada en algunos países aún en nuestros días.

En la actualidad, muchos países poseen la tecnología adecuada para conocer el sexo del feto mucho antes de que nazca, y el aborto selectivo es una práctica habitual en países como Estados Unidos, Gran Bretaña, Canadá, Corea, India y China. En estos dos últimos países, en donde una hija no tiene valor alguno, se

utilizan estas técnicas para averiguar el sexo del feto antes de nacer y practicar el aborto si se trata de una niña.

Ya en 1990 el filósofo y economista bengalí galardonado con el Premio Nobel de Economía en 1998, Amartya Kumar Sen, en un artículo publicado en 1990 titulado *More Than 100 Million Women Are Missing*,¹⁸⁵ denunciaba la escandalosa cifra de 100 millones de mujeres que son exterminadas mediante el aborto y que no llegan a nacer; 80 de esos 100 millones corresponden a India y China, cifra que con el paso del tiempo se ha quedado corta; las Naciones Unidas hablan ya del doble, de unos 200 millones de niñas “perdidas o desaparecidas”, que no llegan a nacer por culpa de los abortos selectivos¹⁸⁶.

Pero estos que acabamos de mencionar no son los únicos países que practican el aborto selectivo; Taiwán, Singapur, Paquistán, Bangladesh, Corea del Sur, Indonesia, Vietnam, algunos países ex-comunistas de los Balcanes o del Cáucaso, como Acerbaián, Georgia o Armenia (donde se producen 120 nacimientos de niños por cada 100 niñas, lo que representa un alarmante aumento del aborto selectivo femenino, dado que en 1995 las tasas de natalidad estaban equilibradas). También ocurre algo similar en algunas secciones de la población americana (como por ejemplo ciudadanos de ascendencia china o japonesa). En algunos de estos países, el infanticidio femenino está desplazando al aborto selectivo. De ahí las ratios hombre-mujer absolutamente desequilibradas. Da igual si se es culto o no, si se es rico o no. Donde afecta, afecta por igual a todos.

Tres factores influyen fundamentalmente en la práctica del aborto selectivo y del feminicidio: la ancestral preferencia por los niños, un deseo moderno por tener familias más pequeñas y los escáneres de ultrasonido y otras tecnologías que identifican el sexo del feto. En sociedades donde las familias con 5 o 6 hijos eran normales, casi con toda seguridad uno de los hijos era varón. Ahora nadie quiere tener una familia numerosa (o en algunos países como China, sólo se les permite tener un hijo), así que sacrificarán a todas las hijas para conseguir un varón. Es

¹⁸⁵ Sen, A. (1990) 20 de diciembre. More than 100 million of women are missing. *The New York Review of Books*, 37 (20). <http://www.nybooks.com/articles/archives/1990/dec/20/more-than-100-million-women-are-missing/>.

¹⁸⁶ Hay múltiples informes y videos que pueden consultarse online que hablan de este fenómeno, para más información sugiero consultar el siguiente enlace: <https://www.youtube.com/watch?v=ISme5-9orR0&list=PLOG0dg-DZ7U3eqgwWBESBOWYcp8sp67PK&index=2>

posible que se permita nacer al primer hijo aunque sea niña, pero harán lo que sea necesario para que su siguiente vástago sea un varón. En algunos lugares, la ratio niño-niña es superior a 200 para el tercer niño, cuando lo normal es que sea un poco superior el nacimiento de niños (alrededor de 105 niños nacidos por cada 100 niñas), pero desde luego no que duplique al número de niñas nacidas. El mayor nacimiento de niños se debe a la mayor incidencia de la mortalidad infantil en niños que en niñas¹⁸⁷.

Los fetos de sexo femenino abortados anualmente en China son 30,5 millones; 22,8 millones en la India; 3,1 millones en Pakistán; 1,6 millones en Bangladesh y 600.000 en Egipto.¹⁸⁸

Un censo realizado en 1990 en Corea dejó traslucir una realidad que ya se suponía: la proporción de niños menores de cuatro años y de niñas de la misma edad era de 1.112 niños por 1.000 niñas, lo que suponía un cambio con respecto a 1985 que era de 1.080 niños por cada 1.000 niñas¹⁸⁹. Estos datos van en consonancia con lo que dice Amartya Sen¹⁹⁰: en su texto dice que en 1990 la proporción de mujeres a hombres en los países desarrollados de Europa y Norteamérica, era de entre 1,05 a 1,06, lo que quiere decir es que por cada 1000 hombres habría entre 1050 y 1060 mujeres.

En Asia del Sur y del Oeste, o en China, la proporción de mujeres a hombres puede ser más baja, de un 0,94 en India o Bangladesh, y 0,90 en Pakistan. Dentro de la India, en Punjab y Haryana -entre los estados más ricos y más desarrollados económicamente- la proporción de mujeres con respecto a hombres (alrededor de 0,86) es mucho más baja que en un estado mucho más pobre de Kerala, donde el porcentaje es mayor de 1,03.

¹⁸⁷ *Aborto e infanticidio femenino: un genocidio silenciado.* (2010). <http://elgranteatropolitico.wordpress.com/2010/03/06/aborto-e-infanticidio-femenino-un-genocidio-silenciado/>.

¹⁸⁸ Para ampliar esta información se puede consultar en numerosas páginas de la web que hacen referencia al informe de las Naciones Unidas sobre las Mujeres del Mundo: entre otras páginas, he destacado estas:

<https://espanol.groups.yahoo.com/neo/groups/mosaicochapin/conversations/topics/3896>;

http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/sistemas/genero/encuentro_internacional/archivos_pdf/P_URIBE.pdf; <http://alertamexico.org.mx/infanticidio.htm>.

¹⁸⁹ <http://alertamexico.org.mx/infanticidio.htm>.

¹⁹⁰ <http://www.nybooks.com/articles/archives/1990/dec/20/more-than-100-million-women-are-missing/>

Los libros de estadísticas anuales de China muestran un descenso en la ya muy baja proporción de mujeres por cada 100 hombres en la población: se pasó de 94,32 en 1979 a 93,42 en 1985 y 1986; y a 93,98 en 1989. Actualmente, se calcula que la media de nacimientos es de entre 117 y 120 niños por cada 100 niñas respectivamente, llegando a alcanzar los 133 niños en algunas provincias de China, lo que supone un 30% por encima de la tasa biológica. Estos son datos de proporcionalidad entre hombres y mujeres ya nacidos; de lo que no existen datos concretos es de los nacimientos no deseados, ya que no se inscriben en ningún registro, por lo que es imposible saber cuántas niñas recién nacidas son eliminadas cada año en China. Tanto el *New York Times* como *The Guardian* consideraban ya desde los 90 al aborto como la principal causa de desaparición de niñas no deseadas. A pesar de que un importante número de estas niñas no registradas han sido dadas en adopción, su ilegalidad les impide obtener cualquier tipo de asistencia gubernamental (médica, escolar, etc). Además, según organizaciones internacionales, incluso en el caso en que sean “legales”, las madres llevan con más frecuencia a sus hijos varones al médico que a sus hijas.¹⁹¹ En China, concebir a una niña puede llegar a ser considerado como una maldición, sobre todo en las zonas agrícolas, donde los campesinos históricamente han dependido sólo de sus hijos varones, y suele decirse que: “Criar a una hija es como regar el campo de otro”.

Mientras que en China la prohibición de tener más de un hijo es la principal causa de abortos e infanticidios femeninos, en la India tener una hija es un hecho económicamente negativo, ya que los padres tienen que pagar por la dote y las familias más pobres no se lo pueden permitir.

El infanticidio, de arraigada tradición, persiste en la actualidad en la India, donde la mortalidad infantil es más alta para las niñas que para los niños, la tasa de mortandad infantil es de 99 por mil para las niñas, mientras que para los niños es considerablemente menor, del 90 por mil. Según estos indicadores, el número de niñas que no llegan a los 5 años de edad es considerablemente mayor que el de niños. Según datos del Servicio Nacional de Salud Familiar (2001), en la India la mortalidad en las recién nacidas era un 13% más alta que en los bebés varones y la

¹⁹¹ Aborto e infanticidio femenino: un genocidio silenciado. 6 de marzo de 2010. Disponible en: <http://elgranteatropolitico.wordpress.com/2010/03/06/aborto-e-infanticidio-femenino-un-genocidio-silenciado/>

mortalidad infantil llega a ser un 43% más elevada en niñas que en niños. Se calcula que en la India se producen unos 10.000 casos de infanticidio femenino anualmente. Según algunos estudios al respecto, la norma biológica para la proporción de nacimientos es de 105 niños por cada 100 niñas; ello es debido a una mayor resistencia de las niñas en el momento de nacer (por norma general mueren más niños que niñas en ese momento crítico; por ese motivo nacen un 5% más de niños que de niñas, para contrarrestar la resistencia de éstas). Sin embargo, esas anormales tasas de mortalidad de las que hablábamos antes se deben a la trágica realidad del infanticidio femenino, ya sea por abandono, por falta de cuidados, o procurando directamente su muerte por envenenamiento, ahogamiento, asfixia, inanición, etc. Entre las causas de estas prácticas hay factores económicos, culturales, sociales y políticos.

La proporción entre niñas y niños (de entre 0 y 6 años) en la India se ha ido reduciendo drásticamente en las últimas décadas. Si en 1961 la proporción era de 976 niñas por cada 1000 niños, se pasó en 1971 a 964 niñas por cada 1000 niños (en esta década de los sesenta, la proporción se redujo en 12 niñas menos por cada 1000 niños). Pero en la década de los noventa se redujo aún más, se pasó de 945 niñas por cada 1000 niños en 1991 a 927 niñas por cada 1000 niños en 2001, es decir, una reducción de 18 niñas menos por cada 1000 niños. En las zonas urbanas la disminución es dos veces mayor que en las zonas rurales.

Cuando la India comunicó las proporciones de mujeres y hombres en su informe periódico de 2001 sobre la aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño, no mencionó los datos relativos al grupo de edades comprendidas entre los 0 y los 6 años. Las recomendaciones¹⁹² de las organizaciones no gubernamentales para el periodo 2002-2007 en materia de desarrollo nacional habían advertido, en la reducción de la proporción de los sexos para el grupo de 0 a 6 años, el indicio de una crisis nacional.

¹⁹² Las organizaciones miembros de la Alianza India para los Derechos del Niño, elaboraron un documento que presentaron ante el Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, el documento llevaba por título Guía a la Observación General N° 7: “Realización de los derechos del niño en la primera infancia”. Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Fundación Bernard van Leer. La Haya. 2007. En este documento, se dedica un apartado que lleva por título “Ser niña en la India: el desequilibrio en la proporción de niñas y niños” (pp: 113-116).

Aunque existe una relación directa entre la proliferación de clínicas (más de 30.000 en la India) que tienen la tecnología para poder determinar el sexo del embrión y el aumento de la desproporción entre los nacimientos de niñas y niños, según un informe de UNICEF¹⁹³ no existen pruebas concluyentes por las que pueda establecerse esta conexión:

«La discriminación de género comienza pronto. Las técnicas modernas de diagnóstico del embarazo han hecho posible que se determine el sexo del bebé en su fase más temprana. En aquellos lugares donde existe una clara preferencia económica o cultural por los varones, el uso inadecuado de estas técnicas puede facilitar el feticidio femenino. Aunque no existen pruebas concluyentes que confirmen este uso incorrecto e ilegal, el historial de nacimientos y los datos del censo revelan que en Asia hay una cifra desproporcionada de nacimientos de varones y una presencia exagerada de niños menores de cinco años, sobre todo en China y en la India, lo que sugiere la existencia de feticidios e infanticidios selectivos por género en los dos países más poblados del mundo, a pesar de las iniciativas para erradicar estas prácticas en ambos países.»

Sin embargo, la realidad nos indica otra cosa: como por medio de las pruebas prenatales ya se puede conocer el sexo del feto, en caso de ser niña, la mayor parte de la población de la India decide abortar, ya que ser niña en ese país es un problema, como ya adelantábamos al comienzo de este trabajo (en la aproximación histórica y nomotética), algunos pueblos consideran más valiosos a los niños que a las niñas, lo que unido a las dotes en los matrimonios, a una legislación hereditaria discriminatoria y a una miseria extrema, hace que los padres tomen la decisión de no tener hijas, o en caso de tenerlas, matarlas al poco de nacer, sobre todo para las familias más pobres, ya que tienen que alimentar, cuidar y mantener una niña, con el coste que ello lleva implícito, con el peligro de que la violen, que también es bastante probable en la India, y si algún día llega a casarse tendrán que pagar unas 50.000 rupias (641 euros) por la dote, lo que puede llegar a arruinar a una familia; en definitiva, que es un mal negocio. Por lo tanto, casi siempre se opta por el aborto, pero si por algún motivo (normalmente económico) la niña llegase a nacer, lo más probable es que sea eliminada por sus propios padres, proporcionándoles arroz crudo

¹⁹³ UNICEF El estado mundial de la infancia 2007. La mujer y la infancia. El doble dividendo de la igualdad de género, p. 4

para que se les agujeree la tráquea, o fertilizante para envenenarlas, o cubriéndoles la cabeza y tapándoles la boca con una toalla, o simplemente no dándoles comida y bebida hasta que mueran de inanición.¹⁹⁴

El investigador Dahlburg, autor de *Cuando asesinar a niñas recién nacidas no es un “gran pecado”*, subraya que en Jaipur, capital del Estado occidental de Rajasthan, los tests prenatales para la determinación del sexo dan como resultado 3.500 abortos de niñas anualmente. Según el informe de UNICEF “Estado Mundial de la Infancia” de 1984, «en Bombay, 7999 de 8000 abortos eran de niñas. La determinación prenatal se había convertido en un negocio lucrativo»¹⁹⁵. El *Times of India* reseñaba en junio de 1986 que 78.000 fetos de sexo femenino fueron abortados en un periodo de 5 años a nivel nacional en la India, a una media de 15.600 anuales.

El informe del año 2000 de la Oficina Nacional de Registro de Crímenes indicó un incremento del 56,8% de los casos de feticidio femenino en los 5 años transcurridos a partir de 1995. El gobierno también comunicó en 2001 que en 1991 resultaban “ausentes” 3,34 millones de niñas de 0 a 19 años de edad en la India, pero no suministró datos actualizados ni proporcionó un desglose por edades para aclarar cuál era la situación del grupo de 0 a 6 años.

En términos absolutos, se cree que son aproximadamente 60 millones las mujeres que no resultan de las estadísticas demográficas, es decir, que en el mundo hay 60 millones menos de mujeres que deberían estar vivas y que no existen, según las tendencias demográficas generales¹⁹⁶ y esto puede ser debido a los abortos selectivos en función del sexo, al infanticidio femenino y a la discriminación sistemática en el acceso a la alimentación y a los cuidados médicos.

Lo que no se cuestionan estos informes es ¿qué ocurriría si esos 3,34 millones de niñas no estuviesen ausentes en la India? La respuesta no es sencilla, suponemos que habría bastantes más niñas de las que hay actualmente, una parte viviendo una vida lamentable en condiciones de semi esclavitud, malnutridas, víctimas de malos tratos y de abusos sexuales, probablemente de sus propios familiares, sin acceso a la

¹⁹⁴ “The war on baby girls. Gendercide.” *The Economist*. 4 de marzo de 2010. <http://www.economist.com/node/15606229>.

¹⁹⁵ Zeng Yi et al. (1993: 297) <http://elgranteatropoltico.wordpress.com/2010/03/06/aborto-e-infanticidio-femenino-un-genocidio-silenciado/>

¹⁹⁶ Innocenti Digest (Junio de 2000). “Aborto Selectivo en función del sexo, infanticidio femenino y discriminación en el acceso a la alimentación y a los cuidados médicos” en *La Violencia doméstica contra mujeres y niñas*. UNICEF. Centro de Investigaciones Innocenti. Florencia. Italia. p. 6.

educación ni a la sanidad más básica; la otra parte habría sido exterminada al poco de nacer. Con esto no estamos insinuando que es mejor que no existan esos 3,34 millones de niñas en la India o esos 60 millones de mujeres en el mundo; tan sólo nos estamos cuestionando qué ocurriría si existiesen, si habría un problema mayor de superpoblación, de distribución de los recursos, de infanticidios, de incestos, de violaciones, en definitiva, si hubiese sido peor nacer que no hacerlo. Nuestro propósito es reflexionar sobre ello y hacernos eco de la dificultad del problema.

II.3.3.4.2.8.1. Consecuencias del feminicidio.

Las consecuencias directas de la eliminación de fetos y bebés de género femenino en países como China e India son devastadoras. Hay ciertas regiones en ambos países en donde la población masculina supera con creces a la femenina, y los hombres en edad de casarse no encuentran pareja debido a la escasez de mujeres casaderas, lo que incrementa el número de hombres solteros. Según la Asociación para la Planificación Familiar de China, el desequilibrio ha alcanzado el punto de que hay ocho chicos por cada cinco chicas. Entre los niños de menos de 4 años de la ciudad de Lianyungang hay 163,5 niños por cada 100 niñas. En el resto de China, 99 ciudades, tienen una proporción mayor de 125 niños por cada 100 niñas. Se calcula que en China hay más hombres solteros que la cantidad total de hombres jóvenes en EEUU; se calcula que aproximadamente unos 25 millones de hombres no tendrán la posibilidad de encontrar una mujer para casarse entre 2015 y 2030. En la India ocurre exactamente lo mismo; en 1990 había 25 millones más de hombres que de mujeres, diferencia que en 2001 había aumentado a 35 millones. Algunos expertos estiman que actualmente son ya 50 millones de hombres más que de mujeres, lo que genera ansiedad y presión por parte de sus familiares porque está mal visto que un hombre joven no tenga novia o mujer para formar una familia. Consecuencias inminentes de este fenómeno son los raptos, el tráfico de mujeres y los suicidios femeninos, debido a la presión que supone vivir en una sociedad con exceso de hombres desprovistos de pareja sexual (ya sea eventual o estable) y sin perspectivas de tenerla. Según los

expertos no se ha llegado todavía al punto álgido porque el fenómeno aún no está maduro¹⁹⁷.

Otra consecuencia directa del mayor número de varones a causa del feminicidio es el incremento de las agresiones a mujeres, sobre todo en la India, donde el porcentaje de violaciones, e incluso violaciones múltiples se está disparando. Según la Oficina Nacional de Registros Delictivos (NCRB, por sus siglas en inglés), la violación es el delito que aumenta más rápidamente en India. De acuerdo con el NCRB, en 2009 se registraron 21.397 violaciones en todo el país. También hubo más de 25.000 casos de secuestros de mujeres, además de incidentes de acoso que superaron los 38.000. En 1990, la cantidad de violaciones reportadas fue de 10.068, cifra que aumentó a 16.496 en 2000.

Los informes sobre violaciones de niñas son cada vez más frecuentes, y la Oficina Nacional de Investigación de Crímenes comunica que las perpetradas a niñas menores de 10 años ha aumentado un 22,4% entre 1996 y 2000. Las noticias transmitidas por los medios de comunicación anuncian, cada vez más a menudo, casos de niñas menores de 5 años e incluso recién nacidas violadas por vecinos, parientes o personas por resentimiento contra la familia. Los registros policiales muestran que cada 22 minutos se comete una violación en la India, un país de 1.200 millones de habitantes. Sin embargo, los activistas de derechos humanos afirman que esta cifra no refleja la realidad, debido a la arraigada cultura de tolerancia ante la violencia sexual existente en el país, que conlleva que muchos casos de violencia no se denuncien. Las mujeres a menudo reciben presión por parte de la familia o de la policía para que permanezcan calladas después de ser víctimas de un delito sexual para no ser estigmatizadas¹⁹⁸.

Las víctimas de violación corren peligro de ser víctimas de homicidio por motivos de “honor”, pues se considera que han traído la “vergüenza” a su familia por un acto del que han sido víctimas. Pero la historia no acaba aquí: la directora de la ONG que la ayudó también ha recibido amenazas de muerte de la familia de la niña,

¹⁹⁷ *The Economist*: “The war on baby girls: Gendercide”. <http://elgranteatropolitico.wordpress.com/2010/03/06/aborto-e-infanticidio-femenino-un-genocidio-silenciado/>

¹⁹⁸ Adnan Abidi. © REUTERS. Texto completo en: <http://actualidad.rt.com/sociedad/view/129677-policias-indios-violar-colar-ninas-video>.

líderes religiosos y poderosos miembros de su comunidad por proteger a Brishna. Estas amenazas continúan y se teme por su vida.

La discriminación de las mujeres se pone de manifiesto en la ausencia de sanciones. Invocar el honor y la vulneración de las costumbres y la tradición suele aceptarse como defensa en casos de homicidio de mujeres y niñas. En muchos casos estos crímenes ni siquiera llegan a ningún tribunal, ya que se solucionan a través de la decisión de consejos tribales informales.

Por nuestra parte consideramos que las pruebas de diagnóstico prenatal son una herramienta muy potente que está siendo utilizada para un fin que no es originalmente el suyo. Sin embargo, no sería correcto afirmar que dichas pruebas sean la causa de los feticidios femeninos que ocurren en muchas zonas del Planeta. Tanto los feticidios como los infanticidios por razón de sexo son una lacra que debemos evitar, pero no es una tarea fácil, hay implícitos otros problemas de índole política y social difíciles de resolver.

II.3.3.4.2.8.2. *Niños huérfanos.*

Según los datos ofrecidos por la ONG internacional, dedicada al apadrinamiento de niños, Humanium¹⁹⁹ existen en la actualidad unos 170 millones de niños huérfanos en el mundo, de los cuales 71 millones viven en Asia (31 millones en la India), 59 millones en África y casi 9 millones en Latinoamérica y el Caribe. Las causas de la orfandad son diversas, tales como los desastres naturales, el hambre, la pobreza extrema, las enfermedades, los abusos, el incesto y las guerras. En consecuencia, los niños huérfanos se encuentran solos y desamparados en un mundo de adultos y suelen ser objeto de graves violaciones de la mayoría de sus derechos: nutrición, vivienda y educación, entre otros. Con frecuencia son violados y vendidos como esclavos.

¹⁹⁹ <http://www.humanium.org/es/ninos-huerfanos/> [consultado el 05 de junio de 2014].

II.3.3.4.3. Conclusión.

En este apartado dedicado al debate ético sobre la eutanasia aplicada a recién nacidos con graves enfermedades, o signos evidentes de discapacidad, hemos abordado el asunto de manera progresiva, introduciendo unas consideraciones previas sobre el infanticidio y la muerte asistida. Así hemos expuesto dos casos de muerte asistida o suicidio asistido de adultos: el de Ramón Sampedro en España y el de Brittany Maynard en EE.UU. En ambos casos, los afectados solicitaron voluntaria y conscientemente su derecho a morir dignamente. A continuación hemos hablado de la despenalización del aborto y la viabilidad del feto; también hemos tratado el asunto de la investigación con seres humanos, tanto con fetos, como con neonatos, así como con células madre y la controversia que estas suscitan, ya sea por su investigación o por su clonación.

Una vez expuesto este preámbulo nos hemos centrado en el debate sobre si un ser humano tiene un estatuto moral especial por el mero hecho de pertenecer a la especie *homo sapiens*, y en el caso de ser así, en qué momento adquiere ese estatuto especial. Hemos visto la posición de Michael Tooley que afirma que los neonatos no son personas y por lo tanto no les acoge ningún estatuto moral especial ni les ampara ningún derecho a la vida, por lo que acabar con la vida de un recién nacido no es moralmente incorrecto, aunque pueda ser religiosamente incorrecto, en este sentido establece una distinción muy clara entre la ética y la religión.

Por el contrario, Noonan considera que la cuestión principal en este debate es saber qué determina la humanidad de un ser, a lo que responde que si un ser es concebido como un ser humano, entonces es un ser humano desde el momento de la concepción hasta su muerte. Una vez quede demostrado que el *conceptus* (óvulo fertilizado), cigoto o feto es humano, debería considerarse que existe un derecho a la vida casi absoluto y, en consecuencia, que el aborto, como violación de este derecho a la vida, es equivalente al asesinato y es, casi siempre, inmoral. Noonan establece cinco criterios alternativos que encuentra en el debate sobre el aborto por parte de aquellos que no consideran al feto como humano, e intenta rebatirlos: viabilidad, experiencia, sentimientos, experiencia de los sentidos y visibilidad social. Una vez que ha rechazado los cinco criterios alternativos, cree haber reforzado su afirmación inicial, y vuelve al argumento probabilístico, relativo a las bajas probabilidades de un óvulo o un espermatozoide de llegar a convertirse en un ser humano en comparación a la alta

probabilidad que tiene el *conceptus* de llegar a ser un ser humano. Para Noonan hay una línea divisoria bien definida que marca la continuidad de la vida que se está desarrollando y que justifica la designación del *conceptus* como humano y por tanto dotado de derechos, mientras que no se podría establecer tal designación para el óvulo o el espermatozoide. Noonan añade que el único caso en el que podría ser aceptable el aborto es cuando peligra la vida de la madre, pero añade que una madre debe siempre entregar su vida por la de su hijo, siguiendo el ejemplo del amor mostrado por Jesucristo clavado en la Cruz que dio su vida por todos nosotros. Obviamente, este argumento carece de validez para aquellos que no sean creyentes.

Tooley considera que los recién nacidos no tienen derecho a la vida porque lo que confiere tal derecho a un ser son las interrelaciones personales, el deseo de vivir o de mantenerse con vida, o de no morir. Afirma que si un feto o un recién nacido mueren no dejan nada en este mundo, puesto que no tienen relaciones sentimentales con nadie, ni pueden sentir, ni manifestar un deseo o una preferencia a mantenerse vivos en vez de morir, por ello no hay nada de malo en acabar con la vida de un recién nacido.

Más adelante nos cuestionamos la pregunta de si es inmoral matar a seres humanos, y nos planteamos que si lo miramos desde el prisma de Kant podríamos decir que el utilitarismo no es moralmente competente para responder a esta pregunta, pues según esta corriente teleológica, se puede decir que matar seres humanos es moralmente bueno en ciertas circunstancias, al igual que la esclavitud o el castigo de inocentes. Cuando aumenta el bienestar para una mayoría o se evita un mal mayor, se puede matar, castigar inocentes e incluso hacer esclavos. Sin embargo, Jonathan Glover intenta justificar la inmoralidad del homicidio desde el propio utilitarismo; para ello, utiliza dos tipos de objeciones: por una parte las objeciones directas, basadas en el perjuicio causado a la persona fallecida; y por otra parte las objeciones intrínsecas: si decimos que algo (matar) es intrínsecamente incorrecto, es equivalente a decir que es incorrecto por su propia naturaleza, y no por sus conexiones con cualquier otra cosa.

Con respecto a la inmoralidad del homicidio, Don Marquis argumenta, que tanto el aborto, el infanticidio, como el homicidio de un ser humano adulto inocente, es inmoral. En consecuencia, no distingue entre un embrión, un feto, un recién nacido, un niño y un ser humano adulto, y considera que es *prima facie* incorrecto matar niños y recién nacidos, porque se presupone que su futuro tiene un valor importante. Lo

novedoso en el argumento de Don Marquis es que no cae en el absolutismo a la hora de desarrollar su argumento, ya que concibe dos casos en los que el aborto podría ser permitido: uno, cuando el feto, si llegara a nacer, lo hiciera en unas condiciones tan horribles que no fuera capaz de tener ninguna experiencia en el futuro; y dos, cuando el feto, si llegara a nacer, estuviese tan discapacitado que todas sus posibles experiencias futuras serían dolorosas, por lo que el feto, si no nace, se beneficiaría de la privación de dichas experiencias negativas. Ambos casos pueden ser extrapolados también al infanticidio y a la eutanasia en general.

Con respecto al estatuto moral del embrión en su primera fase de desarrollo, Allan Holland considera que un ser humano empieza a existir como tal desde el momento de la concepción. Contra esta posición se encuentra el informe del Comité Warnock que introdujo el término ‘pre-embrión’, para designar la colección de células que constituye la vida humana hasta la formación de la ‘línea primitiva’, esto es, hasta el día 14 después de la fecundación del óvulo.

Holland se manifiesta contrario a los que creen que los embriones humanos carecen de las características requeridas y necesarias para ser considerados seres humanos. Para defender esta posición expone tres objeciones: 1) porque no hay características definitorias del tipo requerido; 2) porque en ningún caso debería ser necesario que el embrión tuviese las mismas características de un adulto; y 3) porque satisface el único criterio que cuenta. En definitiva, la posición que descalifica al embrión a la hora de ser considerado como un ser humano, tanto si hay una pequeña semejanza como si no la hay con un adulto en miniatura, es infundada y debería ser rechazada.

Holland se muestra definitivamente en contra de la posición defendida por Anne McLaren y Bernard Williams, que defienden que una vida humana no es un ser humano desde el momento de la concepción, y para ello utilizan dos razonamientos:

1ª) Un embrión de la especie humana no es en sí mismo un ser humano por el mero hecho de que algún día, si todo va bien, llegará a desarrollarse y será un ser humano adulto propiamente dicho.

2ª) Para establecer lo que es un ser humano se debe comprobar que se dan, en dicho ser, una serie de atributos o características propias de la especie humana.

Michael Lockwood considera que el embrión, en su primera etapa, no es todavía un ser humano porque no se puede decir que un ser humano individual empiece a existir hasta que se haya formado el cerebro. Para ello establece una distinción entre un 'organismo humano' y un 'ser humano', considerando el cerebro humano como órgano fundamental que determina las diferencias entre uno y otro.

Hay cuatro casos que son utilizados contra la posición que afirma que los seres humanos, como tales, empiezan a existir desde el momento de la concepción. Así pues, éstos son: 1) gemelos, 2) bifurcación cerebral, 3) bisección y reproducción asexual; y 4) el caso de experimentación con embriones en su primera etapa de gestación.

Helga Kuhse y Peter Singer consideran que el ser humano posee cualidades que le hacen diferente de otras especies, tales como la conciencia y la autonomía, pero no aceptan consideraciones en torno a los conceptos de raza o especie para atribuir a los seres humanos derechos especiales sobre otras especies. Tampoco están de acuerdo en conceder un estatuto moral al ser humano desde el momento de la concepción; para ello estipulan cuatro argumentos contra los que creen que hay que conferir un estatuto especial a la unión de un espermatozoide con un óvulo: 1) no existe una vida humana desde el momento de la concepción; 2) la potencialidad de un óvulo fertilizado no justifica que tenga un estatuto moral especial; 3) la unicidad tampoco lo justifica, ya que si los seres humanos son genéticamente determinados y únicos, lo mismo ocurre con otras especies; además, cuando se puedan clonar seres humanos a partir de una célula, todos los embriones desarrollados de una misma célula serían genéticamente idénticos, por lo que el argumento de la unicidad es inválido para justificar la posesión de un estatus moral especial; 4) la identidad y la continuidad numérica tampoco justifican que un óvulo fertilizado tenga un estatuto moral especial, ya que un cigoto en su primera fase no es el mismo que ya desarrollado y convertido en un ser humano adulto dotado de conciencia, autonomía y experiencia. Un óvulo fertilizado no es ni genética, ni numéricamente una continuación de la vida del óvulo o del espermatozoide antes de la fertilización. Un cigoto tiene una identidad genética, pero al octavo día el grupo de células que formaba el cigoto puede dividirse en dos grupos separados e idénticos; estos dos grupos continúan desarrollándose separadamente y a los nueve meses nacen dos gemelos idénticos. Por lo tanto, no es posible mantener el argumento de la continuidad numérica porque donde hubo un único cigoto ahora hay dos bebés.

Por lo tanto, consideramos que no hay argumentos de peso que justifiquen irrefutablemente que un ser humano posee un estatuto moral especial ni desde el momento de la concepción, ni transcurrido un tiempo. Tan sólo, una vez nacido el individuo, le ampara la ley, pero no está justificado moralmente; por ello el infanticidio (no como el delito cometido por los progenitores contemplado en la legislación de algunos países, sino como el acto de permitir descansar en paz a un niño que sufre una grave enfermedad o discapacidad) es defendido por muchos filósofos, especialistas en ética y en medicina.

Como ya hemos visto a lo largo de este trabajo, el infanticidio es un tema tan antiguo como la misma humanidad. Como sabemos, ya Platón y Aristóteles lo trataron en la antigua Grecia; también fue objeto de reflexión en la Roma Imperial y en la Edad Media, pero el verdadero debate llevado a la ética surge en la década de los años setenta del siglo pasado, con el nacimiento de la Bioética. Para hacer honor a la verdad, hay que decir que han sido pocos los que se han atrevido a tratar este asunto; el debate continuó en los años ochenta, y un tanto en los noventa; luego estuvo un tiempo silenciado por ser un tema ambiguo y muy controvertido, hasta que en 2012 Giubilini y Minerva sacan a la palestra el asunto del infanticidio con gran polémica. Se abrió la caja de los truenos y las críticas a este artículo no se hicieron esperar, a pesar de que el artículo no decía nada nuevo, lo único novedoso es que juegan con el lenguaje y llaman aborto post-parto al infanticidio, y esto no gusta a los que se oponen a esta línea de pensamiento. Siempre hay gente radical que sobrepasa la línea de lo permitido. Ha habido quien ha insultado, e incluso amenazado a estos jóvenes autores, lo cual no es la primera vez que ocurre, ya le sucedió a Peter Singer, y esa no es la forma adecuada de rebatir una forma de pensar, creemos que la mejor manera de hacerlo es desde la palabra, respondiendo a un artículo escrito con otro artículo.

Tanto a Singer como a Giubilini y Minerva se les ha acusado de promover la eugenesia y se les ha puesto al nivel de Josef Mengele, Aribert Heim o el propio Hitler.

Como a lo largo de este trabajo se ha hablado de la eugenesia, hemos creído conveniente dedicar un apartado para aclarar el término desde sus orígenes hasta nuestros días, pasando por lo ocurrido en los campos de concentración, debido a las políticas de exterminio nazis. Después de esta época de triste memoria, el nombre eugenesia ha sido odiado, estigmatizado y demonizado, pero las políticas eugenésicas

han continuado, unas respetando más los derechos humanos y otras no tanto. Unas a nivel local o nacional, y otras a nivel internacional, más bien mundial, incluso se piensa que incluso en la actualidad se siguen aplicando las medidas de control de la población mundial marcadas en el informe Kissinger o NSSM-200.

Si en una sociedad determinada (como podría ser la española, y más concretamente la murciana) se legaliza el infanticidio, debe ser aceptado y practicado bajo control de los comités de bioética y de acuerdo a la legislación vigente, pero no únicamente en el ámbito privado (hospitales y clínicas privadas) sino que debe ser universal y gratuito, cubierto por la Seguridad Social, ya que si se restringe su práctica a las capas más altas de la sociedad, al final serán los más ricos los que no tendrán hijos o familiares defectuosos, sino todo lo contrario. Lo que a la larga se podría convertir en una sub-especie, o mejor dicho en una supra-especie, de la especie humana. Al no tener hijos defectuosos o discapacitados, no gastarán dinero ni tiempo en sus cuidados especiales, lo que les hará aún más ricos, distanciándose cada vez más de los más pobres.

Si, como hemos visto en esta tesis, los ricos pueden seleccionar los genes de sus vástagos a su antojo, pueden elegir el tipo de hijos que quieren tener (los más altos, más guapos, más fuertes, más inteligentes, etc.), pueden evitar las enfermedades congénitas mediante abortos selectivos, e incluso optar por el infanticidio o la eutanasia precoz, si descubren una discapacidad en el niño recién nacido que no se hubiera detectado con anterioridad. Si los ricos pueden hacer todo esto y los demás miembros más desfavorecidos de la sociedad no pueden, porque no se destinan los recursos y los medios públicos para tales fines, al final se estará fomentado una política eugenésica en base al dinero de una clase social determinada, lo que desembocará en una supra-especie humana o en una raza de seres humanos mejor dotados física, intelectual y económicamente, que estarán mejor posicionados socialmente y que dominarán todas las esferas de la sociedad; así los políticos más influyentes, los mejores científicos, los artistas más creativos, también serán los más ricos y constituirán la élite mundial (esto ya ocurre, pero si no ponemos remedio, esta situación se acentuará cada vez más), por ello a esta élite le interesa que haya grupos pro-vida que se opongan al infanticidio, al aborto selectivo, a las pruebas prenatales, a la clonación terapéutica, a la investigación con células madre, en definitiva, a cualquier avance científico-tecnológico que afecte a

la vida o la muerte de un ser humano, aunque este todavía no esté definido como tal. A esta élite le interesa esta oposición porque así los políticos no se atreven a tomar medidas en contra de la Iglesia y de este sector de la población, porque les restaría votos y poder; por lo tanto el sector privado está tomando la delantera, ya que las empresas que se dedican a la investigación biomédica sí que pueden desarrollar todas estas técnicas en “paraísos científicos” financiados por un sector privado y conseguir así dos objetivos: por un lado enriquecerse, haciendo su fortuna cada vez más grande; y por otro lado garantizarse que no todo el mundo tenga acceso a estas técnicas y a estos avances tecnológicos, de forma que sólo los ricos pueden tener acceso a ello mejorando aún más su prole y por ende su “supra-especie.

Haciendo una simple lectura de esta conclusión alguien podría pensar que es una simple opinión de un visionario futurista, pero nada más lejos de la realidad; si se profundiza y analiza su contenido, se podrá comprobar que es una realidad en la actualidad. Un matrimonio, con independencia de su nacionalidad, pero con el dinero suficiente, puede encargarse por internet el sexo, el color de la piel, del pelo, de los ojos, incluso el nivel intelectual de su futuro hijo y viajar a EE.UU cuando ya lo tengan todo preparado; si por cualquier error el feto es defectuoso o no les gusta pueden viajar donde el aborto sea legal, por ejemplo a Londres, o incluso una vez nacido el hijo optar por el infanticidio si ha nacido con algún tipo de malformación y reemplazarlo por otro hijo más sano, más fuerte y más inteligente. Esto es una realidad, no es ciencia ficción. Y si esto puede hacerlo un matrimonio acaudalado, ¿por qué no puede hacerlo uno pobre? Parece ser que todo se reduce a una cuestión económica, no ética. Sin embargo, no nos parece éticamente correcto que lo que puedan hacer los ricos no puedan hacerlo los pobres, lo que está considerado como éticamente correcto, debe serlo tanto para los pobres como para los ricos, y lo que no es éticamente correcto no lo es para nadie.

Lo que sí se puede afirmar es que la mayoría de los países utilizan medios para evitar, en la medida de lo posible los nacimientos de niños defectuosos, o las enfermedades congénitas que pueden ser detectadas antes del parto. Hay quien afirma que las pruebas y diagnósticos prenatales son una nueva forma de eugenesia. Habida cuenta de las discrepancias en torno a las bondades o maldades de las pruebas y diagnósticos prenatales, podemos concluir que hay tantas opiniones al respecto como creencias religiosas y morales existen.

Nosotros pensamos que los tests y diagnósticos prenatales son positivos y deberían seguir usándose, incluso investigándose para su mejora y poder así conseguir mayor exactitud en sus pronósticos (al estilo de la máquina Carmentis de Wilkinson). Pero al mismo tiempo pensamos que debe haber una legislación que regule dicha práctica y establezca cuál es la finalidad de su uso y qué límites no deben sobrepasarse. Dicha legislación debe establecer sinergias con otras leyes.

Con respecto al infanticidio por razones de género, concluimos que en un país en donde hay igualdad de oportunidades para todos sus ciudadanos, no tiene por qué existir el feminicidio, ni un aumento injustificado de las violaciones a mujeres, como ocurre en la India. En un país civilizado, desarrollado, democrático, con igualdad de oportunidades, sin distinción de sexos, credos e ideologías habrá unos índices normales de delincuencia, robos, homicidios, violaciones, y otros delitos relacionados. Esto es algo que está dentro de la media, aunque obviamente, la sociedad tiene que seguir luchando para que los índices de criminalidad se reduzcan paulatinamente hasta llegar a cero.

Por lo tanto, el hecho de que existan países con un alto nivel de feminicidios o de abortos selectivos que perjudiquen a los fetos de sexo femenino, no es porque la ciencia haya desarrollado, en el campo de la investigación médica, un método para averiguar el sexo, el tamaño o el estado de salud de un feto, sino por la corrupción y degradación de una sociedad castigada por la mala distribución de la riqueza, la pobreza y la miseria. En este caso, las pruebas y diagnósticos prenatales son únicamente un medio para conseguir un fin; no se trata de un fin en sí mismo. Si no existieran las pruebas prenatales en la India o en China, quizás disminuiría el número de abortos selectivos, pero se incrementaría drásticamente el número de abandonos y de infanticidios de sexo femenino. De no existir dichas pruebas, quizás no habría en el mundo 170 millones de huérfanos, sino más de trescientos millones, por no hablar de los cientos de millones de infanticidios.

El problema de las pruebas prenatales lo hemos analizado desde tres puntos de vista, el de Beenson, el de Singer y el de Wilkinson.

También nos hemos hecho eco del problema del feminicidio, en auge en países como India y China, y de las consecuencias de dicho fenómeno, tales como el incremento de las violaciones, de los huérfanos o la trata de blancas. Hay quienes

consideran el feminicidio una consecuencia directa de las pruebas prenatales y del aborto selectivo. Desde aquí nos mostramos contrarios a la discriminación y la desvaloración de la mujer, así como todos los crímenes o delitos cometidos contra ella y contra cualquier ser humano, pero consideramos que el feminicidio es un fenómeno socio-cultural y es debido a la miseria generada por sistemas políticos corruptos, una mala distribución de la riqueza y unas tradiciones ancestrales que minusvaloran a las mujeres; pero no a los avances de la ciencia y la tecnología en el ámbito reproductivo.

Por último, queremos incidir en que el infanticidio (no el matar indiscriminadamente a un recién nacido sano y sin motivo que lo justifique, sino como lo entendemos aquí: como la eutanasia activa o pasiva aplicada a un recién nacido con una discapacidad severa o que padece una enfermedad incurable) no es *a priori* moralmente correcto ni incorrecto, sino que dependerá de la intencionalidad con la que se lleve a cabo (si es para causar un bien al neonato y a su familia acortando su sufrimiento), de las consecuencias de la acción (el beneficio o perjuicio que se ocasione tanto al neonato, como a su familia, como a la sociedad en su conjunto), pero, sobre todo, de las circunstancias:

- Situación geográfica: (sistema de valores y creencias que profese la comunidad moral donde se encuentre); legislación vigente en el lugar donde se encuentre; medios tecnológicos y económicos de los que disponga el hospital y la sociedad donde se encuentre.
- Calidad de vida del neonato.
- Expectativas de vida del neonato.
- Mejor interés del neonato.
- Mejor interés de los padres y hermanos del neonato.
- Mejor interés del siguiente hijo en la cola.

Teniendo en cuenta todos estos factores y condicionantes podremos deducir si un caso concreto de infanticidio será moralmente correcto o incorrecto.

PARTE III
LOS COMITÉS

III. Los Comités de ética.

A lo largo de este trabajo hemos hablado continuamente de los comités de ética y de bioética sin haber explicado detalladamente qué son. En este capítulo trataremos de comprender cuál es su significado, su realidad, su origen, su historia, su clasificación, sus métodos, sus funciones, sus características, sus metas y su actualidad.

Y concluiremos dando una serie de recomendaciones relativas al funcionamiento y al rol que deben asumir los comités de bioética; que deben ser tenidas en cuenta tanto por sus miembros, como por las autoridades hospitalarias e instituciones políticas de cualquier nivel.

III.1. Los diversos tipos de comités.

III.1.1. La clasificación de F. Abel.

Si atendemos a la clasificación de Francesc Abel (1999: 241-242), podemos distinguir tres “bloques convencionales”, a saber:

a) Comités Éticos de Investigación Clínica (C.E.I.C.). Estos comités tienen como finalidad velar por la calidad de la investigación en sujetos humanos y la protección de los mismos. En EE. UU. son denominados *Institutional Review Boards* (IRB's).

b) Comités de Ética Asistencial (C.E.A.). Son comités que, en el ámbito hospitalario, intentan resolver los conflictos éticos que plantea la asistencia hospitalaria y elaboran protocolos asistenciales para los casos en los que se necesita establecer una política institucional. También se ocupan –o deberían ocuparse– de la formación en bioética de los profesionales del hospital. En EE. UU. se les llama *Hospital Ethics Committees* (HEC's).

c) Comités Nacionales (CNS), que pueden ser permanentes o temporales, con una competencia bioética que puede ser muy amplia o meramente puntual, según sea el caso. En el supuesto de la creación de un comité para estudiar un caso concreto sería un “Comité *ad-hoc*”. En este tipo de comités se podrían incluir la *National*

Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (1975-1978) y la *President's Commission for the Study of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research* (1978-1983), ambas comisiones norteamericanas. En Europa, algunos países de la Unión Europea tienen comisiones permanentes de Bioética.

III.1.2. La clasificación de J.J. Ferrer.

Jorge José Ferrer (2003, 20-22) propone una clasificación que consiste en tres tipos de comités y múltiples niveles:

Como criterio de clasificación de los tipos de comités utiliza el ámbito específico en el que realizan sus tareas, es decir el objeto formal de su quehacer o el foco de su interés. En base a este criterio distingue tres clases, a saber: 1) comités de investigación clínica; 2) comités de ética asistencial (o Comités de Bioética Clínica) y 3) comités de ética organizacional (o Comités de Ética Institucional).

Con respecto a esta última clase de comités, se tendrá en cuenta la definición de Ética organizacional, según la *American Society for Bioethics and Humanities* (ASBH)²⁰⁰, que es la disciplina que se ocupa de las posiciones y conductas de una organización en sus relaciones con los individuos, grupos y comunidades, así como con otras organizaciones. Se trata de una nueva instancia de la ética aplicada, que se interesaría, por ejemplo, por las relaciones de un hospital con sus empleados, de los incentivos económicos que ofrece a sus clínicos o de las restricciones del acceso a los médicos especialistas o a tratamientos indicados, pero no cubiertos por los seguros, que impone a sus pacientes.

En *An Introduction to Healthcare Organizational Ethics* Robert T. Hall (2000: 4) utiliza el concepto de ética organizacional para referirse al análisis ético de las decisiones y acciones llevadas a cabo por organizaciones o por individuos que actúan como agentes de organizaciones. La ética organizacional es una rama de la ética empresarial, pero R. Hall prefiere el término “organizacional” porque tiene una connotación comercial menor y caracteriza mejor el interés público, característico de

²⁰⁰American Society For Health And Human Values (ASBH). (1998). Core Competencies for Health Care Ethics Consultation, Glenview, IL., *American Society for Bioethics and Humanities*, p. 24. Citado en Ferrer, (2003, 20).

la mayor parte de las instituciones que prestan servicios de salud. La diferencia esencial, asevera Robert Hall, entre la ética médica clínica y la ética organizacional de la asistencia sanitaria estriba en el distinto enfoque que tienen ambas actividades. La resolución de problemas de ética médica se refiere al cuidado de los pacientes. Los principios que están implicados en la ética médica (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia) son valores significativos para la asistencia de los pacientes. En contraste con la ética médica, la ética organizacional en el ámbito de la asistencia sanitaria tiene que ver con la naturaleza y función de la organización, su papel en la sociedad, y sus relaciones con muchas personas, además de los pacientes: empleados, gestores, la comunidad, profesionales, proveedores comerciales y otros proveedores de prestaciones sanitarias. La perspectiva organizacional se configura a partir de la misión total de la organización, incluyendo sus obligaciones con todos los que son afectados por sus actividades.

Algunos autores, como Spencer (1997: 372-373), entre otros, han llegado a plantear que los Comités de Ética Asistencial asuman la responsabilidad por las cuestiones de ética organizacional; sin embargo, asegura J. J. Ferrer, tal opción no es saludable, ya que los saberes y destrezas requeridos son diversos. Lo que sí debe existir es comunicación y coordinación entre ambos comités, así como también con el comité de ética de la investigación (si éste existiese en la misma institución). El comité de ética organizacional también necesita conocimientos de ética clínica y sería aconsejable que formara parte de él un experto en bioética clínica, además de un jurista especializado en derecho sanitario. También sería bueno que hubiera algunas personas que participasen en ambos comités, pero eso no significa que el mismo comité deba asumir ambas funciones.

En cuanto a los niveles de los comités, afirma J. J. Ferrer que las tres clases de comités pueden funcionar en diversos niveles de competencia, que pueden ir desde el centro de atención primaria hasta el nivel nacional o supranacional, pasando por el hospital o centro de investigación.

III.2. Los comités éticos de investigación clínica (C.E.I.C.) o comités de ética de investigación (C.E.I).

Los CEIC son órganos institucionales que tienen como misión valorar desde el punto de vista de la ética los proyectos de investigación y experimentación que atañen a seres humanos.

El antecedente más antiguo conocido y documentado de lo que podría ser considerado como un Comité data de 1946 y sería la Comisión de Derecho Internacional de las Naciones Unidas para instituir los principios que debían tutelar los juicios de Nüremberg, a raíz de los abusos en investigación clínica de la Alemania nazi, que concluyó con un informe que incluía comentarios sobre dichos principios.

III.2.1. Recorrido histórico

En Estados Unidos y Reino Unido, allá por los años sesenta, se da la necesidad de intentar proteger a los seres humanos que son objeto de experimentación o investigación clínica, y por ello empiezan a surgir los Comités de Ensayos Clínicos (CEC), que más tarde pasarían a llamarse como los conocemos ahora: Comités de Ética para la Investigación Clínica (CEIC).

III.2.1.1. Estados Unidos.

En 1953 aparece por primera vez el concepto de un comité encargado de la revisión ética de un protocolo de investigación. Los National Institutes of Health (NIH) de EEUU estipulan que toda investigación que se lleve a cabo en sus clínicas y que involucre a seres humanos, debe ser aprobada previamente por un comité responsable de su protección (Ferrer, 2003, 23).

En 1966 el Servicio Público de Salud dictaminó que los proyectos de investigación tenían que ser sometidos a una revisión independiente; esta propuesta fue revisada en 1969 y en 1971, aunque no tuvo una repercusión relevante hasta 1974, que fue promulgada como Ley a consecuencia de los escándalos producidos por el surgimiento a la luz pública de la experimentación con seres humanos, sin su

consentimiento, llevadas a cabo durante muchos años en los polémicos estudios de Tuskegee, de Willowbrook²⁰¹, o también del Jewish Hospital mediante la inoculación de células cancerosas a muchos de sus pacientes de avanzada edad. Ese mismo año se creó la *National Commission for the Protection of Human Subject of Biomedical and Behavioral Research*, que publicó en 1978 el Informe Belmont²⁰². Esa Comisión Nacional tiene como objetivo fundamental asegurar el cumplimiento de los principios éticos básicos contenidos en el Informe Belmont. Mientras tanto, los *Institutional Review Boards* (IRB) tienen la misión de revisar el diseño del estudio propuesto, la relación beneficio-riesgo y la obtención del consentimiento informado de los sujetos, previo a su inclusión en el proyecto de investigación. En 1981 se incluyeron en la reglamentación federal y desde entonces ésta ha sido revisada en varias ocasiones²⁰³. Al principio, los comités norteamericanos tenían la misión de aprobar los proyectos financiados con fondos públicos, pero más tarde, la *Food and Drug Administration* (FDA) exigía además el informe favorable de un IRB para

²⁰¹ Willowbrook era una escuela financiada por el estado para niños con retraso mental, localizada en Staten Island en Nueva York. Entre 1950 a 1970, se realizó una investigación, conocida como el Estudio de Willowbrook. En éste, se analizó un grupo de niños con retraso mental, que estudiaban con régimen de internado, en la Escuela Estatal de Willowbrook en Nueva York. En esta institución había una alta incidencia de hepatitis, por lo que se observó estos casos cuidadosamente. El objetivo del estudio era determinar el curso natural de la enfermedad sin recibir tratamiento alguno. Más tarde se descubrió que existían dos tipos distintos de Hepatitis (A y B). Al mismo tiempo se demostró que inyectando a los residentes infectados con Gamma Globulinas (un tipo de inmunoglobulinas), se podía desarrollar una inmunidad pasiva, por lo que se tomaría ésta como una forma de tratamiento.

Este estudio fue aprobado por el Departamento de Salud Mental del Estado de Nueva York, y apoyado por el área Epidemiológica de las Fuerzas Armadas.

En la escuela se aceptaban de manera preferencial niños con retraso mental que eran portadores de Hepatitis 4 y se inocularon cientos de niños para que la contrajeran. Los niños recién ingresados, de entre 3 y 11 años de edad, eran sistemáticamente inoculados con hebras del virus aisladas de las deposiciones de enfermos con hepatitis de la misma escuela. El consentimiento de los padres para la investigación en sus hijos era una exigencia para la admisión a esta institución que tenía cupos limitados.

El estudio fue realizado por el Dr. Saul Krugman y colaboradores, quienes lo justificaban como beneficioso para estos niños enfermos por la ayuda médica sin costo, y para la humanidad por los nuevos conocimientos. Las inoculaciones con el virus de la hepatitis en forma intencionada, fueron justificadas por la inevitabilidad del contagio, por la alta densidad de niños enfermos en la escuela de Willowbrook. Además, señalaban, era mejor para los niños ser contagiados bajo cuidadosas y controladas condiciones de investigación, supervisados por médicos de excelencia. Disponible en <http://aguedamunozbioetica.blogspot.com.es/2009/12/investigacion-con-vulnerables-caso.html>.

²⁰² R.J. Levine. (1986). *Ethics and Regulation of Clinical Research*, 2º Ed., U & Schwarzenberg, Baltimore – Munich (pp. 321-363). Citado en Galende D., Inés: “Los Comités de Ética para la Investigación Clínica. Presente y futuro”, en Ferrer, J.J. y Martínez, J.L. (Eds). (2002). *Bioética: un diálogo plural. Homenaje a Javier Gafo Fernández, S.J.* (pp. 417-427). Madrid. Universidad Pontificia de Comillas.

²⁰³ Part 56 – Institutional Review Boards. 2000 CFR Title 21, Vol.7. http://www.access.gpo.gov/nara/cfr/waisidx_00/21cfr56_00.html. Citado en GALENDE D., Inés. (2002: 417-427).

cualquier proyecto de investigación con seres humanos, ya fuera con fondos públicos o privados.

III.2.1.2. Reino Unido.

El primer antecedente de algo parecido a los CEIC se da en el Reino Unido, cuando en 1953 el *Medical Research Council* dio a conocer las primeras recomendaciones sobre la investigación con seres humanos, que no tuvieron mucho éxito. Sin embargo, en 1963, se publicaron por segunda vez, y entonces sí que tuvieron mayor repercusión, de hecho, un año más tarde, dichas recomendaciones se vieron reforzadas por la Declaración de Helsinki.

En 1967, el *Royal College of Physicians of London* (R.C.P.L.) propuso los procedimientos requeridos para que un proyecto de investigación con seres humanos fuese considerado como éticamente aceptable. El (R.C.P.L.) recomendó años más tarde la creación de los *Research Ethics Committees* (R.E.C) o Comités de Ética para la Investigación con el objeto de supervisar todos los proyectos de investigación, con seres humanos implicados, para asegurar el cumplimiento de los Derechos Humanos. En la década de los setenta se expandieron los REC por todo el Reino Unido y en 1984 el RCPL estableció la composición y normas de funcionamiento de estos comités, que fueron revisadas en 1990 y 1996, y publicadas en 1991 por el Departamento de Salud, cuando pasaron a llamarse Local Research Ethics Committees (LREC)²⁰⁴.

III.2.1.3. Unión Europea.

En la Unión Europea es de aplicación la Directiva 2001/20/CE²⁰⁵. En esta directiva se denomina a los CEIC como *Independent Ethics Committees* (IEC) para distinguirlos de los CEAS que los denomina *Ethics Committees* (EC). Esta Directiva es el documento que regula, por primera vez, los ensayos con medicamentos para

²⁰⁴ D. Evered, "Ethics Committees A New Phenomenon in Medicine and Health Care", en J. Glasa (ed.) *Ehtics Committees in Central and Eastern Europe*, Council of Europe, Charis-IMEB Fdn., Bratislava, 2000: 29-43. Citado en Galende D., Inés. (2002: 417-427).

²⁰⁵ Directiva 2001/20/CE. Diario Oficial de las Comunidades Europeas 2001. L 121: 34-44. Disponible en http://ec.europa.eu/enterprise/pharmaceuticals/eudralex/vol-1/dir_2001_20/dir_2001_20_es.pdf.

todos los Estados Miembros (EM). En ella se incluye una importante referencia a los aspectos éticos: protección de los Derechos y la Dignidad del Ser Humano; información y confidencialidad; evaluación de riesgos y beneficios; y la obligación de disponer de un Dictamen sobre un protocolo por parte de un Comité de Ética en Investigación e incluso, valorar la aptitud de los investigadores y la adecuación de las instalaciones.

III.2.1.4. España.

En 1978 se publicó un Real Decreto en el que se manifestaba la necesidad de que los ensayos clínicos con medicamentos fueran evaluados por el Comité de Ensayos Clínicos de cada centro hospitalario.

El 3 de agosto de 1982 entró en vigor una nueva Orden del Ministerio de Sanidad; este es el primer documento en el que se establece cómo habían de estar compuestos y cuáles eran las funciones de los CEC.

En 1990 se promulga la Ley 25/1990 del Medicamento y en 1993 el Real Decreto 561/1993, que desarrolla el título III²⁰⁶ de la citada Ley. En ambas normas se definen los mínimos que deben cumplir los CEIC en cuanto a composición, funciones y normas de funcionamiento. Sin embargo, son competencia de las Comunidades Autónomas tanto los criterios para la acreditación, como el ámbito de actuación (Galende, 2002: 418).

Posteriormente, se aprueba 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.

La publicación de una Directiva Europea que se incorporó a la legislación española mediante el Real Decreto 223/2004, modificó parcialmente algunos criterios básicos de los CEIC –composición, funciones y normas de funcionamiento–,

²⁰⁶ Se entiende por ensayo clínico, en general, «toda evaluación experimental de una sustancia o medicamento, a través de su administración o aplicación a seres humanos, orientada hacia alguno de los siguientes fines:

a) poner de manifiesto sus efectos farmacodinámicos o recoger datos referentes a su absorción distribución, metabolismo y excreción en el organismo humano.
b) Establecer su eficacia para una indicación terapéutica, profiláctica o diagnóstica determinada.
c) Conocer el perfil de sus reacciones adversas y establecer su seguridad»
(Ley Española del Medicamento de 1990, Título III: De los Ensayos Clínicos, Art. 59.)

además de establecer un procedimiento denominado de “Dictamen Único” para los ensayos clínicos multicéntricos, mediante el cual sólo es necesaria la opinión de un CEIC (CEIC de Referencia) por cada Estado Miembro de la UE. En la citada Directiva este tipo de Comités se denominan *Independent Ethics Committees* (IEC), para diferenciarlos de los Comités de Ética para la Asistencia Sanitaria, a los que denomina *Ethics Committees*.²⁰⁷

Unos años más tarde se aprueba en España la LEY 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica (TÍTULO VII, Comité de Bioética de España), que supuso un parche al vacío legal existente desde la Ley 25/1990 del Medicamento y su RD 561/1993 de Ensayos Clínicos. La Ley 14/2007 se hace eco del problema resultante de las investigaciones con muestras biológicas y las regula. Además, la Ley 14/2007, en su artículo 12 regula los CEI²⁰⁸ y sus funciones.

²⁰⁷

Disponible

en

http://www.fundacionastrazeneca.es/_mshost4572932/content/resources/media/publicaciones/Libro_Etica_Inv_Clinica.

²⁰⁸ Artículo 12. Comités de Ética de la Investigación.

1. Los Comités de Ética de la Investigación correspondientes a los centros que realicen investigación biomédica deberán ser debidamente acreditados por el órgano competente de la comunidad autónoma que corresponda o, en el caso de centros dependientes de la Administración General del Estado, por el órgano competente de la misma, para asegurar su independencia e imparcialidad.

Para la acreditación de un Comité de Ética de la Investigación se ponderarán, al menos, los siguientes criterios: la independencia e imparcialidad de sus miembros respecto de los promotores e investigadores de los proyectos de investigación biomédica, así como su composición interdisciplinar. Las autoridades competentes podrán disponer la creación de Comités de Ética de la Investigación que desarrollen sus funciones en dos o más centros que realicen investigación biomédica.

2. El Comité de Ética de la Investigación correspondiente al centro ejercerá las siguientes funciones:

a) Evaluar la cualificación del investigador principal y la del equipo investigador así como la factibilidad del proyecto.

b) Ponderar los aspectos metodológicos, éticos y legales del proyecto de investigación.

c) Ponderar el balance de riesgos y beneficios anticipados dimanantes del estudio.

d) Velar por el cumplimiento de procedimientos que permitan asegurar la trazabilidad de las muestras de origen humano, sin perjuicio de lo dispuesto en la legislación de protección de datos de carácter personal.

e) Informar, previa evaluación del proyecto de investigación, toda investigación biomédica que implique intervenciones en seres humanos o utilización de muestras biológicas de origen humano, sin perjuicio de otros informes que deban ser emitidos. No podrá autorizarse o desarrollarse el proyecto de investigación sin el previo y preceptivo informe favorable del Comité de Ética de la Investigación.

f) Desarrollar códigos de buenas prácticas de acuerdo con los principios establecidos por el Comité Español de Ética de la Investigación y gestionar los conflictos y expedientes que su incumplimiento genere.

g) Coordinar su actividad con la de comités similares de otras instituciones.

h) Velar por la confidencialidad y ejercer cuantas otras funciones les pudiera asignar la normativa de desarrollo de esta Ley.

3. Para el ejercicio de sus funciones, los Comités de Ética de la Investigación podrán requerir la información que precisen y, en particular, la que verse sobre las fuentes y cuantía de la financiación de los estudios y la distribución de los gastos.

Así, la Ley 14/2007 es el germen del Real Decreto 1716/2011, de 18 de noviembre, por el que se establecen los requisitos básicos de autorización y funcionamiento de los biobancos con fines de investigación biomédica y del tratamiento de las muestras biológicas de origen humano, y se regula el funcionamiento y organización del Registro Nacional de Biobancos para investigación biomédica.

Dicho lo cual, estaríamos en condiciones de poder afirmar que en España existe una legislación suficiente con respecto a la investigación en este sentido. Ni que decir tiene que nuestro país también ha sido pionero en lo que respecta a la regulación de las técnicas de reproducción asistida. Con la Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre Técnicas de Reproducción Asistida, España intentó dar una solución a la incipiente necesidad demandada por una parte de la sociedad afectada por la infertilidad, regulando este aspecto. Esta Ley contribuyó a un avance científico y clínico en la materia, así como a resolver gran número de casos de esterilidad. Dicho avance científico-tecnológico propició el desarrollo de nuevas técnicas de reproducción y, como consecuencia, un incremento de embriones supernumerarios y dio lugar a la difícil cuestión de decidir sobre su destino.

A principios de este nuevo milenio, el debate sobre las células troncales en España puso de manifiesto una realidad indiscutible a todas luces, que no es otra que el pluralismo moral o ético que caracteriza a la sociedad española. En un artículo de Adela Cortina publicado en el periódico “El País” (19/03/2003) podemos hacernos eco de sus ideas como por ejemplo que “nuestra sociedad es moralmente plural”, que no es relativista pues existen unos valores compartidos, ni tampoco subjetivista, porque las cuestiones de justicia no dependen de las preferencias de cada uno, sino más bien, que la española es una sociedad intersubjetivista. Cortina considera que la sociedad española comparte una ética cívica desde la que se deben abordar los problemas morales que afectan a su conjunto, como por ejemplo la cuestión de las

4. Los miembros de los Comités de Ética de la Investigación deberán efectuar declaración de actividades e intereses y se abstendrán de tomar parte en las deliberaciones y en las votaciones en que tengan un interés directo o indirecto en el asunto examinado.
«BOE» núm. 159, de 04/07/2007 – Ref: BOE-A-2007-12945
Se modifica el apartado 2.f) por la disposición final 8.1 de la Ley 14/2011, de 1 de junio. Ref. BOE-A-2011-9617.

células troncales. Sobre este asunto hay un consenso científico en cuanto a su gran potencial terapéutico, ya sea de las células troncales embrionarias como adultas.

Sin embargo existían y siguen existiendo grandes discrepancias éticas en torno a los medios para la obtención de dichas células troncales embrionarias, ya que podían ser obtenidas a partir de embriones sobrantes (de abortos y de programas de fecundación in Vitro) o de embriones somáticos (obtenidos por clonación o por técnicas de FIV). En ambos casos el fin es el mismo: su destrucción.

El kit de la cuestión es delimitar cuál es el estatuto del embrión y, hasta el momento, parece no tener respuesta o al menos una única respuesta compartida por el conjunto de la sociedad. Ni en España ni en la mayor parte de los países del mundo parece haber un consenso sobre este asunto. Con respecto a esta pregunta se pueden contemplar tres tipos de respuestas dependiendo de los grupos de investigación:

1) Quienes consideran que el embrión humano merece un respeto especial por tratarse de una vida humana, pero tienen en cuenta otros valores también importantes, como el de paliar el sufrimiento humano, y están de acuerdo en investigar con embriones tempranos si su única alternativa es la destrucción.

2) Quienes consideran que el embrión humano debe ser protegido desde el momento de la fecundación, ya que se trata de una persona, y prefieren la descongelación y destrucción antes que la experimentación e investigación, independientemente de cual sea su finalidad.

3) Quienes consideran que el embrión humano es tan sólo un conjunto de células similar a cualquier otro conjunto de células humanas y no tienen un estatuto diferente, por lo que no debe haber limitación alguna a su utilización sea cual fuere el fin de la misma.

Ante esta situación, aparentemente irresoluble, las sociedades pluralistas han optado por designar comisiones de expertos. En España se designaron dos comisiones para evaluar éticamente el problema de la investigación con células troncales: la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida (que emitió su informe en el año 2000) y el Comité Asesor de Ética de la Investigación Científica y Tecnológica (que publicó su informe el 5/03/2003).

Lo que ha de tenerse en consideración a partir de estos hechos es que hay una serie de valores compartidos por la sociedad que deben ser contemplados, tales como el respeto a la vida humana desde la etapa de embrión, el valor de intentar aliviar el sufrimiento humano por medio de investigaciones, el valor de la libertad de investigación, el valor de la libertad de las parejas afectadas, cuyo consentimiento es necesario. En este sentido, Cortina, A. (El País, 2003) afirma que se debe permitir la investigación con células troncales humanas en el caso de embriones destinados a la destrucción, cuando el motivo de las investigaciones sea el alivio del sufrimiento humano, pero añade que todo esto debe seguir siendo discutido, porque el ejercicio de la razón pública nos obliga al debate abierto, con el propósito de construir una convivencia a la altura de la dignidad humana.

Unos meses más tarde de la publicación de este artículo en la prensa nacional se promulgó la Ley 45/2003, de 21 de noviembre, que más bien fue una revisión o modificación de la anterior Ley del 88, y que no resuelve, para nada, las lagunas que no cubría la Ley anterior.

La Ley de 2003 autorizaba, bajo ciertas circunstancias, la utilización de los preembriones crioconservados (anteriores a noviembre de 2003) con fines de investigación. Pero tuvo un escollo difícil de salvar, concedía distinto estatuto a los preembriones congelados según su fecha de concepción, los generados antes de noviembre de 2003 podían ser utilizados para investigación u otros fines, mientras que los generados posteriormente a noviembre de 2003 podían utilizarse única y exclusivamente a la reproducción de la pareja generadora o a la donación a otras mujeres. ¿Qué diferencia a un embrión obtenido en octubre a otro obtenido en noviembre de 2003?, ¿por qué unos embriones poseen un estatuto legal y otros otro?, son preguntas que no debieron tener en cuenta los expertos al redactar esta nueva Ley. Por otra parte, se prohibía la producción de más de tres ovocitos en cada ciclo reproductivo, lo cual suponía una dificultad a la hora de utilizar con éxito las técnicas de reproducción asistida y un mayor riesgo para la salud de la mujer, que era el principal objetivo de la anterior Ley, ya modificada, y con lo que no estaba de acuerdo la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida, que aconsejó reformar dicha Ley desde sus inicios para corregir las deficiencias advertidas y acomodarla a la realidad actual. Finalmente, se reformó tres años después,

promulgándose la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida, que prohíbe la clonación de seres humanos con fines reproductivos y que tiene por objeto:

a) Regular la aplicación de las técnicas de reproducción humana asistida acreditadas científicamente y clínicamente indicadas.

b) 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.

c) La regulación de los supuestos y requisitos de utilización de gametos y preembriones humanos crioconservados.

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.

Al año siguiente, se aprueba la LEY 14/2007 sobre Investigación Biomédica, de la que ya hemos hablado anteriormente.

III.2.1.4.1. La Asociación Nacional de Comités de Ética de la Investigación (ANCEI).

La ANCEI²⁰⁹ es una asociación, de carácter voluntario, de ámbito nacional, sin ánimo de lucro y con personalidad jurídica propia que agrupa a personas que formen o hayan formado parte de cualquiera de los diferentes Comités de Ética de la Investigación, así como otras personas vinculadas a ellos con intereses comunes (socios colaboradores).

La ANCEI se gestó en las “*IV Jornadas de Aspectos Éticos de la Investigación Biomédica. Investigación Responsable*”, que organizó el Comité de Ética de la Investigación y Bienestar Animal del ISCIII, en el Salón Ernest LLuch del Instituto de Salud Carlos III (Madrid) los días 23 y 24 de noviembre de 2012. Durante estas jornadas se celebró la asamblea fundacional de la Asociación Nacional

²⁰⁹ La ANCEI se encuentra inscrita en el Registro Nacional de Asociaciones: Grupo 1º/ Sección 1º/ Número Nacional: 600551. Para mayor información consultar su página web: <http://www.ancei.es>.

de Comités de Ética de la Investigación y se sometió a votación la propuesta de Junta Directiva.

La Asociación nace como una necesidad expresada por una parte importante de los miembros de diferentes Comités de Ética de la Investigación existentes en España y pretende ser la referencia para personas que forman parte de ellos. Tiene, también, vocación de ser la Asociación que represente a los Comités de Ética de la Investigación ante los Organismos e Instituciones de las Administraciones Públicas con competencias sobre los mismos, y ante las Organizaciones Internacionales con ellos relacionadas.

Fines:

La Asociación Nacional de Comités de Ética de la Investigación tendrá los siguientes fines:

- a) Promover la formación inicial y continuada de las personas que vayan a formar parte o formen parte de los CEI.
- b) Ser el lugar de encuentro para intercambio de experiencias en relación con los aspectos teóricos y prácticos de la Ética de la Investigación en seres humanos.
- c) Contribuir a la mejora de la calidad de la investigación y colaborar con las Administraciones Públicas competentes, CEI acreditados en España, Organizaciones, Instituciones o Asociaciones, que soliciten su asesoría en materia de ética en investigación clínica.

Objetivos:

La Asociación Nacional de Comités de Ética de la Investigación tiene entre sus objetivos:

- a) Organizar actividades formativas o de otro tipo (presenciales, semi-presenciales o por otros medios tecnológicos-TIC), y fomentar en intercambio de experiencias entre los miembros de los CEI.
- b) Organizar jornadas y/o cursos abiertos a la comunidad científica, que potencien el conocimiento de las actividades de los CEI, o que permitan ampliar y difundir los conocimientos sobre ética de la investigación en biomedicina y materias afines.

c) Establecer alianzas, tanto nacionales como internacionales, con otras asociaciones de CEI, así como sociedades o asociaciones de bioética que tengan objetivos comunes.

d) Promocionar la realización de estudios, proyectos, publicaciones relacionadas con las actividades de los CEI, así como la difusión de éstos, y otros, de interés particular para los fines de la asociación.

e) Contribuir a mejorar la información y la formación sobre investigación biomédica, y las garantías éticas que deben existir para la realización de estudios en seres humanos.

f) Cualquier otra actividad, en distintos formatos y medios, que dé a conocer la responsabilidad y las funciones de estos comités.

Medios:

La Asociación Nacional de Comités de Ética de la Investigación dispone, para el logro de sus fines, de las cuotas de sus asociados/as, del trabajo voluntario que se realice, de los ingresos que obtenga de sus actividades -organización de eventos, ventas de publicaciones; conferencias, etc.- y de cuantos ingresos de carácter público o privado recibida de forma legal.

III.3. Los comités institucionales de ética (CIE), comités asistenciales de ética (CAE) o comités de ética asistencial (CEA).

En España se denominan comités asistenciales de ética por la Circular 3/1995, de 30 de abril, de la Dirección General del INSALUD. Sin embargo, en el País Vasco, por el Decreto 143/1995, de 7 de febrero, y en Cataluña por la Orden de 14 de diciembre de 1993, se denominan comités de ética asistencial. Como ya hemos dicho antes, en EEUU se les llama *Hospital Ethics Committees* (HEC's).

Como hay autores que discrepan y unos utilizan una denominación y otros otra, por considerar unos que lo que es asistencial es la ética y no los comités, y viceversa, a partir de este momento utilizaremos indistintamente CAE y CEA, puesto que son la misma cosa.

La definición de recogida en la Circular 3/95 dice así:

«Recibe el nombre de Comité Asistencial de Ética aquella comisión consultiva e interdisciplinar, creada para analizar y asesorar en la resolución de los posibles conflictos éticos que se producen durante la práctica clínica en las Instituciones sanitarias, a consecuencia de la labor asistencial, y cuyo objetivo final es mejorar la calidad de dicha asistencia sanitaria»²¹⁰.

III.3.1. Recorrido histórico.

El primer comité de este tipo se denominó “Comité de la muerte” y fue creado en Seattle (EEUU) en 1960 con la finalidad de seleccionar a los enfermos que debían someterse a hemodiálisis.

Otro precedente en la historia de los CAEs es el informe del Comité *ad hoc* de la Facultad de Medicina de Harvard que trataba sobre la definición de muerte cerebral. Fue publicado por la revista *Jama* en 1968. Este informe, asegura Cortina (1996: 297) es el origen de la formación de comités en los hospitales para decidir cuándo se dan las condiciones de muerte y las posibilidades éticas y legales de desconexión de la respiración asistida a los pacientes.

En 1976 el Tribunal Supremo de New Jersey dicta sentencia a favor de la demanda de los padres de Karen Ann Quinlan, de 21 años de edad y en coma prolongado, a desconectar la respiración artificial a su hija, siempre y cuando un comité de ética del hospital donde se encontraba ingresada declarase que el pronóstico era de coma irreversible.

En 1983, la *President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research*, en su informe *Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment*, recomienda la creación de comités hospitalarios para la toma de decisiones éticamente correctas en los casos de pacientes incapaces mentalmente, inconscientes y en recién nacidos gravemente enfermos (Abel, 1996: 297), como, por ejemplo, los casos de «Baby Doe 1» y «Baby Doe 2», que no hicieron más que reforzar, asegura Cortina (1996: 297), la convicción de que los comités de ética son muy necesarios en los hospitales, tanto para ayudar a resolver los conflictos en que intervienen valores, antes de que se desemboque en los

²¹⁰ Véase: <http://www.san.gva.es/documents/151744/228971/7circular395insalud.pdf>.

tribunales, como para poder contar con personas imparciales que ayuden a tomar decisiones en situaciones críticas.

En España, el primer comité de este tipo que se conoce es el del Hospital San Juan de Dios, en Esplugues (Barcelona), que se creó en 1974 con motivo de la inauguración del Departamento de Obstetricia y Ginecología. Pero, realmente el auge y la proliferación de estos comités por toda España tuvo lugar a partir de la década de los 90.

III.3.2. Composición y características de los CAEs. (Cortina, 1996: 299-300).

Los CAEs deben ser multidisciplinarios, es lo que les distingue de los Comités Deontológicos de los Colegios Médicos. Deben estar compuestos por personal médico y de enfermería, personal de la dirección del centro, algún jurista y algún miembro que no pertenezca a la rama sanitaria. Es indispensable que alguno de los miembros sea experto en bioética.

Para aconsejar debidamente, los CAEs deben reunir las siguientes características: 1) independencia; 2) pluralismo; 3) los miembros deben ser respetados y respetables; 4) es aconsejable que lo compongan personas que no sean extremistas, sino razonables y con capacidad de argumentación.

III.3.3. Funciones de los comités²¹¹

1. Proteger los derechos de los pacientes.
2. Analizar, asesorar y facilitar el proceso de decisión clínica en las situaciones que creen conflictos éticos entre sus intervinientes: el personal sanitario, los pacientes o usuarios y las Instituciones.
3. Colaborar en la formación en bioética de los profesionales del hospital y del área de salud, y muy en particular en la de los miembros del Comité.

²¹¹ Véase <http://www.san.gva.es/documents/151744/228971/7circular395insalud.pdf>.

4. Proponer a la institución los protocolos de actuación para las situaciones en que surgen conflictos éticos y que se presentan de manera reiterada u ocasional.

Las funciones del Comité son completamente independientes de las competencias que en asuntos de ética y/o deontología correspondan a los respectivos colegios profesionales de sus miembros.

En ningún caso serán funciones o competencias del Comité Asistencial de Ética:

1. Promover o amparar actuaciones jurídicas directas para las personas o la Institución.

2. Realizar juicios sobre la ética profesional o las conductas de los pacientes y usuarios. No tiene, por tanto, capacidad para proponer sanciones.

3. Subrogarse o reemplazar la responsabilidad de quien ha pedido su asesoramiento.

4. Tomar decisiones de carácter vinculante.

5. Sustituir a los Comités Éticos de Investigación Clínica.

6. Realizar estudios cuyo objetivo fundamental sea el análisis de asuntos sociales y/o económicos, directa o indirectamente relacionados con la asistencia sanitaria en el hospital, en atención primaria y/o en el conjunto del área de salud.

7. Peritar o manifestarse sobre las denuncias o reclamaciones que afecten a los aspectos procedimentales técnicos de la actividad sanitaria. En ningún caso, podrán emitir juicios acerca de las eventuales responsabilidades de los profesionales implicados en los asuntos que se les sometan.

III.4. Los comités nacionales²¹² (C.N.)

Antes de mencionar los comités o comisiones nacionales en distintos países a través de la historia es conveniente apuntar que hay dos tipos de estos comités, a saber: *Ad hoc* (creados para un caso concreto y con una duración determinada) y permanentes.

²¹² Para un estudio más exhaustivo de este asunto véase Núñez (2003: 139-170).

III.4.1. Recorrido histórico.

El primer comité nacional del que se tienen datos fue el creado en el Reino Unido entre 1832 y 1834, compuesto de tan sólo tres miembros y denominado “*Royal Commission on Poor Laws*” que sentó las bases del sistema de asistencia social en Inglaterra.

En Estados Unidos, a principios del siglo XX, se crearon algunas comisiones *ad hoc*, más conocidas como “*Presidential Commissions*”. Sin embargo, cuando realmente surgen los Comités Nacionales de ética es a partir de 1960 en Estados Unidos, Reino Unido y otros países anglófonos como Australia y Canadá.

También en la República Federal de Alemania se creó una Comisión Nacional a partir de dicha fecha, la “*Enquete-Kommission*”, que ya hemos mencionado en capítulos anteriores.

Sin embargo, y a pesar de la existencia de las citadas comisiones, es en 1964, con la Declaración de Helsinki, cuando se establecen los principios éticos para las investigaciones con seres humanos. En dicha Declaración se habla de protocolos de experimentación y de comités para observación y consejo. En su revisión (Tokio 1975) es cuando habla explícitamente de los comités nacionales (CNs): «Los Comités Nacionales son responsables de supervisar o aconsejar a los comités de ética protectores de una deontología médica y, a través de ella, de la autoridad moral de los médicos.» La declaración de Helsinki, fue revisada posteriormente en Venecia (1983) y Hong Kong (1989).

En la década de los setenta proliferan aún más los CNs, la mayoría son “*ad hoc*”, por el contrario, el Comité Consultivo Nacional de Ética para las Ciencias de la Vida y la Salud (CCNE) de Francia, entre otros, es permanente y es consultado habitualmente por el Gobierno en cuestiones relativas a la Bioética. Además de Francia, otros países europeos también tienen CNs permanentes, tal es el caso de Alemania, Bélgica, Dinamarca, Italia, Luxemburgo, Portugal o Suiza.

Hasta la creación en 2008 del Comité Nacional de Bioética, en España no existía ningún Comité Nacional, tan sólo algunos comités *ad hoc*, como por ejemplo el Comité Palacios, la Comisión sobre medicamentos y ensayos clínicos, de 1984, el comité central de deontología, la Comisión nacional sobre reproducción asistida de 1995, o el Comité asesor de bioética de 2002.

Núñez (2003, 144-145) establece una división de la historia de los comités en tres periodos:

1er periodo: Etapa de instauración (1970-1982).

Se caracteriza por una influencia norteamericana que se extiende a los demás países anglófonos. Suelen ser comités nacionales de carácter temporal y “ad-hoc” de orientación jurídica, cuyos temas de estudio fueron sobre todo: proyectos de investigación, ética de las diálisis y trasplantes, aspectos éticos del final de la vida y aspectos éticos derivados de la aplicación de técnicas de reproducción asistida.

2º periodo: Etapa de expansión (1982-1994).

Se caracteriza por una influencia francesa con la creación del CCNE, ejemplo de lo que debería ser un Comité Nacional de Ética de carácter general y permanente. Los principales temas de estudio fueron: las implicaciones de la recombinación del ADN y de la ingeniería genética; el descubrimiento de genes y la medicina predictiva; el estatuto del embrión y el uso del tejido fetal; la confidencialidad de los tests genéticos y del HIV- SIDA; el consentimiento informado; el dilema calidad de vida vs cantidad de vida y la eutanasia.

3º periodo: Etapa de extensión (1994 hasta nuestros días).

Se caracteriza por una influencia de la globalización, lo cual requiere la constitución de comités que sobrepasen las fronteras de los países y se establezcan comités supranacionales de ética. Los temas que son estudio de estos comités son: la clonación, el genoma, las terapias con células embrionarias y fetales, la medicina regenerativa, los xenotrasplantes, la cuestión de una muerte digna y la experimentación en los países más pobres, entre otras.

III.4.2. Distinción entre Comités Nacionales e Instancias Nacionales de Ética.

De acuerdo con la definición de Sonia Le Bris en *Les Instances Nationales d'Éthique*, (Consejo de Europa, 1993) un Comité Nacional es toda estructura de ética de competencia nacional erigido de forma institucional por un acto del gobierno o por un texto legislativo con carácter específico, general, independiente y permanente; con un campo de competencia que va más allá de la ética de la investigación a la

ética del conocimiento; con una autoridad de tutela y el deber de rendir cuentas de sus actividades al gobierno.

Le Bris distingue los CNs de las Instancias Nacionales de Ética, que las define como toda estructura, foro u otros órganos nacionales de ética erigidos de forma no-gubernamental, sino institucional, generalmente de carácter temporal; con una competencia restringida, “*ad hoc*” o “*ad tempus*”; sin deber de dar cuenta a los poderes públicos y sólo a quienes los han creado.

Como apunta Pilar Núñez, los CNs responden a la preocupación por el respeto de la persona, del sujeto humano sometido a una experimentación médica; al reconocimiento de la autonomía de la persona y a la necesidad de que esta sea incorporada a la toma de decisiones médicas en todo aquello que le hace referencia; a la alarma social creada por las consecuencias del progreso biomédico y el deber de un sondeo de la opinión pública que incorpora el debate público previo a la formulación de informes, recomendaciones, consejos, etc.; a la conveniencia de que algunas de estas normas sean reguladas por ley.

III.4.3. Sobre la necesidad de los C.N.

La cuestión sobre la necesidad de la existencia de los CNs da pie a un debate abierto y a cuestionarse si los comités nacionales son verdaderamente necesarios. Como apunta Cortina (1996: 291-306) existe un amplio debate sobre si deben o no deben existir comités nacionales. En nuestra opinión, el debate es suscitado es totalmente legítimo, pero consideramos que sí deben existir los comités nacionales y que deben ser permanentes, aunque esto no excluye que, para ciertos casos concretos, se pueda crear una comisión “*ad-hoc*” en un momento determinado.

Además, los comités permanentes deben de estar compuestos de profesionales altamente cualificados y con dedicación exclusiva a su cometido, si no todos los miembros, al menos la mitad de ellos. En nuestra opinión, los profesionales con dedicación exclusiva al comité deben ser remunerados por su trabajo.

Los motivos por los cuales creemos que deben existir los comités nacionales son, al menos, cuatro:

El primero de los cuales es porque existen estudios multicéntricos²¹³ y por ende, deben existir comités nacionales que establezcan los criterios a seguir por todos los comités implicados en dichos estudios, unificando así posiciones y clarificando los resultados.

El segundo motivo es la función conciliatoria que tienen los comités nacionales con respecto a los CEAs, de acuerdo a las directrices de la Declaración de Helsinki. Los CNs se caracterizan por el pluralismo moral y preconizan una ética universalista, basada en la dignidad de la vida humana y estableciendo los límites que no deben ser traspasados.

El tercer motivo es que los gobiernos, sobre todo de las sociedades más desarrolladas, deben dar una respuesta a la creciente demanda de ética de sus ciudadanos ante los avances científico-tecnológicos y en medicina. Los gobiernos deben establecer unos criterios básicos mínimos con respecto a dichos avances en biomedicina, para ello se requiere la creación de comités nacionales independientes. En este sentido, los CNs pueden ser considerados como imperativos, es decir, que pueden autorizar o interrumpir experimentos que puedan atentar contra la dignidad de la vida humana.

El cuarto motivo es la necesidad que tienen los gobiernos de asesorarse y dejarse aconsejar por expertos independientes ante los problemas éticos que se puedan presentar durante su mandato o legislatura.

Los comités Nacionales son, por tanto, necesarios en las sociedades más desarrolladas, ya sean con carácter permanente o *ad hoc*.

III.5. Los comités supranacionales o internacionales.

De acuerdo con la definición de Pilar Núñez, los comités supranacionales son órganos de reflexión internacional para intentar armonizar los principios y valores que conviene formular para promocionar la vida humana y el respeto a las personas.

²¹³ Son estudios clínicos controlados que tienen lugar simultáneamente en diversos hospitales con un protocolo unificado y bajo una única dirección. Su finalidad es determinar si lo que se trata de probar es efectivo o no lo es. Los principales motivos por los que se realizan dichos estudios son: el mayor número de casos que se pueden estudiar, su rapidez y la amplitud de la generalización. El elevado número de casos, la velocidad del estudio y la mayor generalización son ventajas que ofrecen los estudios multicéntricos con respecto a los monocéntricos.

A partir de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa de 1976, podemos afirmar que en Europa hay una preocupación cada vez más evidente con respecto a las cuestiones relacionadas con la Bioética, por lo que se establecen varias comisiones “ad-hoc”, como por ejemplo el Comité Ad Hoc de Genética Humana C.A.H.G.E. (1983); el C.A.H.BI (Comité Ad-hoc de expertos sobre el progreso de las ciencias biomédicas en 1985); el Comité director de bioética (C.D.B.I.) creado en 1989 e instaurado en 1991.

En Europa existe también la COMETH (Asociación de Comités Nacionales de Ética mediante la Conferencia Europea de Comités Nacionales de Ética).

III.5.1. El Consejo de Europa.

En 1992 fue creado un Comité de expertos formado por filósofos, juristas y médicos, llamado *Group of Advisers on the Ethical Implications of Biotechnology: Organization and Operation* (G.A.E.I.B.), más tarde (1998) denominado European Group on Ethics in Science and New Technologies to the European Commission (EGE), y que a partir de 2010 pasó a llamarse the European Commission responsible for bioethics and ethics of science and new technologies (BEPA).

Dicho grupo de expertos fue propuesto el 20 de noviembre de 1991 por la Comisión Europea al Parlamento Europeo y al Consejo de Europa, su funciones consistían inicialmente en identificar y definir las cuestiones éticas relativas a la biotecnología; evaluar, desde el punto de vista de la ética, el impacto en la Comunidad de las actividades en el campo de la biotecnología y advertir a la Comisión, en el ejercicio de sus poderes, sobre los aspectos éticos de la biotecnología y asegurar que el público en general se mantenga informado puntualmente. El EGE, además tendría como cometido asesorar al Consejo sobre los aspectos éticos de la ciencia y las nuevas tecnologías y puso de manifiesto la diversa legislación de los Estados Miembros con respecto a la investigación con células madre embrionarias, debido en gran parte al dilema ético generado en torno al estatuto moral del embrión humano y de su uso en la investigación biomédica.

El 4 de abril de 1997, en Oviedo, se estableció el Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina. Posteriormente se han elaborado cuatro

Protocolos adicionales: Protocolo Adicional por el que se prohíbe la clonación de seres humanos (París, 1998); Protocolo Adicional para el trasplante de órganos y tejidos de origen humano (Estrasburgo, 2002); Protocolo adicional concerniente a las investigaciones biomédicas (Estrasburgo, 2005) y Protocolo Adicional sobre los tests genéticos con fines médicos (Estrasburgo, 2008).

Los Estados Miembros que ratificaron el Convenio de Oviedo están obligados a cumplir dicho Convenio, pero especialmente el artículo 18, relativo a la libertad de cada Estado para autorizar investigaciones con embriones humanos siempre que se asegure, mediante la legislación oportuna, la protección del embrión y se prohíba la creación de embriones humanos con el objeto de investigar con ellos.

El 6 de julio de 1998 el Parlamento Europeo y el Consejo aprobaron la directiva 98/44/EC sobre la protección legal de inventos biotecnológicos. En sus artículos 5 y 6 trata de la defensa del cuerpo humano considerando no patentable cualquier parte del mismo en sus diferentes etapas de su formación o su desarrollo, así como sus elementos, incluso la secuencia total o parcial de un gen, sea cual sea el medio usado para su obtención, ya sea de forma natural o artificial. Asimismo tampoco son patentables los procedimientos de clonación o de modificación de la identidad germinal del ser humano, ni la utilización de embriones humanos con fines industriales o comerciales.

A partir de dicha fecha, el Grupo de la Comisión Europea sobre Ética en Ciencia y Nuevas Tecnologías evalúa todos los aspectos éticos relacionados con la biotecnología.

III.5.2. La Unión Europea.

El 7 de diciembre de 2000, en Niza, la Comisión Europea, el Parlamento Europeo y el Consejo de Europa proclamaron la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (texto incluido íntegramente en la segunda parte del Proyecto de Constitución Europea). El 12 de diciembre de 2007, en Estrasburgo se proclamó una versión adaptada de dicha Carta. El 13 de diciembre de 2007, en Portugal todos los Estados Miembros de la UE firmaron el Tratado de Lisboa, que sustituye a la Constitución para Europa y otorga a la UE capacidad jurídica para firmar cualquier acuerdo internacional. La firma de este Tratado hace que la Carta

sea legalmente vinculante para todos los Estados Miembros (excepto Reino Unido y Polonia).

Directiva 2006/171CE de la Comisión, de 8 de febrero de 2006, por la que se aplica la Directiva 2004/23/CE del Parlamento Europeo y del Consejo en lo relativo a determinados requisitos técnicos para la donación, la obtención y la evaluación de células y tejidos humanos.

III.5.3. La UNESCO.

La UNESCO se compone de 193 Estados miembros y siete Estados asociados. Se rige por la Conferencia General y el Consejo Ejecutivo. La Secretaría, encabezada por el Director General, se encarga de ejecutar las decisiones de estos dos organismos. La UNESCO lleva a cabo su mandato ético en las dos áreas de trabajo principales: Bioética y Ética de la Ciencia y la Tecnología, realizando las siguientes funciones principales²¹⁴:

a) Laboratorio de ideas: aborda los aspectos éticos al proporcionar un foro intelectual pluralista y multicultural de reflexión multidisciplinar sobre ética de la ciencia y la tecnología a través de un Comité Internacional de Bioética (CIB); del Comité Intergubernamental de Bioética (CIGB) y de la Comisión Mundial de Ética del Conocimiento Científico y la Tecnología (COMEST).

b) Promotora de normas: tiene una acción normativa pionera en materia de bioética:

- Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos (1997).

- Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos (2003).

- Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005).

c) Centro de Intercambio: el Observatorio Mundial de Ética (GEObs) proporciona información actualizada sobre la ética de las instituciones, los expertos, la legislación, los códigos de conducta y programas de enseñanza de todo el mundo.

²¹⁴Disponible en <http://www.bioeticacs.org/?dst=unesco;http://www.unesco.org/shs/ethics;www.unesco.org/shs/bioethics>.

d) Fomento de la Bioética: proporciona las herramientas necesarias y el apoyo técnico a los Estados miembros para la mejora de sus infraestructuras nacionales de ética:

- Asistencia a los Comités de Bioética (ACB).
- Programa de Educación de la Ética (PEE).

e) Catalizador para la cooperación internacional: coopera con los miembros asociados internacionales en el campo de la ética de la ciencia y la tecnología y el fomento de la coordinación entre los principales actores a través del Comité Interinstitucional de Bioética.

Del 22 al 25 de julio de 1997 tuvo lugar en París una reunión del Comité de Expertos Gubernamentales comisionado para ultimar una declaración sobre el genoma humano convocada por la UNESCO en la que se aprobó el "Proyecto de declaración universal sobre el genoma humano y los derechos humanos" conocida comúnmente como "la Declaración", la cual constituye un compromiso moral para los Estados y la comunidad internacional. Su objetivo principal es fijar el marco ético de las actividades relativas al genoma humano. Las funciones de dicha Declaración, de acuerdo con el Artículo 24, son:

i) contribuir a difundir los principios enunciados en la Declaración y a profundizar el examen de las cuestiones planteadas por su aplicación y por la evolución de las tecnologías en cuestión;

ii) organizar consultas apropiadas con las partes interesadas, como por ejemplo los grupos vulnerables;

iii) presentar, de conformidad con los procedimientos reglamentarios de la UNESCO, recomendaciones a la Conferencia General y prestar asesoramiento en lo referente al seguimiento de la Declaración, e identificar las prácticas que pueden ir en contra de la dignidad humana.

Del 27 de abril al 7 de mayo de 1998, en París, tuvo lugar la 154ª reunión del Consejo Ejecutivo de la UNESCO, en la que se constituyó un Comité permanente²¹⁵, llamado Comité Internacional de Bioética (CIB). Entre otras, sus principales

²¹⁵ Consultar: Estatutos del Comité Internacional de Bioética (CIB). Disponible en http://www.europarl.europa.eu/transl_es/plataforma/pagina/maletin/colecc/actual/genetica/comitebio.htm. Consultar también: <http://www.unesco.org/shs/ethics>; Comité internacional de Bioética de la UNESCO: <http://www.unesco.org/shs/bioethics> y <http://www.bioeticacs.org/?dst=unesco>.

funciones son las de reflexionar acerca de las cuestiones éticas y jurídicas que plantea la investigación sobre las ciencias de la vida y sus aplicaciones, fomentar el intercambio de ideas e información, concienciar al público en general, a los grupos especializados y a los encargados de adoptar decisiones en materias relacionadas con la bioética, tanto en la esfera pública como en la privada; cooperar con las organizaciones internacionales gubernamentales y no gubernamentales interesadas en las cuestiones que se plantean en el ámbito de la bioética, así como con los comités nacionales y regionales de bioética y entidades similares.

En las reuniones del CIB pueden participar:

⊕ Los Estados Miembros y los Miembros Asociados de la UNESCO.

⊕ Los Estados no miembros que han establecido una misión permanente de observador en la UNESCO por invitación del Director General.

⊕ Las Naciones Unidas y las demás organizaciones del sistema de las Naciones Unidas con las que la UNESCO haya concertado acuerdos en los que se prevea una representación recíproca.

Se puede invitar a participar como observadores en las reuniones del CIB a las organizaciones internacionales, gubernamentales o no gubernamentales, que tengan objetivos similares a los del CIB.

Se puede consultar a especialistas u otras personas o grupos pertinentes sobre cuestiones relacionadas con la competencia del CIB.

I.5.3.1. El Comité Intergubernamental.

Se instituye en la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) un Comité Intergubernamental, denominado en adelante "el Comité Intergubernamental", que se encarga de examinar los dictámenes y las recomendaciones del CIB, inclusive las referentes al seguimiento de la Declaración Universal. El Comité Intergubernamental comunicará al CIB sus observaciones. Presentará sus observaciones al Director General para que las transmita, junto con los dictámenes y las recomendaciones del CIB, a los Estados Miembros, al Consejo Ejecutivo y a la Conferencia General. Podrá comunicar todo tipo de propuestas para el seguimiento de los dictámenes y las recomendaciones del CIB.

El Comité Intergubernamental está integrado por 36 representantes de los Estados Miembros de la UNESCO elegidos por la Conferencia General. Los Miembros Asociados son invitados a participar, sin que tengan derecho de voto. Al elegir los miembros del Comité Intergubernamental, la Conferencia General tendrá en cuenta la diversidad cultural, la distribución geográfica equitativa y la necesidad de establecer una rotación apropiada.

El Director General debe convocar una reunión del Comité Intergubernamental al menos una vez cada dos años. Por decisión del Comité Intergubernamental o del Director General, se convoca una reunión conjunta del CIB y del Comité Intergubernamental. La reunión conjunta fomenta el diálogo entre el CIB y el Comité Intergubernamental en temas de interés mutuo. Sin excluir otras cuestiones, podrán considerarse propuestas como por ejemplo:

- a) la presentación de enmiendas a la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos; o
- b) la aprobación de otra declaración u otro instrumento internacional en las esferas de competencia del CIB.

Otros comités supranacionales son:

- La Comisión para el estudio de la clonación (O.N.U.)
- El Comité de ética del consejo médico de la O.M.S.
- El Comité Ético Internacional del Proyecto Genoma Humano (H.U.G.O.)

Declaraciones sancionadas:

- Declaración Universal sobre el Genoma y Derechos Humanos (1997)
- Declaración Internacional sobre Datos Genéticos Humanos (2003)
- Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005)

III. 6. Los comités de bioética (C.B.)

Los Comités de Bioética surgen por la necesidad de analizar y evaluar moralmente la magnitud, el alcance o las consecuencias de los dilemas éticos ante los que nos encontramos, así como prevenir posibles catástrofes derivadas de la intervención humana y, de este modo, detectar y atajar posibles atrocidades y

atentados contra la vida, producto de los avances indiscriminados y sin control de las nuevas tecnologías. Lo que tienen de relevante y novedoso estos comités es su carácter interdisciplinar, por lo que todas las decisiones son tomadas desde diferentes perspectivas, y son expertos, en cada uno de los campos competentes, los que opinan sobre casos concretos. Lo verdaderamente difícil para un comité de bioética es llegar a un consenso, en el que las partes involucradas estén de acuerdo con lo establecido. Los problemas que estudia la bioética guardan una estrecha relación con las creencias religiosas y las ideologías políticas, lo que constituye un cóctel difícil de mezclar. Pero al mismo tiempo, lo que enriquece a un comité es, precisamente, la pluralidad de sus miembros, los cuales son portavoces de distintas religiones e ideologías políticas o filosóficas.

Por norma general, un Comité de Bioética se compone de un grupo de personas (presidente y miembros) que se reúnen de forma regular para resolver dilemas y tomar decisiones con respecto a la forma de actuar ante situaciones complejas. Los comités, ya sean de investigación clínica, ya de asistencia sanitaria, local, regional, nacional o supranacional, se ocupan sistemáticamente y de forma continuada de cuestiones éticas relativas a las ciencias de la vida (bien sea humana o no); de las ciencias de la salud y de las políticas innovadoras en materia de salud.

Los comités van evolucionando constantemente y se van adaptando a las nuevas necesidades que se plantean en el día a día. A veces, los comités, haciendo gala de su buen hacer y de su buena fe atienden casos que no son de su competencia o se atribuyen funciones que no se les reconoce por norma. En ciertas ocasiones la sociedad, los pacientes e incluso los hospitales y las instituciones les encomiendan tareas que tampoco les competen, pero a veces las acometen llegando a extralimitarse de sus funciones. Es importante, en estos casos, no perder de vista cuál es la finalidad de los CBs y hasta dónde pueden llegar.

Es muy importante también que los Comités de Bioética mantengan su integridad ética y su independencia frente a los poderes político, religioso y económico, es de vital importancia garantizar esto, de lo contrario los CB dejarían de cumplir su función, pues trabajarían al servicio de dichos poderes fácticos. Con respecto a la independencia de los comités, nos hacemos eco de una noticia, negativa en este sentido, publicada por *El Faro de Galicia* y por la revista de la *Asociación de*

BIOÉTICA Fundamental y Clínica (<http://www.asociacionbioetica.com/fv-1> el 4 de marzo de 2015) según la cual, la mitad de los miembros de la comisión de bioética dimite tras no publicar el Sergas uno de sus informes:

«El catedrático de la Universidad de Santiago Fernando Domínguez, uno de los que dejó este órgano, señala que desde que él es miembro todos los informes elaborados se han publicado. Para este experto en Fisiología, hay que repensar la comisión "para darle una independencia real que ahora no tiene". Por su parte, el que hasta ahora ejercía como su vicepresidente, Juan Antonio Garrido Sanjuán, del servicio de Medicina Interna del Hospital Arquitecto Marcide de Ferrol, se limita a explicar que su renuncia, que cree "acorde con el resto de los miembros", se produjo porque "no se podía cumplir plenamente con el único objetivo" fijado en los estatutos de la comisión de "velar por la protección de los derechos fundamentales en el ámbito sanitario de Galicia".»

III.6.1. Clasificación de los Comités de Bioética en cuanto a su forma y funciones²¹⁶:

Existen al menos tres tipos de Comités de Bioética que pueden distinguirse según la forma como hayan sido establecidos:

- Tipo 1: Comité establecido por un órgano gubernamental, en la mayoría de los casos el parlamento o el ministro competente. En otros casos, los comités pueden ser establecidos por el presidente o por el gobierno de un Estado. Este tipo de comités cuenta con poderes, ya que son el resultado de una decisión política por crear un comité nacional.
- Tipo 2: Comité establecido por un órgano no-gubernamental, como por ejemplo una organización profesional (academia de ciencias o asociación médica), o un órgano consultivo (consejo de la salud) o por una ONG.
- Tipo 3: Comité creado por una Comisión Nacional ante la UNESCO, como por ejemplo la Comisión Nacional de Bioética de Egipto de 1996 (Comisión Nacional para la UNESCO); o el Comité Nacional de Bioética del Ecuador, creado por la UNESCO en Quito en 1998.

²¹⁶ Comité Nacional de Bioética. Disponible en <http://www.unesco.org/new/es/social-and-human-sciences/themes/bioethics/assisting-bioethics-committees/objective/national-bioethics-committees/>

Los comités de bioética pueden tener cuatro formas con diferentes funciones cada uno:

- Comité encargado de la formulación de políticas y/o consultivo.
- Comité de asociaciones médicas profesionales.
- Comités de ética médica y hospitalaria.
- Comités de ética en investigación.

III.6.2. Características fundamentales de los Comités de Bioética²¹⁷:

III.6.2.1. Deliberación Colectiva.

Siguiendo la línea de argumentación que utiliza Diego Gracia (2003: 60) consideramos que la función principal de un Comité es deliberar, no se trata de informar a otros de las propias ideas, ni de convencerles, ni de cambiar sus sistemas de creencias o de valores. La función de un Comité es deliberar, a fin de tomar decisiones sobre cuestiones complejas.

A juicio de Cortina (1996: 304), el comité debe analizar los casos concretos en el marco de una ética de diálogo, del tipo de la ética discursiva, porque refleja el nivel de conciencia moral de las sociedades pluralistas con democracia liberal. Los mínimos éticos, ya contenidos en la moral cívica, se plasman a través de procedimientos que deben asumir los miembros del comité cuando tienen que deliberar, adoptando una actitud dialógica guiada por una voluntad de entendimiento y el deseo de encontrar la solución moralmente más adecuada al problema planteado.

III.6.2.2. Resolución de conflictos éticos.

Continuando con Diego Gracia (2000: 21-41) hay dos posibles aproximaciones a los problemas éticos: dilemática y problemática.

²¹⁷ Para señalar las características básicas o fundamentales de los Comités de Bioética seguiré el texto de Diego José García Capilla, inspirado en las enseñanzas de Diego Gracia, por parecerme de gran ayuda. García Capilla (2007: 221-230). *El nacimiento de la bioética*. Madrid. Biblioteca Nueva S.L.

III.6.2.2.1. Aproximación dilemática.

Supone que todo dilema ético debe tener una única solución razonable, que puede alcanzarse con el uso de la metodología correcta (Teoría de la Elección Racional). Esta aproximación es decisionista porque se parte del supuesto de que la finalidad de la ética es dar argumentos que inclinen la balanza en uno u otro sentido del dilema para decidir.

La versión ética de esta aproximación es el utilitarismo: la decisión a favor de la mayor utilidad es la económicamente razonable y también la única moralmente justificable.

III.6.2.2.2. Aproximación problemática.

Se inclina más por el procedimiento que por la conclusión, porque cuestiona la evidencia de que los problemas morales siempre tengan solución y, en cuyo caso, siempre sea única y la misma para todos. Los problemas son cuestiones abiertas en las que, a diferencia de la aproximación dilemática, la solución no está presente desde el principio. Las cuestiones morales son opinables y paradójicas y no pueden ser ni matemáticas ni deductivas. Como dijera Aristóteles en la *Ética a Nicómaco* (1112^a, 1140^a): nadie delibera sobre cosas que son invariables, sino sobre las cosas que pueden ser de otra manera.

En cuanto a la importancia de la deliberación, y siguiendo el discurso de Diego Gracia, ni la racionalidad dilemática, ni la estratégica son útiles para los comités de bioética. Tan sólo el método deliberativo es útil para la bioética, ya que esta aplica el proceso de la deliberación a un aspecto concreto: la gestión de los fines individuales y colectivos de la vida humana, lo que implica inevitablemente unas connotaciones políticas. En palabras de Gracia (2000: 40-41):

«La bioética es un proceso de deliberación acerca de los fines individuales y colectivos de la vida humana. Consecuentemente no puede limitarse a los hospitales o las Facultades de Medicina. Los objetivos de la vida humana son primariamente sociales y políticos (...) La bioética es una disciplina social y política y no sólo profesional»

III.6.2.3. Interdisciplinariedad.

Otra característica de los comités de bioética es la interdisciplinariedad, es decir, la variedad de disciplinas que se encuentran representadas por los expertos miembros del comité. Dichos miembros son especialistas en ética, en derecho, en distintas ramas de la medicina, etc. Además deben ser personas abiertas al diálogo y capaces de razonar para poder aplicar con éxito el método deliberativo que es el propio de la bioética y así, de esa forma, llegar a tomar decisiones consensuadas y, en principio, las más adecuadas ante problemas éticos de gran complejidad. Este pluralismo de ideas, creencias y valores entre los miembros puede ser un inconveniente a la hora de tomar las decisiones, por ello es imprescindible que dichos miembros estén abiertos al diálogo; de lo contrario, el modelo deliberativo puede llegar a fracasar.

Otras características o actitudes que deben tener los miembros de los comités son la honestidad, la humildad, el coraje, la compasión, la paciencia y sobre todo la prudencia.

Adela Cortina (1996: 304) va aún más lejos y se permite diseñar, al estilo kantiano, una antroponomía de los miembros del comité, que deben asumir los siguientes rasgos:

- Comprometerse a adquirir una sólida formación profesional y a ejercitarse en la resolución de conflictos éticos.
- Intentar informarse lo mejor posible de los datos de la situación (cuanto más detallada la historia clínica, más posibilidades de llegar a una solución adecuada).
- Estar dispuesto a formular las preguntas necesarias para comprender mejor el conflicto de valores y las distintas posiciones.
- Entablar los diálogos necesarios con este fin y asumir la posición de los implicados en el problema.
- No dejarse llevar por prejuicios a la hora de tomar decisiones, sino por «la fuerza del mejor argumento», que consiste en satisfacer intereses universalizables.

- No quebrar el diálogo en el caso de que no sea posible llegar a un acuerdo, sino dejarlo abierto para el futuro, aunque en la situación concreta no haya sido posible el consenso.

- Aportar al diálogo únicamente aquellos argumentos que los demás interlocutores pueden entender y aceptar sobre la base de los mínimos compartidos, en la línea del «uso público» de la razón, del que Rawls habla, tras las huellas de Kant.

El pluralismo razonable del que habla Cortina (1996: 304) requiere el esfuerzo de argumentar sobre una base compartida de principios mínimos de justicia, aunque los miembros del comité también pueden interpretar posiciones desde unos máximos de felicidad, desde unos ideales de vida buena que no comparten.

III.6.3. Tipología metodológica en los Comités de Bioética²¹⁸

III.6.3.1. Método deductivo: el principialismo.

El método deductivo se inspira en el *Organon* aristotélico. En la obra de Aristóteles se puede observar cómo el estagirita utiliza un instrumento para razonar lógicamente, esta herramienta sería el silogismo.

En la actualidad, y aplicado a la bioética, podemos encontrar un ejemplo de este método en el Informe Belmont y en sus cuatro principios fundamentales de la ética biomédica: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia social distributiva, dichos principios están establecidos a priori y son herramientas al modo del *Organon* de Aristóteles. Cuando entran en conflicto unos con otros se aplica la regla de la jerarquización, pero como no son verdades universales e irrefutables, sino que son principios *prima facie*, es decir, que no siempre y en todo caso prevalece uno sobre los otros, entonces el orden de los principios dependerá de cada caso.

La deducción va de arriba hacia abajo, es decir, de los principios o leyes generales a su aplicación y análisis de las situaciones particulares.

²¹⁸ Montero Delgado, F. (2008). Comités de Ética Asistencia: ¿Procedimiento vs actitud? En *Bioética & debat*, 14 (54), 10-15.

El método deductivo es muy útil en el terreno de la ética, pero para la resolución de conflictos en los Comités de bioética no es el más adecuado, como veremos más adelante.

III.6.3.2. Método inductivo: El casuismo

Tiene su origen en el *Novum Organum* de F. Bacon, que decía que el “viejo Órgano aristotélico” ya no nos sirve para elaborar un conocimiento bien fundamentado y bien construido. Para Bacon, la forma de proceder debía ser la contraria, es decir, partir de la observación de los casos empíricos para después poder inferir (de forma inductiva) una ley o principio. Así, la inducción va de abajo hacia arriba, es decir, que los principios o leyes generales son inferidos de las situaciones particulares.

Para Jonson, A.R., Siegler, M., y Winslade, W.J. (2005), citado por Delgado Montero (2008: 10), los problemas éticos se hayan en los casos concretos y no en la teoría abstracta y filosófica de los principios. El casuismo es conocido por otros nombres como el método de los cuatro parámetros, el método de Texas o el método Galveston. Para Jonson, Siegler y Winslade, cuando se analiza un caso particular, hay que tener en cuenta cuatro parámetros básicos:

- 1) Indicaciones médicas: el diagnóstico.
- 2) La calidad de vida del paciente.
- 3) Preferencias del paciente: su voluntad
- 4) Elementos contextuales: su entorno social y económico.

Estos cuatro parámetros equivalen a los cuatro principios de la bioética. El método Galveston se basa en la inducción, que va de abajo a arriba, es decir, de los casos particulares a los principios o leyes generales. Se llega a los mismos principios del método deductivo, es decir, del principialismo, pero desde otra perspectiva distinta.

Los ensayos clínicos se basan en este método inductivo y también es el método utilizado en la medicina y enfermería basadas en la evidencia. Sin embargo, como afirma el enfermero, filósofo y miembro del CEA del Hospital Universitario Vall d’Hebron de Barcelona, Delgado Montero (2008: 19):

«Ni los casos concretos nos permiten inferir lógicamente prescripciones o normas morales, ni de los principios generales de la moralidad podemos realizar aplicaciones automáticas de comportamientos correctos. Llegamos a la conclusión, por tanto, de que ambos modelos, deductivo e inductivo, nos resultan del todo insuficientes».

En esta situación, y ante la ineficacia de ambos métodos, nos encontramos en la necesidad de buscar un nuevo método más apropiado para la resolución de conflictos en bioética y llegamos a un método basado en la deliberación, del cual hemos hablado en el apartado anterior en la misma línea de pensamiento que Diego Gracia.

III.6.3.3. Método deliberativo o dialógico.

La deliberación es un procedimiento mediante el cual se toman decisiones comunes dentro de un comité. Además, corrige algunas deficiencias de los dos métodos mencionados anteriormente. Mediante este procedimiento se trata de evaluar o sopesar diferentes argumentos en pro y en contra de una idea y elaborar un juicio moral. La deliberación se fundamenta en criterios cualitativos y de consenso y no tiene como finalidad conseguir una mayoría de votos entre los miembros del comité, sino confrontar las distintas opiniones de los miembros y aportar razones suficientes a favor de una u otra opción; se trata, pues, de dialogar sin coacciones ni presiones, de escucharse los unos a los otros y de respetar todas las opiniones, aunque no se compartan, pues las cuestiones morales son opinables a la vez que paradójicas. Como afirma Gracia (2003: 60-70):

«Un comité es un órgano de deliberación. La función del comité es deliberar. Por tanto, no se trata de informar a otros de las propias ideas, ni de convencerles, ni de cambiar sus sistemas de creencias o valores. La función de un comité es distinta, es de deliberar, a fin de tomar decisiones sobre cuestiones complejas».

III.6.3.4. Metodología en el análisis de casos (A. Cortina).

La metodología utilizada en el análisis de casos en cada comité puede variar en función de los protocolos de actuación que cada comité haya establecido de

antemano; sin embargo, la finalidad ha de ser siempre la misma: la solución posible más beneficiosa a un problema expuesto por un facultativo médico.

Álvarez (2002: 373-375) cuenta su experiencia en el CEA del Hospital 12 de octubre de Madrid y explica el método utilizado allí en el análisis de casos consistía en formularse, antes de nada, cuatro preguntas:

¿Qué nos preguntan?

¿Por qué nos lo preguntan?

¿Para qué nos lo preguntan?

¿Es competencia del Comité?

Una vez formuladas las preguntas, es trabajo del comité dar respuesta a las mismas y determinar finalmente si el caso le compete o no. En caso afirmativo, el comité procederá a evaluar el caso y redactar un informe con una solución al caso planteado inicialmente.

La metodología de trabajo que propone Diego Gracia (1991) en *Procedimientos de decisión en ética clínica* y que recoge A. Cortina (1996: 305) consiste en partir de la historia clínica del paciente, detectar los problemas éticos que en ella aparecen, empezando por el que presentó quien hizo la consulta, escribirlos y describirlos en cuadros y casillas, y reconocer el conflicto de valores que se presenta. A continuación se analiza el problema de valor bajo el prisma de dos referentes: los principios y las consecuencias, adoptando algún procedimiento de decisión ya existente o uno nuevo. Y en este punto entran en juego tanto la concepción deontológica de lo moral como las concepciones prudencial y calculadora. La deontología interviene porque son los principios de la bioética los que deben orientar la toma de decisiones, y son principios *prima facie*, lo que implica que a veces, en las situaciones concretas, tales principios pueden entrar en conflicto, y en ese caso hay que recurrir a la prudencia y al cálculo de las consecuencias, sin perder de vista el cumplimiento de los principios.

En este sentido, Gracia (1991 y 1998) considera un error la carencia de una epistemología y la ausencia de una jerarquización en los principios de la Bioética expuestos por Beauchamp y Childress en *Principios de Ética Biomédica* (1983), que consideran que dichos principios pueden ser justificados desde las éticas teleologista y deontologista por lo que no necesitan ser justificados en sí mismos. En este punto

es donde difieren con Diego Gracia, que piensa que dichas éticas no son justificaciones metaéticas de los principios *prima facie*, por ello propone una jerarquía en los principios, considerando dos niveles: un nivel superior o público, que estaría formado por el principio de no-maleficencia y el de justicia, propios de una Ética de mínimos (exigibles de forma coercitiva por el Estado a través del Derecho); y un nivel inferior, o privado, constituido por el de beneficencia y el de autonomía, propios de una Ética de máximos (exigibles únicamente por la moral del individuo).

Aquí es donde discrepa Adela Cortina de la posición de Diego Gracia: la primera no se atreve a mencionar si hay un orden lexicográfico, mientras que el segundo afirma categóricamente que sí hay una jerarquía entre los 4 principios de la Bioética. Por el contrario, Cortina (1993: cap. 4) considera que la autonomía pertenece al orden de los mínimos exigibles, con lo cual sería necesario decidir en cada caso concreto qué principio debe ser priorizado y no podría decidirse a priori estableciendo un orden lexicográfico.

Otro punto de vista es el de Simón (2000: 165-173) que considera que la bioética principalista ha definido incorrectamente el principio de autonomía, ya que no es un principio, sino un atributo de los hombres, supone un cambio de paradigma en cuanto a cómo deben ser entendidas las relaciones humanas. La novedad que aporta Pablo Simón al debate de la jerarquización y con respecto a Diego Gracia es que elimina el principio de autonomía y mantiene intacta su propuesta; es decir, que acepta el nivel 1 con los principios de no-maleficencia y el de justicia; y el nivel 2 con el único principio de beneficencia.

Tanto una como otra posición son respetables y perfectamente válidas, aunque cabe otra consideración, que es la que defendemos en este trabajo: que se establezca un orden jerárquico de los principios a priori, como establece Diego Gracia, pero que puedan ser reordenados dependiendo de las circunstancias del caso; que sea el Comité de Bioética correspondiente y sus miembros los que, dependiendo del caso, prioricen uno u otro principio. El principio de autonomía en algunos casos no es tan importante como en otros; por ejemplo en el caso de un paciente terminal en coma irreversible que no haya expresado su voluntad de vivir o morir en dicha situación, o en el de un neonato con graves malformaciones y sin esperanza de vida,

o en el caso de ese mismo recién nacido, si no tiene padres, o si ha sido maltratado y abandonado por ellos.

Aunque el asunto de la jerarquización de los principios de la Bioética ya lo hemos abordado en varias ocasiones (Puntos II.3.3.1. y II.3.3.2.7.4) a lo largo de este trabajo, lo que estamos proponiendo aquí va más en la línea de Adela Cortina, pero dando aún más relevancia, si cabe, a la casuística. Dicho lo cual, opinamos que los miembros del comité de bioética deben recordar siempre cuál es su objetivo final, que no es otro que el consenso en torno a una solución razonable del conflicto; como afirma Cortina (1996: 306) puede haber desacuerdos, pero es preciso hacer dos indicaciones al respecto:

1) Que los comités éticos no permiten distinguir entre los dilemas éticos sobre los que parece existir un consenso y aquellos que no parecen poder generarlo.

2) Se tienen que dar las condiciones necesarias para la decisión individual, es decir, que los miembros puedan actuar movidos por su conciencia. El objetivo final es el bien del paciente y el de una sociedad afectada por las decisiones sanitarias. La cuestión estriba en saber interpretar en qué consiste ese bien y ahí pueden darse desacuerdos, pero la actitud ética es la de quien quiere proseguir el diálogo, porque las personas se merecen que encontremos las soluciones más humanizadoras.

Efectivamente, la finalidad de los comités es, en última instancia, encontrar soluciones consensuadas que favorezcan, en mayor medida, al paciente, que le hagan sufrir o le perjudiquen lo menos posible y eso dependerá de cada caso, es decir, de las leyes, de los medios disponibles en el lugar y tiempo donde se dé el caso, del sistema de creencias, valores y, por ende, de la voluntad del paciente, de sus familiares, o de su tutor legal, dependiendo del caso. En definitiva de una serie de circunstancias que debe analizar el comité para emitir un informe favorable, en todo caso, al paciente. Tal y como asegura Diego Gracia (1996: 271-290): «los métodos propios de la ética clínica y los CAE ayudan a incrementar la calidad de la asistencia sanitaria, tanto subjetiva como objetiva; es decir, contribuyen al logro de una medicina mejor».

III.6.4. Comités de Bioética nacionales.

Para que un comité de bioética sea considerado como un comité nacional, debe operar en el conjunto del Estado Miembro y debe ser reconocido como tal por las autoridades competentes de dicho Estado. No se considerará un CBN aquel que, aún actuando dentro del territorio nacional, no sea reconocido por el Gobierno.

III.6.4.1. El Comité de Bioética de España.

El Comité de Bioética de España fue creado por la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica (BOE 4 de julio) como un "órgano colegiado, independiente y de carácter consultivo, que desarrollará sus funciones, con plena transparencia, sobre materias relacionadas con las implicaciones éticas y sociales de la Biomedicina y Ciencias de la Salud". El Comité quedó constituido el 22 de octubre de 2008 y está adscrito al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

El 29 de enero de 2013, fueron renovados los 12 miembros del CB de España y fue elegida su nueva presidenta, María Teresa López López. Dicho Comité es un órgano colegiado, de carácter consultivo, independiente, cuyos miembros provienen de las áreas de conocimiento del Derecho, de la Filosofía, de la Medicina, de la Genética, de la Biología, de la Economía de la Salud, etc.

Los principios por los que debe regirse son:

- El principio de solidaridad y cooperación intergeneracional e intrageneracional, pues existe una responsabilidad con las generaciones futuras, ya que las cuestiones abordadas por el CB de España tendrán repercusiones en el futuro.
- El principio de igualdad, para que no haya discriminación hacia ninguna persona por ser mayor, tener alguna enfermedad o discapacidad o por cualquier otra circunstancia.

El CB de España tiene como misión emitir informes, propuestas y recomendaciones para los poderes públicos de ámbito estatal y autonómico sobre materias relacionadas con las implicaciones éticas y sociales de la Biomedicina y Ciencias de la Salud. Asimismo, se le asignan las funciones de establecer los principios generales para la elaboración de códigos de buenas prácticas de

investigación científica y la de representar a España en los foros y organismos supranacionales e internacionales implicados en la bioética²¹⁹.

Además, el CB de España deberá establecer los protocolos de actuación de los CB de los hospitales, así como los criterios de formación de los profesionales para garantizar las exigencias éticas en la toma de decisiones clínicas.

El carácter multidisciplinar de los miembros del CB de España, su amplitud de miras y su capacidad de diálogo aseguran un alto nivel de negociación y asesoramiento a las autoridades en la elaboración de futuras leyes relacionadas con los aspectos éticos de la investigación científica.

III.6.5. La ética de los comités de bioética.

Coincidimos con Adela Cortina en que hay cada vez más una mayor concienciación por los profesionales de la medicina en las cuestiones éticas, más concretamente en las relativas a la Bioética. Si consideramos la proliferación de los comités de bioética en los últimos años, podemos observar que hay un gran interés por los asuntos morales. Que haya comités puede ser el resultado de que los profesionales de la medicina no tienen suficiente concienciación, ni conocimientos acerca de los valores y de la ética en general y por eso son necesarios los comités; o bien de que los profesionales han adquirido con el paso del tiempo una concienciación cada vez mayor de la importancia de los valores y por ello proliferan cada vez más los comités. Sea cual fuere la causa, el efecto es real y es la existencia cada vez en mayor número de los comités de bioética. También se han dado cuenta los profesionales de la salud y sus gestores de lo importante que es la formación de su personal en cuanto a Ética se refiere, y de hecho ya se organizan seminarios, conferencias, entre otras actividades relacionadas con la bioética dentro de los hospitales. Hasta tal punto es importante dicha formación que, como apunta R. J. Levine, en la carrera de Medicina de todas las universidades debería haber un curso de Ética Médica, impartido por clínicos y eticistas, ante todo por dos razones: porque la bioética es un cuerpo de saber, que transmite a los estudiantes el sentido de su profesión al inscribirles en una tradición; y por una razón simbólica, a saber, que son

²¹⁹ <http://www.comitedebioetica.es/>

los cursos formales los que marcan el sentido de una facultad, los que tienen importancia para ella, y el estudiante así lo percibe²²⁰.

Si los profesionales de la medicina llegasen a adquirir una formación suficiente en Ética Médica y una concienciación de la importancia de los valores en medicina, aún serían necesarios los comités, pues no dejarían de ser una herramienta válida, por su interdisciplinariedad, en la resolución de conflictos y dilemas éticos, para proteger los derechos de los pacientes, para continuar con la formación, ya que esta no es algo puntual, sino que es un proceso que no acaba nunca.

III.6.6. Conclusiones y recomendaciones.

- a) Que los Comités de Bioética tengan mayor relevancia y adquieran más protagonismo, tanto a nivel local, regional, nacional y supranacional.
- b) Que los Comités de Bioética no sean únicamente consultivos, sino que asuman el rol de ser decisorios, es decir, que tengan la capacidad de tomar decisiones y dispongan de los medios necesarios y adecuados para aplicarlas y hacer que se ejecuten.
- c) Que los integrantes o componentes de los comités deben de disponer de todos los medios necesarios a su alcance:
 - Tiempo: horas remuneradas, o en su defecto, compensadas.
 - Espacio: un lugar adecuado y equipado donde puedan realizarse las reuniones.
 - Independencia y libertad: no deben ser coaccionados ni presionados por ningún grupo de poder, ni por los médicos, ni por los familiares de los pacientes.
- d) Que los miembros del Comité deben estar abiertos al diálogo, no deben encasillarse en tratar de imponer unos principios éticos sobre otros, sino estudiar caso por caso y, aunque no estén de acuerdo con los demás miembros, deben perseguir la prioridad, que es la de resolver el problema planteado en ese momento, llegando a un consenso, sobre ese caso concreto.

²²⁰ R.J. Levine, "Preparing young doctors for the ethical practice of medicine", curso *Conflictos éticos en el uso de seres humanos para la investigación biomédica*, Universidad Hispanoamericana de Santa María de la Rábida, mimeo, 1993. Citado en Cortina (1996, 302-303).

d) Formación específica y de forma continuada para todos los profesionales de la salud.

e) Implantación de una asignatura obligatoria de Bioética en las carreras sanitarias: Medicina, Enfermería, etc., y de carácter optativo en las que afecten a los demás seres vivos, como por ejemplo en Veterinaria o Biología.

f) Fomentar la creación y proliferación de consultoras especializadas en bioética.

g) Contratación de consultoras independientes especializadas en bioética para coadyuvar al reforzamiento de los Comités de Bioética a todos los niveles.

PARTE IV
PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

IV. Propuesta de protocolo de actuación. Guía práctica clínica para profesionales en neonatología.

Como bien es sabido, y ya se ha mencionado en este trabajo, en las unidades de Neonatología es muy habitual tener que enfrentarse a dilemas éticos constantemente. En la actualidad, tan sólo existen unas normas básicas de actuación, recogidas en el capítulo 54 de los *Protocolos de Neonatología* (2008) elaborado por la Asociación Española de Pediatría y la Sociedad Española de Neonatología. El capítulo 54 fue redactado por R. Jiménez González, V. Molina Morales y asesorado por F. Abel y C. Tejedor y lleva por título: *Bases éticas en Neonatología. Decisiones de tratamiento selectivo en recién nacidos. Normas básicas de actuación*. Posteriormente, Tejedor, López de Heredia, Herranz, Jiménez, García, Pérez y el Grupo de Trabajo de Ética de la SEN, (2013) escribieron unas *Recomendaciones sobre toma de decisiones y cuidados al final de la vida en neonatología*; este documento está más orientado a la forma en la que debe de actuar el personal médico y cuáles deben ser las condiciones que deben acompañar a los neonatos gravemente enfermos al final de sus cortas vidas.

Con respecto al texto de Jiménez y Molina (2008) se podría decir que es el único protocolo de actuación existente en el sentido que más nos interesa; en él se manifiesta que los miembros de la Sociedad Española de Neonatología (SEN) aceptan una serie de 18 principios en relación con el inicio o no de tratamiento, o su suspensión en situaciones conflictivas durante el periodo neonatal. Lo más destacable de este protocolo es su intención de huir de los extremos (en un extremo se encontraría la posición que defiende la conservación a ultranza de la vida, y en el otro la de aquellos que se niegan a aplicar un tratamiento por no querer correr el riesgo de tener que asumir secuelas posteriores). También cabe destacar su consideración de que es éticamente legítimo cuestionarse el inicio o el mantenimiento del tratamiento en los casos en los que la actuación médica sea desproporcionada; su consideración de que es éticamente preferible defender los mejores intereses del niño, en función de su calidad de vida futura (puede interrumpirse toda intervención terapéutica cuando se compruebe la pérdida de la capacidad cognitiva y la comunicación); su propuesta para reducir la incertidumbre que lleva implícito el establecimiento de un pronóstico en el periodo neonatal, en

base a dos criterios (estadístico o individualizado); su preferencia de instaurar el tratamiento terapéutico, aunque más tarde haya que interrumpirlo; su consideración de que la prematuridad por sí misma no es un criterio suficiente para la abstención terapéutica; su consideración acerca de que los padres no son los que deben decidir en casos difíciles, sino el equipo médico, informando a la familia; en caso de imposibilidad de acuerdo entre el equipo médico y los padres, se puede solicitar la opinión del Comité de Ética del propio hospital. Cuando la decisión a tomar sea urgente, deberá discutirse el caso con el Consultor de ética del hospital, si lo hubiere; en el caso en que se decida la abstención terapéutica, el equipo asistencial deberá asumir la responsabilidad de seguir atendiendo al recién nacido y a su familia, lo cual supone mantenerlo ingresado, si la familia lo desea, evitar el sufrimiento físico mediante analgesia y sedación adecuadas, brindar apoyo psicológico y humano a la familia, facilitar el contacto de la familia con su hijo y permitir una muerte digna.

En este sentido, Tejedor et al (2013: 190.e9) aconsejan:

«Ofrecer de forma neutral la opción de acariciar, coger en brazos o hacer “canguro” con su hijo antes, durante y después del fallecimiento. Propiciar el aseo y vestido de su hijo según sus costumbres culturales y religiosas. Dejarles tomar fotografías de su hijo. Favorecer la despedida mediante el desarrollo de ritos y funerales sencillos según su cultura y religión. Confeccionar una pequeña caja con recuerdos de su hijo (fotos, huellas dactilares, calcetines, mechón de pelo, etc.)».

En este apartado nos hacemos eco de los trabajos existentes en este sentido; por ello no pretendemos redactar un protocolo o guía completa para la actuación de casos graves en neonatología, sino más bien sentar las bases o los estándares mínimos para que las autoridades competentes, coordinadas y supervisadas por el Comité Nacional de Bioética, encarguen a los profesionales mejor cualificados un protocolo de actuación, o una guía práctica que unifique los criterios y sirva de orientación al personal médico en todo el territorio nacional, e incluso fuera nuestras fronteras.

IV.1. Guías, protocolos y recomendaciones neonatales en España.

A continuación ofrecemos un listado de páginas web que pueden ser consultadas por profesionales e interesados en esta materia:

- Asociación Española de Pediatría (*57 Protocolos de Neonatología*, 2008): <http://www.aeped.es/documentos/protocolos-neonatologia>.
- Sociedad Española de Neonatología. Recomendaciones sobre toma de decisiones y cuidados al final de la vida en Neonatología: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=90192855&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=37&ty=102&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=37v78n03a90192855pdf001.pdf.
- Hospital Universitario 12 de octubre. Departamento de Pediatría. Servicios. Neonatología. Publicaciones y Protocolos/ Páginas web / Enlaces de interés. <http://www.pediatria-12deoctubre.com/servicios/neonatologia/protocolo-04-paginas-web.asp> y <http://www.pediatria-12deoctubre.com/servicios/neonatologia/protocolo.asp>.
- Protocolos Neonatales (Hospital Pediátrico Virtual. Biblioteca Digital de Información Pedátrica): <http://www.virtualpediatriehospital.org/providers/PAP/PAPHome.shtml>.
- Protocolos perinatales: <http://www.perinatology.com/protocols/protocols.htm>.

IV.2. Guías, protocolos y recomendaciones neonatales en el extranjero.

A continuación ofrecemos un listado de páginas web que pueden ser consultadas por profesionales e interesados en esta materia:

- Nuffield Council on Bioethics: <http://nuffieldbioethics.org/wp-content/uploads/2014/07/CCD-web-version-22-June-07-updated.pdf>.
- The Royal Children's Hospital Melbourne: <http://www.rch.org.au/clinicalguide/>
- Neonatology on the web: <http://www.neonatology.org/>
- Auckland Hospital: <http://www.adhb.govt.nz/newborn/>
- Royal Prince Alfred Hospital. Sidney: <http://www.sswahs.nsw.gov.au/RPA/neonatal/default.html>.

- University of Iowa Children's Hospital:
<http://www.uichildrens.org/Default.aspx>.

- Virtual Pediatric Hospital: <http://www.virtualpediatrichospital.org/>

IV.3. Elaboración de protocolos clínicos²²¹.

En Medicina, con frecuencia, hay que tomar decisiones difíciles o controvertidas en un ámbito de duda razonable, y esta incertidumbre es debida a varias características intrínsecas a la atención a problemas de salud, como posibles errores o ambigüedad en los datos clínicos y variaciones en su interpretación, posible falta de relación entre los datos clínicos obtenidos y la presencia o ausencia de enfermedad; incertidumbre en los efectos y riesgos de los tratamientos; o desconocimiento de la historia natural de muchas enfermedades.

Esta incertidumbre se refleja en la variabilidad de la práctica clínica, y en este sentido lo que tratan de hacer las guías de práctica clínica²²² o protocolos²²³ es disminuir dicha variabilidad aproximando la práctica a un estándar considerado como la mejor forma de actuación.

IV.3.1. Características.

Un buen protocolo debe tener los siguientes atributos:

- Validez: Su ejecución debe conducir a los resultados de salud y coste previstos, debe ser eficaz.
- Reproducibilidad: Debe ser reproducido, interpretado y aplicado sin dificultad por cuantos lo utilicen.

²²¹ Para el desarrollo de este apartado me he basado en el texto de José Ramón Ara Callizo (2000: 83-90).

²²² El Instituto de Medicina define las guías de práctica clínica como “conjuntos de recomendaciones desarrolladas sistemáticamente para ayudar a los médicos y pacientes en la toma de decisiones sobre los cuidados de salud apropiados en las circunstancias clínicas específicas”.

²²³ Los protocolos clínicos son recomendaciones basadas en el consenso y en la opinión de expertos que suelen llevarse a cabo en centros asistenciales. Rodríguez Artalejo et al. (1990) lo definen así: «Un protocolo clínico es un conjunto de recomendaciones sobre los procedimientos diagnósticos a utilizar ante todo enfermo con un determinado cuadro clínico, o sobre la actitud terapéutica más adecuada ante un diagnóstico clínico o un problema de salud. Constituye, por tanto, una ayuda explícita para el médico en el proceso de decisión clínica».

- **Aplicabilidad clínica:** Debe estar explícitamente establecida la población a la que se aplicarán las recomendaciones.
- **Flexibilidad clínica:** Debe identificar las excepciones específicamente conocidas o generalmente esperadas a sus recomendaciones y discutir cómo las preferencias del paciente, o su representante, van a ser identificadas y consideradas.
- **Alcance:** Deben incluirse todas las alternativas probables o indicaciones para el uso de una intervención.
- **Especificidad:** Debe haber una descripción detallada de las circunstancias para las que se recomienda una intervención o se considera apropiada, y para las que hay una información inadecuada para formarse una opinión.
- **Solidez:** Las recomendaciones deben basarse en una buena evidencia.
- **Facilidad de uso:** Deben ser concisas, no ambiguas y en un formato que las haga de fácil uso para los clínicos.
- **Revisiones programadas:** Debe incluirse una declaración sobre cuándo será revisado el protocolo, y no una única vez, sino periódicamente, por ejemplo anualmente. Esto no es óbice para realizar una revisión extraordinaria en caso de que haya un cambio en la legislación o el descubrimiento de un nuevo tratamiento, que justifique dicha revisión del protocolo.
- **Documentación:** Deben describirse y documentarse los procedimientos seguidos en el desarrollo del protocolo, los participantes involucrados, la evidencia usada, las asunciones y razones aceptadas y los métodos analíticos empleados.

IV.3.2. Pasos a seguir.

A la hora de elaborar un protocolo hay que seguir los siguientes pasos:

IV.3.2.1. Elegir el problema a protocolizar.

Para ello se deben tener en cuenta los siguientes criterios:

- Impacto sobre la salud pública.
- Coste del procedimiento.
- Disponibilidad de evidencia.
- Variación en la práctica clínica.

- Controversias sobre alternativas, o sobre quién debe realizar un procedimiento, etc.
- Nuevas tecnologías vs. tecnologías establecidas.

IV.3.2.2. Definir el grupo de trabajo que va a elaborar el protocolo.

Es recomendable utilizar grupos multidisciplinares por la amplitud de miras y de conocimiento. El tamaño del grupo puede variar entre 10 y 20 expertos, de entre los cuales se elegirá un responsable del grupo y se distribuirán las tareas. Consideramos que entre los expertos debe haber neonatólogos, enfermeras, matronas, genetistas, neurólogos, psicólogos, cardiólogos, bioeticistas y un especialista en derecho.

IV.3.2.3. Identificar y evaluar la evidencia.

Es recomendable buscar una revisión sistemática existente actualizada; posteriormente se realizará una valoración de los estudios según su relevancia; a continuación se hará un resumen de la evidencia disponible y una vez resumidas las evidencias, se categorizarán de acuerdo con su susceptibilidad a sesgos, de forma que finalmente el lector del protocolo conozca el tipo de evidencia en que se fundamenta cada recomendación.

IV.3.2.4. Traducir las evidencias en protocolos.

La evidencia, una vez resumida, necesita ser interpretada. En ausencia de evidencias habrá que redactar recomendaciones en base a las opiniones.

Las recomendaciones basadas únicamente en el juicio y la experiencia clínica probablemente son más proclives a sesgos e intereses propios; por ello habrá que decidir cómo se recogerá y se valorará la opinión de los expertos. Para ello se pueden utilizar dos métodos: informal (reuniones y mesas redondas) o mediante procedimiento formal de grupo.

IV.3.2.5. Revisión y actualización del protocolo.

El protocolo debe ser revisado externamente para asegurar la validez de su contenido, la claridad y su aplicabilidad. También debe ser actualizado cuando se publiquen nuevas evidencias relevantes y cuando se llegue a la fecha designada por el propio protocolo.

IV.4. Conclusiones.

a) El desarrollo de protocolos precisa disponer de recursos (humanos, materiales y económicos) suficientes.

b) La revisión sistemática del protocolo debe ser prevista y programada.

c) El grupo que traducirá las evidencias en el protocolo deberá ser multidisciplinar.

d) Si el intento del protocolo es informar y probablemente cambiar la conducta médica, se deben recoger previamente datos para evaluar el estado de la práctica médica así como del conocimiento, actitudes y creencias de los clínicos sobre el tema en cuestión.

e) Dados los recursos y conocimientos requeridos para desarrollar protocolos válidos, será difícil elaborar protocolos nuevos, por lo que habrá que intentar identificar protocolos rigurosos desarrollados previamente, evaluarlos y adaptarlos para su uso local mediante un equipo multidisciplinar.

IV.5. Recomendaciones.

Al ser este un trabajo de carácter ético-filosófico no expondremos aquí todos los casos en los cuales es recomendable no comenzar o limitar el tratamiento terapéutico de soporte vital, permitiendo que la vida biológica se extinga de forma natural, siempre proporcionando los cuidados paliativos necesarios y sin prolongar la agonía a los niños recién nacidos con discapacidades severas, tales como deformaciones graves y daños perinatales del sistema nervioso central, que sean irreparables, y en casos de neonatos o bebés que sólo puedan sobrevivir con medios técnicos extraordinarios y sin esperanza de vida.

Nuestra intención es, desde la reflexión y el diálogo, plantear una serie de recomendaciones que puedan servir de base y orientación tanto a los profesionales, como a las instituciones y a las autoridades competentes para elaborar una guía clínica exhaustiva y detallada o un protocolo de actuación unificado en todo el territorio español, incluso en el ámbito internacional, a la hora de seguir unas pautas, sin dejar desamparados a los profesionales que a veces actúan, siempre de buena fe, pero de forma arbitraria y según sus convicciones morales.

Para ello proponemos elaborar una lista de casos tipo en los que el médico debería optar por la muerte del paciente, y no adoptar medidas extraordinarias para alargar la vida y por ende el sufrimiento del niño y de sus familiares más cercanos. Para elaborar esta lista me he basado en diversas lecturas sobre el tema y consultas a profesionales, partiendo de mi experiencia y colaboración con el Servicio de Neonatología del Hospital Universitario de San Vicente de Paul (Medellín – Colombia). Por lo que he podido comprobar a lo largo de estos años, los principales y más frecuentes problemas que ameritan análisis y decisiones de alto grado de complejidad, por su connotación ética, que se presentan en las unidades neonatales, son los siguientes:

- Niños recién nacidos con malformaciones severas de tubo neural: tipo anencefalías, hidranencefalia extensa, exenfalías, mielomeningocele, espina bífida, etc.
- Recién nacido pre-término en muy regulares condiciones desde el punto de vista respiratorio y con hemorragias intraventriculares grado IV y daño cerebral extenso.
- Niños recién nacidos con ventrículo izquierdo hipoplásico.
- Niños recién nacidos con malformaciones cardíacas severas cianógenas, que son incompatibles con la vida y de muy difícil y arriesgada corrección quirúrgica.
- Niños recién nacidos con asfixia perinatal severa y a quienes se requiera hacer diagnóstico de muerte cerebral.
- Niños recién nacidos con síndrome de intestino corto (SIC) dependiente de nutrición parenteral total.

- Niños recién nacidos con trisomía 13 (síndrome de Patau), y trisomía 18 (síndrome de Edwards), en caso de no haber sido diagnosticados antes del parto, ya que si hubiera diagnóstico prenatal hay mayores posibilidades de tratamiento.
- Niños recién nacidos pre-término entre 500-750 gramos, en malas condiciones generales y que requieren ventilación asistida y otras medidas salvadoras.
- Niños pre-término con displasia broncopulmonar severa y a quienes no se puede retirar de la ventilación asistida.
- Quizás habría que añadir a esta lista otras enfermedades graves como la gangliosidosis tipo 1, el síndrome de Zellweger (o síndrome cerebro-hepato-renal), o el síndrome de Potter (insuficiencia renal y falta de líquido amniótico).

En *Recomendaciones sobre toma de decisiones y cuidados al final de la vida en neonatología*, Tejedor et al. (2013: 190.e6 y 190.e7) consideran que hay categorías de pacientes con enfermedades incompatibles con la vida en un plazo más o menos corto, en los que se considera que el posible tratamiento es inútil. También hay pacientes con enfermedades muy graves, en los que se plantean serias dudas sobre el beneficio potencial de intervenciones que pueden ser muy agresivas e invasivas, frente al riesgo potencial de causar sufrimiento excesivo, prolongar el proceso del morir o abocar al paciente a una vida de calidad ínfima. A modo de orientación, se indican los siguientes:

- Niños nacidos en el límite de viabilidad: edad gestacional < 24 semanas.
- Anomalías congénitas incompatibles con la vida (aunque no especifican cuáles).
- Niños con enfermedades que no responden a los cuidados intensivos y que previsiblemente morirán en un corto plazo.
- Niños que pueden llegar a sobrevivir con dependencia permanente de soporte vital invasivo.

En estos cuatro casos, los pacientes serían susceptibles de limitación del esfuerzo terapéutico.

Cuando el caso no sea lo suficientemente claro y no esté contemplado explícitamente en la guía o protocolo, o existan dudas razonables sobre la viabilidad del recién nacido se deberán seguir los siguientes pasos:

1) Reunirse el médico residente de guardia con el obstetra y el neonatólogo, incluso con las enfermeras más experimentadas (el equipo médico) para evaluar el caso. Si no lo tienen claro y no se ponen de acuerdo, entonces proceder al segundo paso.

2) Convocar al Comité de Bioética del hospital y exponer el caso. Una vez reunidos, dictar una recomendación.

3) Asesorarse legalmente de las posibles consecuencias de la decisión tomada.

4) Informar a los padres de la recomendación del Comité y proceder a la firma de un consentimiento informado.

5) Si los padres no están de acuerdo con la decisión tomada, se valorará su voluntad y en última instancia, el mejor interés del niño recién nacido. Será el Comité de Bioética quien interprete y decida en estos casos cuál es el mejor interés para el niño.

6) Proceder a ejecutar la decisión tomada.

Si tenemos en cuenta las *Recomendaciones sobre toma de decisiones y cuidados al final de la vida en neonatología* (Tejedor et al., 2013: 190.e4), a la hora de tomar una decisión de limitación del esfuerzo terapéutico se deben considerar seriamente, por parte de los responsables de la decisión²²⁴, las siguientes cuestiones:

- a) La intensidad del dolor y sufrimiento debido al tratamiento de soporte vital.
- b) El tiempo estimado de supervivencia si se continúa con el tratamiento de soporte.
- c) Los beneficios potenciales del tratamiento para el paciente a futuro, tales como: la probabilidad de supervivencia, independiente de actuaciones médicas invasivas, o la capacidad potencial del niño para establecer relaciones con otras personas, interaccionar con el entorno o experimentar algún tipo de placer.
- d) Los deseos y preferencias de los padres.

²²⁴ Dado que el recién nacido no tiene capacidad para decidir, son los padres o tutores actuando en su representación y los profesionales responsables de su atención los que deciden por él desde la responsabilidad de proteger su bienestar según el criterio del «mejor interés» o «mayor beneficio» (Tejedor et al. 2013: 190.e4).

Sin embargo, nosotros consideramos que a la hora de tomar la decisión sobre si mantener o no la vida del neonato, el Comité debe tener en cuenta los siguientes condicionantes:

- Pronóstico vital o probabilidad de supervivencia del neonato, teniendo en cuenta la opinión del personal médico cualificado (25%).
- Calidad de vida actual del neonato, teniendo en cuenta la opinión del personal médico cualificado (20%).
- Calidad de vida futura del neonato, teniendo en cuenta la opinión del personal médico cualificado (15%).
- Mayor interés del neonato (15%).
- Mayor interés para la familia del neonato, teniendo en cuenta la situación y voluntad de los padres o tutores del paciente. (10%).
- Mayor interés para la sociedad en general, teniendo en cuenta la utilización de los recursos (10%).
- Mayor interés para el próximo hijo en la cola (5%).

Los tantos por ciento indican la importancia que otorgamos a cada condicionante, aunque son orientativos y podrían ser ampliamente discutidos en función de si es un hospital con más o menos recursos, del país donde nos encontremos, etc.

A continuación proponemos una tabla que podría ayudar a la toma de decisiones en base al porcentaje que se alcance. Así entre el 70 y el 100 por cien se recomienda hacer todos los esfuerzos para que el recién nacido viva; entre el 50 y el 70 por cien se recomienda que el recién nacido viva, previa consulta con el Comité; entre el 30 y el 50 por cien se recomienda no hacer esfuerzos extraordinarios para que el recién nacido viva, previa consulta con el Comité; entre el 0 y el 30 por cien, se recomienda limitar el esfuerzo terapéutico con el objetivo de permitir la muerte del recién nacido.

En la tabla analizamos 5 casos hipotéticos para aclarar lo que estamos analizando, hay que tener en cuenta que los casos no son reales y que los porcentajes han sido asignados a modo de ejemplo:

Orden	Condicionantes:	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5
1	Pronóstico vital o probabilidad de supervivencia del neonato, teniendo en cuenta la opinión del personal médico cualificado	25%	23%	20%	18%	10%
2	Calidad de vida actual del neonato, teniendo en cuenta la opinión del personal médico cualificado	20%	15%	13%	10%	5%
3	Calidad de vida futura del neonato, teniendo en cuenta la opinión del personal médico cualificado	15%	10%	7%	5%	3%
4	Mayor interés del neonato	15%	9%	6%	4%	2%
5	Mayor interés para la familia del neonato, teniendo en cuenta la situación y voluntad de los padres o tutores del paciente	10%	7%	5%	3%	1%
6	Mayor interés para la sociedad en general, teniendo en cuenta la utilización de los recursos	10%	5%	4%	2%	1%
7	Mayor interés para el próximo hijo en la cola (5 si vive el niño actual; 0 si muere)	5%	2%	4%	1%	3%
	TOTAL:	100%	71%	59%	43%	25%
	Decisión	Vivir	Vivir	Consultar	Consultar	Morir

Fuente: Elaboración propia.

Caso 1: Niño sano, sin defecto alguno. Padres sanos y jóvenes. Familia estructurada y con suficientes recursos económicos para proporcionar a su hijo una buena educación y una buena calidad de vida.

Recomendación: 100%. El niño debe vivir, hay que emplear todos los medios disponibles para que el niño viva.

Caso 2: Niño sano, pero con Síndrome de Down. Padres sanos, jóvenes y con alta probabilidad de tener hijos sanos en el futuro. No desean tener este hijo. Familia estructurada y económicamente acomodada.

Recomendación: 71%. A pesar de que los padres no desean que su hijo siga adelante, el Comité debe recomendar que viva, pues el Síndrome de Down no es motivo suficiente para matar o dejar morir a un recién nacido, únicamente por el deseo de sus padres. Hay que emplear todos los medios disponibles para que el niño viva, incluyendo asistencia psicológica a los padres para aceptar a su hijo tal y como es, e instarles a tener otro hijo en el futuro, pues hay una alta probabilidad de que nazca normal, sin deficiencias.

Caso 3: Niño sano, pero con Síndrome de Down. Padres sanos, mayores de 45 años y con escasa probabilidad de tener hijos sanos en el futuro. Familia estructurada.

Recomendación: 59%. En este caso, el Comité debe hablar con los padres y tener muy en cuenta sus intereses; no obstante, el Comité debe recomendar que el niño sobreviva, pues es muy posible que ya no vuelvan a tener más hijos, y si los tuviesen, que nazcan con una deficiencia igual o mayor a la que padece el niño actual. Hay que brindar apoyo psicológico a los padres para que acepten a su hijo tal y como ha venido al mundo y convencerles de que su hijo puede llegar a tener una vida de calidad si sus padres le quieren.

Caso 4: Niño prematuro con espina bífida, hidrocefalia, con bajo peso al nacer. Padres jóvenes y sanos con posibilidad de tener más hijos sanos en el futuro.

Recomendación: 43%. El Comité debe tener muy en cuenta el deseo de los padres. No obstante, el niño tiene pocas esperanzas de vida, quizás viva dos o tres años, pero lo más probable es que muera, y durante su vida experimente fuertes dolores e infecciones debido a la gravedad de su cuadro clínico. Por ello, el Comité debe recomendar que el niño no sobreviva; como las enfermedades no son extremadamente graves, debe proponer reducir paulatinamente el tratamiento de soporte vital, pero suministrándole al paciente los cuidados paliativos necesarios, y a los padres el apoyo psicológico pertinente, instándoles a tener otro hijo próximamente, ya que tienen una probabilidad alta de tener otro hijo sano en el futuro.

Caso 5: Niño prematuro con espina bífida, síndrome de Down, hidrocefalia, con bajo peso al nacer. Padres mayores de 50 años y con problemas de alcoholismo y

drogas, con escasa probabilidad de volver a tener un hijo sano en el futuro. Familia desestructurada.

Recomendación: 25%. En este caso el Comité debe recomendar que el neonato muera lo más pronto posible por el mayor interés tanto del niño como de los padres, que no pueden proporcionarle los cuidados adecuados, sino todo lo contrario, una corta vida de abusos, malos tratos y sufrimiento. Como la esperanza de vida del recién nacido es de escasamente un año y su calidad de vida en esos doce meses va a ser pésima, el Comité recomienda limitar el tratamiento vital en el menor tiempo que sea posible, suministrando al recién nacido los cuidados paliativos necesarios, informando a los padres de que su hijo va a morir indefectiblemente, e instándoles a que no tengan más hijos en el futuro; si es posible y ellos acceden voluntariamente, se les debería esterilizar para evitar problemas y sufrimientos en el futuro.

Como hemos mencionado anteriormente, estos cinco casos son ejemplos ficticios, se han utilizado únicamente con el propósito de aclarar los porcentajes propuestos para los condicionantes a la hora de tomar la decisión sobre si mantener o no la vida del neonato bajo ciertas circunstancias.

Consideramos que cuando se ha tomado la decisión de que el recién nacido debe morir, se debe también indicar la forma en la que debe morir. En la mayoría de los casos recomendamos que se haga limitando el esfuerzo terapéutico, es decir, reduciendo los parámetros del soporte vital, pero proporcionando al neonato todos los cuidados paliativos necesarios para evitar cualquier tipo de sufrimiento innecesario. Únicamente en los casos muy extremos se optará por una forma de muerte más rápida, que será retirando de inmediato todo el tratamiento de soporte vital y suministrando la dosis necesaria de analgésicos y sedación para evitar el sufrimiento del niño; es muy probable que al aumentar la dosis de analgésicos se produzca la muerte espontánea del recién nacido; habrá quien considere que es un efecto secundario y habrá quien lo considere eutanasia: eso dependerá de la interpretación que cada uno haga, en base a sus creencias éticas o religiosas. Pero lo que realmente se persigue es el mejor interés tanto del paciente como el de sus familiares más cercanos.

7) Proceso de consumación de la muerte del recién nacido.

En este apartado y en el siguiente recomendamos seguir los pasos expuestos en Tejedor et al. (2013: 190.e7):

a) Documentación de la decisión con su argumentación correspondiente en la historia clínica.

b) Preparación y ubicación del niño en un ambiente adecuado (siempre que sea posible): disponer una habitación individual, o delimitar una zona con intimidad. Disminución de la intensidad de la luz. Evitar ruido, conversaciones inoportunas. Limitar el acceso de personas y equipos a la zona. Todos los profesionales sanitarios del área deben conocer que un neonato puede fallecer próximamente y que está con sus padres. Si hay monitorización electrónica, esta debe ser discreta. Si es posible, pasarla al control central. Desconectar alarmas sonoras y visuales en el box.

c) Procurar a los padres una estancia cómoda: la cuna del niño debe ser baja y debe haber sillones reclinables para los padres.

d) Control de síntomas del recién nacido: Medidas físicas, arropar, coger en brazos. Control del dolor: valorar con la escala de dolor habitual. Proporcionar analgesia (mórficos, sacarosa, etc.). Sedación: benzodiazepinas (midazolam), si presenta agitación.

e) Atención a la familia: atención médica, si hay episodio de ansiedad. Facilitar el acceso a servicios religiosos y asistencia psicológica.

8) Muerte del neonato.

La muerte del neonato puede ser rápida o de forma más lenta y progresiva, pudiéndose alcanzar mediante la limitación progresiva del tratamiento terapéutico o mediante la retirada del mismo. Ello variará según la situación clínica del neonato y de las preferencias de los padres. El proceso de retirada del soporte de forma progresiva tiene la ventaja de que el control de los síntomas se realiza más fácilmente, evitando episodios de obstrucción respiratoria, con una mejor dosificación de la sedación y favoreciendo un contacto más tranquilo de los padres con su hijo. Se suele iniciar el proceso de retirada durante la mañana, para que sea el equipo médico habitual el que monitorice todo el procedimiento, programándolo de acuerdo con las preferencias de los padres. Si la vida del niño depende del soporte vital, esta retirada no debe prolongarse excesivamente.

Se puede comenzar el procedimiento no administrando nuevos tratamientos o procedimientos (hemoderivados, nueva extracción de analítica, etc.). Se sigue con la retirada de las medidas de soporte no vital, como hemofiltro y otros dispositivos que impiden la movilización del niño, como drenajes y colectores, para favorecer que este pueda pasar a los brazos de los padres si así lo desean.

A continuación, se disminuyen secuencialmente los fármacos vasoactivos y se deja un acceso venoso estable para administrar, si es preciso, sedantes y/o analgésicos.

La asistencia respiratoria se puede retirar de modo progresivo disminuyendo la FiO₂ (concentración calculable de oxígeno en el aire inspirado) y pasando a una modalidad de presión/soporte disminuyendo la asistencia de forma progresiva.

En las ocasiones que sea preciso retirar el tubo endotraqueal o la asistencia circulatoria de forma rápida, es conveniente realizar sedación o analgesia antes de interrumpir el soporte vital.

El proceso se puede realizar conjuntamente con los padres, adaptándolo a la situación del niño y las preferencias de los mismos. Debemos facilitarles el acompañamiento de su hijo en el final de la vida, comentarles cómo pueden ser los últimos momentos, animarles a estar cerca de él tomándole en brazos o estando a su lado. Debemos respetar sus sentimientos y deseos; unos padres querrán tener un contacto íntimo con su hijo, mientras que otros preferirán realizar la despedida poco antes de fallecer.

Es recomendable concertar con los padres el momento oportuno para retirar el soporte respiratorio. Previamente, se les debe informar sobre la posible aparición de signos como: cambios de coloración-perfusión, ruidos respiratorios, etc. Los padres agradecen que se asegure una adecuada sedación y analgesia que consiga controlar el dolor y el estrés del niño. Cuando la muerte del recién nacido es inminente, podemos ofrecer a los padres permanecer junto a su hijo, cogerle en brazos, hacer canguro, tomar fotografías y guardar elementos personales del recién nacido como recuerdo.

Hasta el momento, asegura Tejedor et al. (2013: 190.e7) se desconoce si estas intervenciones proporcionan beneficios psicológicos a los padres y hasta que no se disponga de nuevos estudios, se deben ofertar estas prácticas de una forma neutral, como un aspecto integral de los cuidados, como un derecho básico del ser humano, el

de acompañar y despedir a un hijo durante su fallecimiento. El objetivo es que el proceso de morir sea lo más confortable posible para el neonato, los padres y los profesionales sanitarios encargados de su cuidado.

Con estas recomendaciones no pretendemos invalidar los protocolos ya existentes, sino más bien reforzarlos, ofreciendo unas pautas o consideraciones a tener en cuenta para una revisión de los mismos, con el objeto de optimizarlos. Sirva este trabajo, pues, para mejorar la situación actual en lo que a la toma de decisiones en Neonatología se refiere.

Quizás este apartado pueda servir de base o fundamento para un trabajo posterior más detallado y explícito.

PARTE V
CONCLUSIONES

V. Conclusiones.

V.1. El infanticidio se ha practicado en la mayoría de las sociedades a lo largo de toda la historia de la Humanidad.

V.2. El infanticidio se practica en algunas sociedades primitivas como forma de control de la población.

V.3. El infanticidio se sigue practicando en las sociedades modernas desarrolladas a mucha menor escala que antes y por motivos diferentes. Ya son muy pocos los casos en los que se practica el infanticidio o el abandono por razones económicas; ahora se produce por despecho o venganza hacia el cónyuge y la propia familia; o en los hospitales para evitar sufrimiento físico o psíquico y para optimizar recursos materiales y económicos en las unidades de neonatología. El feminicidio es otro tipo de infanticidio que se da por razón de sexo, actualmente supone un grave problema en países como China e India, donde los padres prefieren tener un varón y viven como una desgracia el nacimiento de una niña.

V.4. Definición de persona: Ser autónomo perteneciente a la especie humana, esencialmente concreto, que tiene la capacidad reflexiva de pensar sobre sí mismo y sus acciones independientemente del tiempo y el lugar en el que se encuentre, sujeto de derechos y obligaciones que interactúa con la sociedad en la que vive bajo leyes morales y jurídicas para salvaguardar su libertad y la de los que le rodean, que es capaz de proyectarse en el futuro y diseñar su proyecto vital. La persona es única, es un fin en sí misma y no puede ser sustituida o reemplazada por otra.

V.5. Con respecto al estatuto legal podemos concluir que pre-embrión, embrión, feto y neonato no comparten el mismo estatuto legal y tampoco con una persona adulta. Tan sólo el recién nacido, transcurridas las primeras 24 horas de vida, podría equipararse, según algunas legislaciones de algunos países concretos, a un ser humano adulto. Por tanto, el estatuto legal del embrión, del feto y del neonato dependerá de la legislación vigente en cada país. Mientras que en algunos países es legal el aborto (no constituye delito), en otros muchos es ilegal (constituye delito); mientras en algunos países es legal la eutanasia precoz (no existe el delito de infanticidio), en otros países es ilegal (constituye delito e incluso es equiparado con el homicidio). En consecuencia, si nos preguntamos ¿qué estatuto legal tiene el pre-

embrión, el embrión, el feto o el neonato?, debemos contestar que no hay una respuesta única y universal, sino que depende de la legislación del país donde nos encontremos. Y si esta relatividad legal con respecto al embrión, al feto y al recién nacido es palpable en los países, que podríamos llamar desarrollados o del primer mundo, se acentúa mucho más si consideramos otros países menos desarrollados o de otras religiones dominantes, incluso hay un gran número de países en donde ni siquiera se plantean esta cuestión, como por ejemplo países extremadamente pobres en donde la subsistencia de un recién nacido completamente sano es cuestión de azar.

V.6. Respecto al estatuto moral del neonato, creemos que no existe ningún estatuto moral intrínseco especial, universal e innato para ningún ser vivo. El estatuto moral no es algo natural, inherente a ningún ser vivo, como pueda ser el ADN; es más bien un constructo artificial, algo creado por el hombre y por lo tanto, es el hombre o, más bien, la comunidad moral a la que pertenece, la que confiere el estatuto moral que más le conviene para proteger a los miembros de su especie más indefensos.

V.6.1. Un ser humano no posee un estatuto moral especial y universal por el mero hecho de pertenecer a la especie *homo sapiens*, aunque puede ampararle un derecho otorgado por la comunidad moral, tal y como ocurre con la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

V.6.2. Ni los fetos ni los recién nacidos son personas en el sentido en el que aquí hemos definido el concepto de “persona” (véase V.4.) sin embargo, son organismos humanos vivos y merecen una consideración en cuanto tal.

V.6.3. Dentro de un debate ético en una sociedad laica, la religión no puede justificar con argumentos religiosos, ninguna posición a favor del neonato.

V.6.4. No hay argumentos válidos y de peso (ni la santidad de la vida, ni la potencialidad, ni la unicidad, ni la identidad, ni la continuidad numérica) que justifiquen que un ser humano posee un estatuto moral especial, ni desde el momento de la concepción, ni transcurrido un tiempo. Tan sólo, una vez nacido el individuo, le ampara la ley, por ello el infanticidio (no como el delito cometido por los progenitores, contemplado en la legislación de algunos países, sino como el acto de permitir morir a un niño que sufre una grave enfermedad o discapacidad) es defendido por muchos filósofos, especialistas en ética y en medicina.

V.6.5. Un ser que, *a priori*, tenga derecho a un estatuto moral especial debe poseer los siguientes atributos: un cerebro maduro, autonomía, autoconsciencia de sí mismo en el espacio, en el tiempo y en sus interrelaciones con quienes le reodean, capacidad para distinguir el bien del mal, proyecto de futuro, metas, objetivos, el deseo de vivir o la preferencia de mantenerse con vida, o de no morir.

Si un feto o un recién nacido muere no sufre ningún tipo de perjuicio, no dejan nada en este mundo, no se les priva de bienes materiales ni posesiones, no tienen relaciones sentimentales con nadie, ni pueden sentir, ni manifestar un deseo o una preferencia por mantenerse vivos en vez de morir; por ello *a priori* no hay nada de malo en acabar con la vida de un feto o un recién nacido. Sin embargo, si una sociedad de seres que cumplen con los atributos anteriormente dichos, considera de manera unánime que todos los miembros de su especie, incluidos los neonatos, gozan de un estatuto moral especial, entonces tendremos que aceptar dicha distinción y actuar en consecuencia. Hemos de tener en cuenta que en el caso de un recién nacido, no vamos a negar que tenga un estatuto moral especial, pero no porque emane por generación espontánea desde el momento de su concepción, o de su generación en un laboratorio, sino porque la comunidad moral se lo otorga.

V.6.6. Es la comunidad moral la que estima si deben gozar del mismo estatuto moral un óvulo fertilizado, un pre-embrión, un embrión, un feto, un recién nacido, un niño o un ser humano adulto normal y consciente.

V.6.7. No estamos de acuerdo con ninguna forma de eugenesia que implique la actuación contra cualquier individuo sin su consentimiento. Sin embargo, estamos a favor de la utilización de cualquier medida, o instrumento, a nuestro alcance para evitar el sufrimiento de cualquier ser humano, sin hacer ningún tipo de distinción en cuanto a raza, orientación sexual, o religión. Además creemos que los Gobiernos deben hacer todo lo posible para mejorar la calidad de vida de sus ciudadanos (programas de prevención de enfermedades, velar por conseguir un medio ambiente saludable, etc.) y no dejar estos avances y tecnologías en manos únicamente del sector privado.

Podemos afirmar, sin miedo a equivocarnos, que la meta principal que los seres humanos han perseguido desde el principio de los tiempos es la felicidad (la *Ευδαιμονία* aristotélica) en diversas formas y con diversas concepciones de ella.

Sin embargo, todo el mundo está de acuerdo en que el dolor es malo, y cualquiera en su sano juicio desea evitar el dolor para él mismo y sus conocidos.

La cuestión es qué precio hay que pagar para evitar tal dolor. La mayor parte de dilemas éticos consisten en tener que elegir entre un mal y otro mal, y no entre bien y mal. Además, nosotros tenemos que buscar evitar el sufrimiento. Cada parte puede ofrecernos su fórmula, desde la medicina naturalista hasta la tecnología más avanzada, desde las sociedades primitivas hasta los países más desarrollados. Todos juntos podemos aprender los unos de los otros, pero lo más importante es usar la razón para el propósito de conocer lo que nos interesa y no usar la fuerza para prevalecer estableciendo un criterio sobre los demás.

V.6.8. Pensamos que los tests y diagnósticos prenatales son positivos y deberían seguir usándose, incluso investigándose para su mejora y poder así conseguir mayor exactitud en sus pronósticos. Pero al mismo tiempo pensamos que debe haber una legislación que regule dicha práctica y establezca cuál es la finalidad de su uso y qué límites no deben sobrepasarse.

V.6.9. Con respecto al infanticidio por razones de género, concluimos que en un país en donde hay igualdad de oportunidades para todos sus ciudadanos, no tiene por qué existir el feminicidio, ni un aumento injustificado de las violaciones a mujeres, como ocurre en la India. Por lo tanto, el hecho de que existan países con un alto nivel de feminicidios o de abortos selectivos que vayan en detrimento de los fetos de sexo femenino, no es porque la ciencia haya desarrollado, en el campo de la investigación médica, un método para averiguar el sexo, el tamaño o el estado de salud de un feto, sino por la corrupción y degradación de una sociedad castigada por una cultura tradicional obsoleta, unas creencias religiosas mal interpretadas, una pésima distribución de la riqueza y una pobreza extrema.

V.7. En cuanto a los Comités de Bioética, consideramos que deberían tener mayor relevancia y adquirir más protagonismo del que tienen en la actualidad, tanto a nivel local, regional, nacional y supranacional.

V.7.1. Los Comités de Bioética no deberían ser únicamente consultivos, sino que deberían asumir el rol de ser más vinculantes en cuanto a sus dictámenes, es decir, que tengan la capacidad de tomar decisiones y dispongan de los medios necesarios y adecuados para aplicarlas y hacer que se ejecuten (no ejecutarlas).

V.7.2. Los miembros, integrantes o componentes de los comités deben disponer de todos los medios necesarios a su alcance:

- Tiempo: horas remuneradas, o en su defecto, compensadas.
- Espacio: un lugar adecuado y equipado donde puedan realizarse las reuniones.
- Independencia y libertad: no deben ser coaccionados ni presionados por ningún grupo de poder, ni por los políticos, ni por la industria farmacéutica, ni por los médicos, ni por los familiares de los pacientes.

V.7.3. Queremos resaltar y promover desde aquí el importante trabajo de los Comités de Bioética que siempre deben ser interdisciplinarios, para evitar cualquier tipo de fundamentalismo político, económico, religioso o corporativo. Pero al mismo tiempo los comités deben representar a todos los sistemas de creencias y valores de la sociedad en la que están inmersos.

V.7.4. Recomendamos que los miembros de los Comités estén abiertos al diálogo; no deben encasillarse en tratar de imponer unos principios éticos sobre otros (ya que cada miembro tendrá sus creencias), sino estudiar caso por caso y, aunque no estén de acuerdo con los demás miembros, deben perseguir la prioridad que es la de resolver el problema planteado en ese momento, llegando a un consenso, sobre ese caso concreto.

V.7.5. Proponemos la formación específica y de forma continuada en Bioética para todos los profesionales de la salud. La implantación de una asignatura obligatoria de Bioética en todas las carreras que afecten a los seres humanos, fundamentalmente en las carreras sanitarias (Medicina, Enfermería, Farmacia, Ciencias Biomédicas, Nutrición Humana y Dietética, Odontología, Óptica y Optometría, etc.), pero también en las ingenierías (Biomédica, Ambiental, Alimentaria, Industrial, Química, etc.) y en todas las que afecten directa o indirectamente al ser humano (Biología, Bioquímica, Biotecnología, Ciencia y Tecnología de los Alimentos, Ciencias Ambientales, Ciencias Biomédicas, Ciencias experimentales, Ciencias del Mar, Enología, etc.). Obviamente también en las carreras de Humanidades y Ciencias Sociales (Filosofía, Derecho, Ciencias Políticas, Económicas, Empresariales, etc.). También, y de carácter optativo en las que afecten a los demás seres vivos, como por ejemplo en Veterinaria.

V.7.6. Creemos que se debería fomentar la creación y proliferación de consultoras especializadas en bioética, así como la contratación de especialistas en bioética o consultores independientes para coadyuvar al reforzamiento de los Comités de Bioética a todos los niveles.

V.8. Para terminar esta tesis doctoral proponemos la realización urgente de un protocolo de actuación o una guía práctica clínica para profesionales en neonatología y sugerimos que las autoridades pertinentes encarguen a los mejores profesionales en la materia la materialización de dicho protocolo, guiados o coordinados por el Comité Nacional de Bioética, que sirva de orientación al personal médico en todo el territorio nacional e incluso elevar la propuesta a nivel internacional.

V.8.1. Lo que pretendemos con la elaboración de un protocolo único es disminuir la variabilidad en la práctica clínica, aproximando la práctica a un estándar considerado como la mejor forma de actuación. El protocolo debe tener validez, reproducibilidad, aplicabilidad y flexibilidad clínica, alcance, especificidad, solidez, facilidad de uso, revisiones programadas y documentación. A la hora de elaborar un protocolo hay que elegir el problema a protocolizar, definir el grupo de trabajo que elaborará el protocolo, identificar y evaluar la evidencia, traducir las evidencias en protocolos, revisión y actualización del protocolo.

V.8.2. Consideramos que el desarrollo de protocolos precisa disponer de recursos suficientes. La revisión sistemática debe ser el núcleo de todo protocolo. El grupo que traducirá las evidencias en el protocolo deberá ser multidisciplinar. Se deben recoger previamente datos para evaluar el estado de la práctica médica así como del conocimiento, actitudes y creencias de los clínicos sobre el tema en cuestión. Dados los recursos y conocimientos requeridos para desarrollar protocolos válidos, será difícil elaborar protocolos nuevos, por lo que habrá que intentar identificar protocolos rigurosos desarrollados previamente, evaluarlos y adaptarlos para su uso local mediante un equipo multidisciplinar.

V.8.3. Recomendamos elaborar una lista de casos tipo en los que el médico deberá optar por la muerte del recién nacido, y no adoptar medidas extraordinarias (encarnizamiento terapéutico) para alargar la vida innecesariamente y, por ende, el sufrimiento del niño y de sus familiares más cercanos.

V.8.4. Cuando el caso no sea lo suficientemente claro y no esté contemplado explícitamente en la guía o protocolo, o existan dudas razonables sobre la viabilidad del recién nacido se deberán seguir los siguientes pasos:

Primero: Reunirse el médico residente de guardia con el obstetra y el neonatólogo, incluso con las enfermeras más experimentadas (equipo médico) para evaluar el caso. Si no lo tienen claro y no se ponen de acuerdo, entonces proceder al segundo paso.

Segundo: Convocar al Comité de Bioética del hospital y exponer el caso. Una vez reunidos, dictar una recomendación.

Tercero: Asesorarse legalmente de las posibles consecuencias de la decisión tomada.

Cuarto: Informar e intentar convencer a los padres de que la recomendación del Comité es la mejor opción y proceder a la firma de un consentimiento informado.

Quinto: Si los padres no están de acuerdo con la decisión tomada, se respetará su posición, excepto en los casos en que dicha voluntad vaya contra el beneficio del niño. Será el Comité de Bioética quien interprete y decida en estos casos cuál es el mejor interés para el niño.

Sexto: Proceder a ejecutar la decisión tomada.

V.8.5. A la hora de tomar la decisión sobre si mantener o no la vida del neonato, recomendamos al Comité que tenga en cuenta los siguientes condicionantes (los tantos por ciento indican la importancia que otorgamos a cada condicionante, aunque son orientativos y podrían ser ampliamente discutidos en función de si es un hospital con más o menos recursos, del país donde estemos, etc.):

- Pronóstico vital o probabilidad de supervivencia del neonato, teniendo en cuenta la opinión del personal médico cualificado (25%).
- Calidad de vida actual del neonato, teniendo en cuenta la opinión del personal médico cualificado (20%).
- Calidad de vida futura del neonato, teniendo en cuenta la opinión del personal médico cualificado (15%).
- Mayor interés del neonato (15%).
- Mayor interés para la familia del neonato, teniendo en cuenta la situación y voluntad de los padres o tutores del paciente. (10%).

- Mayor interés para la sociedad en general, teniendo en cuenta la utilización de los recursos (10%).

- Mayor interés para el próximo hijo en la cola (5%).

V.8.6. El proceso mediante el cual se consuma la muerte del recién nacido debe contemplar los siguientes pasos:

- Documentación de la decisión con su argumentación correspondiente en la historia clínica.

- Preparación y ubicación del niño en un ambiente adecuado a las circunstancias (luz tenue, sin ruidos, temperatura adecuada, etc.)

- Procurar a los padres una estancia cómoda: la cuna del niño debe ser baja y debe haber sillones reclinables para los padres.

- Control de síntomas del recién nacido: Medidas físicas, control del dolor, proporcionar analgesia y sedación.

- Atención a la familia: atención médica, si hay episodio de ansiedad. Facilitar el acceso a servicios religiosos y asistencia psicológica si fuera necesario.

V.8.7. La muerte del neonato.

La muerte del neonato puede ser rápida o de forma más lenta y progresiva, pudiéndose obtener mediante la limitación progresiva del tratamiento terapéutico o mediante la retirada del mismo. Ello variará según la situación clínica del neonato y de las preferencias de los padres.

Con estas recomendaciones no pretendemos invalidar los protocolos ya existentes, sino más bien reforzarlos, ofreciendo unas pautas o consideraciones a tener en cuenta para una revisión de los mismos, con el objeto de optimizarlos. Sirva este trabajo, pues, para mejorar la situación actual en lo que a la toma de decisiones en Neonatología se refiere.

V.9. Finalmente nos gustaría recalcar que, comparado con periodos históricos más tempranos, el periodo de la medicina tecnológica ha producido cambios sin precedentes y desafíos para padres, especialistas y otras personas relacionadas con el cuidado de niños. La rapidez y lo extenso del cambio es notable en los tipos de casos que ahora presentan los más grandes desafíos éticos para padres y especialistas en las Unidades de Cuidados Intensivos de Neonatos.

Por ello, cada vez más, filósofos, médicos, neonatólogos, bioeticistas, y otros especialistas han escrito sobre la eutanasia aplicada a niños recién nacidos gravemente discapacitados, pero algunos de ellos lo han hecho basándose en una aproximación histórica unidimensional y reduccionista. En este trabajo, hemos mostrado cómo Peter Singer, entre otros, presenta diversos casos históricos en los cuales el infanticidio es necesario para la supervivencia de una comunidad específica. Sin embargo, y aunque pueda parecer lo contrario por el apartado que hemos dedicado a la aproximación histórica, no estamos de acuerdo con este tipo de argumentaciones unidimensionales, ya que no podemos obviar otras épocas de la historia como por ejemplo las políticas de exterminio nazis.

Por supuesto no estamos de acuerdo con los infanticidios masivos e indiscriminados por el motivo que sea (religioso, político, eugenésico, etc.). Aunque, si nos movemos entre los extremos, podemos encontrar otra cara de la cuestión, esto es, hay algunos casos en los que el infanticidio representa la mejor solución a un gran problema. Así, hay algunas enfermedades severas (anencefalia, microcefalia, espina bífida o mielomeningocele, Síndrome de Down con complicaciones diversas, cerebro seriamente dañado con retraso mental proyectado, prematuridad extrema) que no presentan perspectivas muy halagüeñas para la vida de aquellos seres humanos que las padecen al nacer, por lo que en estos casos extremos es recomendable optar por el no tratamiento, o la retirada del mismo, no de una forma brusca, sino paulatinamente y suministrando los cuidados paliativos oportunos para conseguir la muerte de la forma más digna e indolora que sea posible. A todas luces este proceso es más humano que experimentar con nuevas técnicas y medicinas en estos pacientes para prolongar el sufrimiento en ellos y sus familiares.

Como ya hemos explicado en la cuarta parte de este trabajo, dedicada a la propuesta de un protocolo de actuación o una guía práctica clínica para profesionales en neonatología, habrá varias formas de alcanzar la muerte del neonato, pero consideramos que sólo en algunos casos extremos el infanticidio o eutanasia precoz debe ser permitido, porque si lo fuese siempre, algunos padres podrían decidir acabar con la vida de sus hijos meramente por un capricho o un simple deseo, como por ejemplo, que su hijo ha nacido moreno y lo querían rubio, lo que nos llevaría a deslizarnos por una pendiente muy resbaladiza.

La vida de un niño trasciende a los caprichos o deseos de los progenitores y no debería depender de una decisión arbitraria. Nuestra opinión es que es necesaria una mejora en el actual sistema legal para establecer un límite claro (que la medicina o la biología no nos pueden dar) que no ofrezca dudas o malas interpretaciones.

El problema entonces, consiste en localizar y establecer los límites. Así, ¿en qué casos es necesario acabar con la vida de un recién nacido?, ¿quién está cualificado para procurar la muerte del niño defectuoso? Las respuestas a estas preguntas ya las hemos desarrollado en este trabajo.

No obstante, creemos que la vida humana es algo muy importante y así ha sido reconocido por la Humanidad como queda reflejado en el Artículo 3 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos: «Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona». También creemos que es importante porque la vida sólo se vive una vez y es irreversible; nos relacionamos con otros seres humanos, compartiendo nuestras experiencias e influimos en las vidas de los demás; por ello, la muerte afecta no sólo a quien la padece, sino a los demás seres que han convivido con el muerto.

Para concluir y despejar cualquier duda que haya surgido con la lectura de esta tesis, nos afirmamos en nuestra posición contraria a cualquier forma de eugenesia involuntaria, de violación de los Derechos Humanos, de asesinato o de homicidio directo en todos los casos. Sin embargo, cada situación es diferente, así que consideramos que es muy importante estudiar cada caso con sus causas y sus consecuencias. Nuestro objetivo, en última instancia, es evitar el sufrimiento humano en la medida de lo posible y buscar o intentar conseguir un mundo más sano, más justo y más feliz para todos.

V.I. Conclusión final.

En este trabajo hemos tratado de exponer y demostrar que, en líneas generales, estamos en contra del infanticidio. Ahora bien, hay casos en los que es preferible optar por permitir morir en paz, o incluso contribuir acelerando el proceso natural de la muerte de un recién nacido gravemente enfermo, siempre bajo la atención de personal especializado, con los medios adecuados, con el suministro de analgésicos, con la sedación necesaria y la ayuda psicológica para los familiares que la requieran. Para reconocer estos casos habrá que seguir un protocolo de actuación, y para ello proponemos en el capítulo IV de esta tesis la elaboración de una guía clínica única para los profesionales de neonatología. Una vez reconocidos estos casos y evaluada su situación, se seguirá el protocolo paso a paso con el propósito de evitar el encarnizamiento terapéutico y el sufrimiento innecesario tanto del paciente como de sus familiares más cercanos.

PARTE VI
BIBLIOGRAFÍA

VI. BIBLIOGRAFÍA.

VI.1. Bibliografía general.

- Abel, F. (1999). Comités de bioética: necesidad, estructura y funcionamiento. En Couceiro, A. (Ed.), *Bioética para clínicos* (pp. 241-242). Madrid: Triacastela.
- Acosta Guzmán, A. (1968). Un delito intermedio entre el aborto y el infanticidio. *Revista de Ciencias Jurídicas*. 11. Universidad de Costa Rica. Escuela de Derecho, S. José, Costa Rica.
- Adams, Robert Merrihew (1979, Marzo). Existence, Self-Interest, and the Problem of Evil. *Noûs*. 13 (1), 53-65. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/2214795>.
- Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death, A Definition of Irreversible Coma, *JAMA* 1968, 205: 337-338.
- Alican, Necip Fikri. (1994). *Mill's Principle of Utility: A Defense of John Stuart Mill's Notorious Proof*. Amsterdam y Atlanta: Editions Rodopi B.V.
- Almond, B. & Hill, D. (1991). *Applied Philosophy: Morals and Metaphysics in Contemporary Debate*. London: Routledge.
- Almond, B. (1998). *Exploring Ethics. A traveller's tale*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Álvarez, J.C. (2002) *Comités de ética asistencial: reflexión sobre sus funciones y funcionamiento*, en Ferrer, J.J. y Martínez, J.L. (eds.) *Bioética: un diálogo plural*. Homenaje a Javier Gafo Fernández, S.J. pp. 373-375. Madrid. Universidad Pontificia de Comillas.
- Álvarez Santaló, L.C. (1994). Prólogo a Tarifa Fernández, A. *Marginación, pobreza y mentalidad social en el Antiguo Régimen: los niños expósitos de Úbeda (1665-1778)*. Granada: Universidad y Ayuntamiento de Úbeda.
- American Society For Health And Human Values (1998). *Core Competencies for Health Care Ethics Consultation*, Glenview, IL. American Society for Bioethics and Humanities (ASBH).
- Amor Pan, J.R. (Marzo 2009). Diagnóstico prenatal y nacimiento equivocado. *Revista Síndrome de Down*. Vol. 26, pp. 16-25.
- Annas, G.J. (1994, enero). Will the Real Bioethics (Commission) Please Stand Up?. En *Hastings Center Report*, 24 (1): pp: 19-21.
- Annas, G.J. (1995). The Dominance of American Law (And Market Values) Over American Bioethics. En *Meta Medical Ethics: The Philosophical Foundations of Bioethics*. BSPS, Vol. 171. Edited by Michael A. Grodin. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Ara Callizo, J.R. (2000). *Elaboración de Protocolos Clínicos. Comités de Ética Asistencial*, Madrid, Ed. Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, pp-83-90.
- Aramini, M. (2003). *L'eutanasia*. Milano: Ed. Giuffrè.
- Ariès-George Duby, P. (1987). *Historia de la vida privada*. Madrid: Altea, Taurus, Alfaguara, S.A.
- Aristóteles. (1921). *Politica*, by Benjamin Jowett, in the Works of Aristotle, Oxford: The Clarendon Press.

- ----- . (1962). *Nicomachean Ethics*, Indianapolis, New York: The Boobs-Merril Company INC.
- ----- . (1982). *Obras: Ética Nicomaquea*, Trad. Francisco De P. Samaranch. Madrid: Aguilar S.A. Ediciones.
- ----- . (1982). *Política*, Madrid: Aguilar S.A. Ediciones.
- ----- . (1984). *Moral a Nicómaco*. Traducción de Patricio de Azcárate. Madrid: Espasa-Calpe.
- ----- . (1988). *Ética Nicomaquea*, Madrid: Biblioteca Clásica Gredos, Editorial Gredos, S.A.
- ----- . (1990). *Historia de los Animales*. Madrid: Ediciones AKAL, S.A.
- ----- . (1994). *Metafísica*. Madrid: Ed. Gredos.
- Arras, John D. (1990). Common Law Morality, en Hasting Center Report. Vol. 20. N.4.
- ----- . (1991). Getting Down to Cases: The Revival of Casuistry in Bioethics, en *The Journal of Medicine and Philosophy*, 16: 29-51.
- ----- . (1994). Principles and Particularity: The Role of Cases in Bioethics. En *Indiana Law Journal* (69).
- Arteta de Monteseuro, A. (1802). *Disertación sobre la muchedumbre de niños que mueren en la infancia, y modo de remediarla*. Zaragoza.
- Badinter, E. (1981). ¿Existe el amor maternal? Barcelona: Editorial Paidós.
- Bard, Bernard; Joseph Fletcher. (April 1968). "The Right to Die". *The Atlantic Monthly*: 59–64.
- Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (1979). *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press.
- Beauchamp & Childress (1983). *Principles of Biomedical Ethics*, 2nd Edition. Oxford: Oxford University Press.
- Beauchamp & Childress (1989). *Principles of Biomedical Ethics*, Third Edition. Oxford: Oxford University Press.
- Beeson, D. (2000). Social and ethical challenges of prenatal diagnosis. *Medical Ethics Journal*. Winter 2000. Pp 1-8.
- Benatar, D. (2006). *Better Never to Have Been: The Harm of Coming into Existence*. Oxford University Press, USA. doi:10.1093/acprof:oso/9780199296422.001.0001. ISBN 978-0-19-929642-2.
- Benedicto XVI. (2009, junio). Carta Encíclica Caritas In Veritate. Roma. Disponible en http://www.vatican.va/holy_father/paul_vi/encyclicals/documents/hf_p-vi_enc_26031967_populorum_sp.html/
- Bergier, M. (1777). *El Deísmo refutado por sí mismo, ó examen de los principios de incredulidad, esparcidos en las diversas obras de M. Rouseau en forma de Cartas*, Traducción de P.M.F. Nicolás de Aquino, Madrid: Imprenta de Blas Román.
- Boonin, D. (2014), *The Non-Identity Problem and the Ethics of Future People*, Oxford University Press, U.K.
- Brandt, Richard B. (1992). *Morality, Utilitarianism, and Rights*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Brody, H. (1994). "My Story Is Broken; Can You Help Me Fix It?": Medical Ethics and the Joint Construction of Narrative. En *Literature and Medicine*. (13) 1. pp. 79-92. The Johns Hopkins University Press.

- Buchanan, James M. (2009). Los límites de la libertad. Entre la anarquía y el Leviatán. Traducido por Verónica Sardón. Madrid: Katz Editores [Original en inglés de 1975].
- Cafef, S.W. (1992). The Replaceability Argument and Abortion. *American Catholic Philosophical Quarterly*, 66 (4): 447-463.
- Campbell J. with Moyers, B. (1988). *The Power of Myth*. New York: Doubleday.
- Camosy, C. (2010). *Too Expensive to Treat? Finitude, Tragedy and the Neonatal ICU*. Grand Rapids: Michigan, Eerdmans.
- Carrara, F. (1945). *Programa del Curso de Derecho Criminal*. Buenos Aires.
- Castillo C., L. (N.D.). *La muerte jurídica y la transmisión de bienes*. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos76/muerte-juridica-transmision-bienes/muerte-juridica-transmision-bienes2.shtml>.
- Chadwick, Ruth F. (1987). The Perfect Baby. En *Ethics, Reproduction and Genetic Control*. Croom Helm Australia (London, New York, Sydney).
- Childress, J.F. & Macquarrie, J. (1986). *A New Dictionary of Christian Ehtics*. SCM Press LTD, The Westminster Press.
- Circular 3/95 de INSALUD.
- Comisión Teológica Internacional (CTI). (2007). *La Esperanza de Salvación para los niños que mueren sin Bautismo*. El Vaticano. Disponible en: http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/cti_documents/rc_con_cfaith_doc_20070419_un-baptised-infants_sp.html#_ftnref134.
- Conill, Jesús. (2005) ¿Regreso a la naturaleza humana? Una reflexión bioética. *Bioética. Entre la Medicina y la Ética*, M^a Teresa López de la Vieja (Ed), Ediciones Universidad de Salamanca.
- Cortina, A. (1993). *Ética aplicada y democracia radical*. Madrid: Tecnos.
- Cortina, A.; Conill, J.; Domingo, A.; García Marzá, D. (1994). *Ética de la empresa*, Madrid: Trotta.
- Cortina, A. (1996). Comités de ética. En Guariglia O., *Cuestiones morales*. Madrid: Editorial Trotta, CSIC.
- Cortina, A. y Martínez, E. (1996). *Ética*. Madrid: Akal.
- Couceiro, A. (Ed.) (1999). *Bioética para clínicos*. Colección Humanidades Médicas. Nº 3. 1ª Edición. Madrid: Editorial Triacastela.
- Cuenca Sanabria, J., Betancor Rodríguez, A. y Rivero López, G. (1996). *La práctica del infanticidio femenino como método de control de la natalidad entre los aborígenes canarios: las evidencias arqueológicas en Cendro, Telde, Gran Canaria*. Museo canario, Nº 51.
- DANE, Cálculos D.N.P., - Umacro. Estadísticas Históricas de Colombia. Unidad de Análisis Macroeconómico, T.M. Editores, 1998, Colombia. Disponible en <https://www.dnp.gov.co/EstudiosEconomicos/Estad%C3%ADsticasHist%C3%B3ricasdeColombia.aspx>.
- Darwin, Ch. (1871). *The Descent of Man, and Selection in Relation to Sex* (1st Ed.), London: John Murray.
- De Lora Deltoro, P. (2007) ¿Qué hay de malo en tener hijos? en Derecho, sociedad y familia: cambio y continuidad. Anuario de la Facultad de Derecho. AFDUAM, nº10, pp45-63. Facultad de Derecho Universidad Autónoma de Madrid. [http://www.uam.es/otros/afduam/pdf/10/045_064%20DE%20LORA.pdf] [http://www.upf.edu/filosofiadeldret/_pdf/pablo-lora-que-hay-de-malo.pdf]. Consultado el 21 de diciembre de 2014.

- De Maurans, (1898). "Una disposición legal para prevenir el infanticidio". *Revista general de legislación y jurisprudencia*, ISSN 0210-8518, 46 (93), 66-571.
- De Murcia, P.J. (1798). *Discurso Político sobre la importancia y necesidad de los Hospicios, Casas de Expósitos y Hospitales*. Madrid.
- De Torrecilla, R. P. Fr. Martín. (1696). *Suma de todas las materias morales*, 2 vols. Madrid.
- De Santiago, M. (1998). ¿Consenso en la ética clínica?. CB 35, 4º, pp. 504-511. En <http://www.bioeticaweb.com>. y http://www.mercaba.org/FICHAS/bioetica/consenso_en_la_etica_clinica.htm
- Del Olmo Lete, G. (1994). *El molk púnico: interpretación de un ritual*. En Govern Balear, Conselleria de Cultura, Educació i Esports. La problemática del infanticidio en las sociedades fenicio-púnicas. IX Jornadas de Arqueología fenicio-púnica.
- Delgado, Honorio (1949: 270-271). La persona humana desde el punto de vista psicológico. Actas del Primer Congreso Nacional de Filosofía, Mendoza, Argentina, marzo-abril 1949, tomo 1. Disponible en <http://www.filosofia.org/aut/003/m49a0270.pdf>.
- Diamond, J. (2005). *Collapse: How Societies Choose to Fail or Succeed*. New York: Penguin Books.
- Díaz del Castillo, Bernal (publicado póstumamente por primera vez en 1632). (2005). *Historia verdadera de la conquista de la Nueva España*. Ciudad de México: Editorial Porrúa.
- Díaz-Maroto y Villarejo, Julio y Suárez González, Carlos J. (1999). *Código Penal y Legislación Complementaria*. Libro II – Título II. C.P. 95 Madrid: Civitas Ediciones, S.L.
- Diccionario Enciclopédico. (1978). *Lexis/22 Vox*. Barcelona: Círculo de Lectores, S.A.
- Directiva 2001/20/CE. *Diario Oficial de las Comunidades Europeas 2001*. L 121: 34-44.
- Domínguez Lostaló, J.C., Pérez, E.A., Ascaini, I., Lucesole, N., Odorizzi, E., Alessandro, C. (2007). Infanticidios: Historia de vida. *Revista de Psicología*, (11), 233-246. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/ant_revistas/pr.4848/pr.4848.pdf.
- Donoso Vergara, P. (2007). *Una revisión al concepto de persona y sociedad en cuatro autores comunitarios: Charles Taylor, Alasdair MacIntyre, Jacques Maritain y Emmanuel Mounier*. Tesis doctoral. Universidad de Chile. Santiago de Chile. Disponible en http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2007/donoso_p/html/index-frames.html.
- Donzelot, J. (1979). *The policing of Families*. Nueva York: Pantheon. (Trad. Cast. *La policía de las familias*. (1998). (2ª Edic). Valencia: Pre-Textos.
- Dorson, Richard (1968). *Peasant Customs and Savage Myths: Selections from the British Folklorists*. Chicago: University of Chicago Press.
- Durán Vázquez, J. F. (2010) La crisis de autoridad en el mundo educativo. Una interpretación sociológica. *Nómadas*. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas | 28 (2010.4) © EMUI Euro-Mediterranean University Institute | Universidad Complutense de Madrid | ISSN 1578-6730. Publicación asociada a la Revista Nomads. Mediterranean Perspectives | ISSN 1889-7231.

- Enciclopedia Multimedia, 1994-97. Planeta DeAgostini.
- Engelhardt, H.T. (1995). *Los Fundamentos de la Bioética*. Buenos Aires: Paidós.
- Evered, D. (2000). *Ethics Committees A New Phenomenon in Medicine and Health Care*. En J. Glasa (ed.) *Ethics Committees in Central and Eastern Europe* (pp.29-43). Bratislava: Council of Europe, Charis-IMEB Fdn.
- Farrer, A. (1961). *Love Almighty and Ills Unlimited*, Garden City, N.Y.: Doubleday.
- Fernández, F. J. (2007, Otoño). El Orfanato Nacional, una parte de la historia de Vista Alegre. Publicado en *Innovación y formación*. Madrid, n. 2. p. 27-31. Disponible en: <http://redined.mecd.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/36656/01420093004783.pdf?sequence=1>.
- Ferrán Larraz, E. (2011). El casuismo de la common law y su solución en la práctica de la traducción a un ordenamiento de la civil law". En *Journal des traducteurs*, 56(1), 179-187. Disponible en <http://id.erudit.org/iderudit/1003516ar>.
- Ferrater Mora, J. (1981). *Diccionario de Filosofía*. Barcelona: Alianza Editorial, 3ª Edición.
- Ferrer, J.J. (2003). *Historia y fundamentos de los comités de ética*, en Martínez, J.L. (Ed.) *Comités de Bioética* (pp. 20-22). Madrid, Universidad Pontificia de Comillas: Editorial Desclée de Vrouwer, S.A.
- Ferrer, J.J. y Martínez, J.L. (Eds). (2002). *Bioética: un diálogo plural*. Homenaje a Javier Gafo Fernández, S.J. (pp. 417-427). Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- Ferrer Santos, U. (1993). Los deberes para con la naturaleza y la vida no humana. *Cuestiones de antropología y bioética*. Murcia. Luis Miguel Pastor García (ed.), Universidad de Murcia.
- ----- (2002) *¿Qué significa ser persona?* Madrid. Ediciones Palabra.
- Fresneda Collado, R. y Elgarrista Domeque, R. (1987). *Aproximación al estudio de la identidad familiar: el abandono y la adopción de expósitos en Murcia (1601-1721)*. En Chacón Jiménez, F. (Ed.). *Familia y sociedad en el Mediterráneo Occidental. Siglos XV-XIX*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Firth, R. (1957). *We, the Tikopia*, London: Allen & Unwin.
- Galende D., Inés. (2002). *Los Comités de Ética para la Investigación Clínica. Presente y futuro*. En Ferrer, J.J. y Martínez, J.L. (Eds). *Bioética: un diálogo plural*. Homenaje a Javier Gafo Fernández, S.J. (pp. 417-427). Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- Galton, F. (1904). Eugenics: Its Definition, Scope, and Aims. En *The American Journal of Sociology*, 10:1.
- Galton, F. (1865). Hereditary Talent and Character. *Macmillan's Magazine* 12: 157-166 y 318-327.
- Galton, F. (1869). *Hereditary Genius: An Inquiry into its Laws and Consequences*. MacMillan. London.
- García Capilla, D.J. (2007). *El nacimiento de la bioética*. Madrid. Biblioteca Nueva S.L.
- Garner, Bryan A. (1968). *Black's Law Dictionary*. (4ª Edición). Minnesota, St. Paul, West Publishing Company.

- George, K. (1986) [originalmente publicado en 1871]. *Tent Life in Siberia*. NY: Gibbs Smith.
- Gillon, R. (1986). *Philosophical Medical Ethics*. John Wiley & Sons. (Where respect for autonomy is not the answer).
- Gimbernat Ordeig, Enrique, (1998). Código Penal. Ley Orgánica 10/ 1995 De 23 de noviembre. Madrid: Ed. TECNOS (4ª Edición).
- Giubilini, A. y Minerva, F. (2012, 23 de febrero) After-birth abortion: why should the baby live? en *Journal Medical Ethics*. doi: 10.1136/medethics-2011-100411. <http://jme.bmj.com/content/early/2012/03/01/medethics-2011-100411.full>, Consultado el 10 de octubre de 2014.
- Glover, J. (1977). *Causing Death and Saving Lives*. London: Penguin Books.
- ----- (1984). *What Sort of People Should There Be?* Harmondsworth: Penguin.
- Glover, J. Ed. (1990). *Utilitarianism and Its Critics*. London: Collier Macmillan.
- Goldman, I. (1970). *Ancient Polynesian Society*. Chicago: Chicago University Press.
- González Hernando, I. (2013). *Revista Digital de Iconografía Medieval*, 9, 29-42.
- González Marsal, C. (2009). Despenalización del infanticidio o derecho a seguir viviendo. Madrid. Servicio de publicaciones Facultad de Derecho. Instituto de Derechos Humanos. Universidad Complutense de Madrid.
- Gracia, D. (1989). *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema.
- ----- (1991). *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid: Eudema.
- ----- (1996). *Cuestiones de vida o muerte. Dilemas éticos en los confines de la vida*. En AA.VV. Morir con dignidad: dilemas éticos en el final de la vida. Actas de la Jornada organizada por la Fundación de ciencias de la salud (25/10/1995). Aranjuez: Editorial Doce Calles.
- ----- (1996). *Problemas éticos en medicina*. En Guariglia O. Cuestiones morales. pp. 271-290. Madrid: Editorial Trotta, CSIC.
- ----- (1998). *Bioética clínica*, Bogotá: Editorial El Búho LTDA.
- ----- (2000). *La deliberación moral. El papel de las metodologías en ética clínica*. En J. Sarabia y M. de los Reyes (eds.) Comités de ética asistencial. pp. 21-41. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica.
- ----- (2003) Teoría y práctica de los comités de bioética. En Martínez JL, editor. Comités de Bioética. Madrid. Desclée de Brouwer; Universidad Pontificia de Comillas.
- ----- (2004). *Como arqueros al blanco*. Estudios de Bioética. Madrid: Edit. Triacastela.
- Griffin, J. (1986). *Well-Being: Its Meaning, Measurement and Moral Importance*. Oxford: Clarendon.
- Guariglia, O. (Ed.) (1996). *Enciclopedia Iberoamericana de Filosofía*. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Madrid: Editorial Trotta.
- Gury, J.P. (1850). *Compendium Theologiae Moralis*. Ed. 17ª (1866). Romae Typis civilitatis catholicae. Digitalizado en 2011 por la Universidad de Toronto-Robarts Library. Disponible en: <https://archive.org/details/compendiumtheo01gury>.
- Hall, R.T. (2000). *An Introduction to Healthcare Organizational Ethics*, Oxford / New York: Oxford University Press.
- Hare, R.M. (1981). *Moral Thinking: its levels, method an point*. Oxford: Clarendon Press.

- ----- (1993). *Essays On Bioethics*, New York: Oxford University Press, 1993.
- ----- (2006). The abnormal child: moral dilemmas of doctors and parents, in H. Kuhse and P. Singer (Eds.) *Bioethics: An Anthology*. Oxford and Malden, Blackwell, 329-33. Antes fue publicado en (1974). *Documentation in Medical Ethics* 3: 365-369.
- Harris, J. (1985). *The value of life*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Hay, E. (1966). *Regeneration*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Heidegger, M. (1995). El ser y el tiempo, Traducción de José Gaos, 1ª Edición en Alemán, 1927, Bogotá: Fondo de Cultura Económica.
- Hierrezuelo Conde, G.: (2008) "La Autofinanciación de la Iglesia Católica y las demás confesiones religiosas en la libertad e igualdad religiosas", Edición electrónica gratuita. Texto completo en www.eumed.net/tesis/2008/ghc/.
- Holland, A. (1991). *A Fortnight of my Life is Missing: A discussion of the Status of the Human Pre-embryo*. En Almond. B. y Hill, D. *Applied Philosophy: Morals and Metaphysics in Contemporary Debate*. London: Routledge.
- Hunecke, V. (1989). *I trovatelli di Milano: bambini esposti e famiglie espositrici dal XVII al XIX secolo: un'indagine storico-demografica*. Bologne: il Mulino.
- Hursthouse, R. (1987). *Beginnin Lives*. New York: Basil Blackwell.
- Jiménez González, R. y Molina Morales, V. (Asesores: F. Abel y C. Tejedor). (2008). Bases éticas en Neonatología. Decisiones de tratamiento selectivo en recién nacidos. Normas básicas de actuación, en *Protocolos de Neonatología de la SEN*. Cap. 54. Disponible en <http://www.se-neonatal.es/Portals/0/Articulos/54.pdf> (Consultado el 18 de febrero de 2015).
- John, T. Jr. (ed.) (1970). *The Morality of Abortion: Legal and Historical Perspectives*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Johnstone, B. V. (1982). The Moral Status of the Embryo, en Walters y Singer (eds.), (co-author with Helga Kuhse), pp: 49-56.
- Johnstone, Brian V. (2011). The Human Embryo. A Person to be Loved, en *Studia Moralia*, 49(2).
- Jones, G. y Telfer, B. (1995) Before I Was an Embryo, I Was a Pre-Embryo: or Was I? en *Bioethics*, 9 (1). ISSN 0269-9702.
- Jonsen, A.R., Siegler M. y Winslade W.J. (2005). *Ética clínica: aproximación práctica a la toma de decisiones éticas en la medicina clínica*. Barcelona: Ariel. (traducción de la 5ª edición en inglés: *Clinical Ethics. A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*. (2002). McGraw-Hill Companies. La 1ª Edición es de 1982. New York: Macmillan Publishing Company).
- Jonsen, A.R. (1991). "Casuistry as Methodology in Clinical Ethics." *Theoretical Medicine*, pp. 295–307.
- Jonsen, A.R. y Toulmin, S. (1988). *The Abuse of Casuistry: A History of Moral Reasoning*. Berkeley: University of California Press.
- Juan XXIII. (1963, 11 de abril). *Carta Encíclica Pacem In Terris*: Sobre la paz entre todos los pueblos que ha de fundarse en la verdad, la justicia, el amor y la libertad. Roma, San Pedro. Disponible en http://www.vatican.va/holy_father/john_xxiii/encyclicals/documents/hf_j-xxiii_enc_11041963_pacem_sp.html/.

- Juan Pablo II. (1995, 22 de marzo). *Carta Encíclica Evangelium Vitae: A los Obispos, a los Sacerdotes y Diáconos, a los Religiosos y Religiosas, a los Fieles Laicos y a Todas las Personas de Buena Voluntad sobre el Valor y el Carácter Inviolable de la Vida Humana*. Sala Clementina. Roma. Disponible en http://www.vatican.va/edocs/ESL0080/_INDEX.HTM/.
- Kant, I. (1993). *La metafísica de las costumbres*, trad. de Adela Cortina y Jesús Conill. Barcelona: Altaya S. A.
- Kavka, G.S. (1982, primavera). The paradox of future individuals. *Philosophy and Public Affairs*. 11 (2): 93-112. Disponible en <http://www.jstor.org/stable/2264924>.
- Kennan, G. (1986) [originalmente publicado en 1871]. *Tent Life in Siberia*. NY: Gibbs Smith.
- Kusum, (Abril, 1993). The Use of Pre-natal Diagnostic Techniques for Sex Selection: The Indian Scene. *Bioethics*, 7 (2-3): 149-165. doi: 10.1111/j.1467-8519.1993.tb00281.x. (First published online on 29 of October of 2007).
- Lecky, W.E.H. (1869). *History of European Morals: From Augustus to Charlemagne*. New York: D. Appleton and Co.
- Leibniz, G.W. (1983). *Monadología. Discurso de metafísica. La profesión de fe del filósofo*, Barcelona. [Traducción de Manuel Fuentes Benot, Alfonso Castaño Piñán y Francisco de P. Samaranch.]
- Levine, R.J. (1986). *Ethics and Regulation of Clinical Research*, 2º Ed. Baltimore – Munich: Urban & Schwarzenberg.
- Levine, R.J. (1993). *Preparing young doctors for the ethical practice of medicine*. Curso: *Conflictos éticos en el uso de seres humanos para la investigación biomédica*, Universidad Hispanoamericana de Santa María de la Rábida: mimeo.
- Ley Española del Medicamento de 1990, Título III: De los Ensayos Clínicos, Art. 59.
- 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 de 2010.
- Lindsay, J. (1968). *The Ancient World: Manners and Morals*. Nueva York: Weidenfeld & Nicolson.
- López de la Vieja, M.T. (2005). *¿Existe una Bioética latina?*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca.
- Lockwood, M. (1985). *When does a life begin?* En Lockwood, M. (Ed.) *Moral Dilemmas in Modern Medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- Locke, J. (1693). *Pensamientos sobre educación*.
- ----- (1980). *Ensayo sobre el entendimiento humano*, 2 Vols. Madrid: Editora Nacional (Trad. Mª Esmeralda García; introd. Y notas: Sergio Rábade).
- Louhiala, P. (2004). *Preventing Intellectual Disability: Ethical and Clinical Issues*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Maclean, N. (1987). *Dictionary Of Genetics And Cell Biology*. London: The MacMillan Press LTD.
- Machado De Chaves, J. (1641). *Perfecto confesor y cura de almas*, Barcelona.
- Maritain, J. (1939). *Para una Filosofía de la Persona Humana*. Santiago-Chile: Editorial Letras.
- Maritain, J. (1955). *Humanismo Integral. Problemas temporales y espirituales de una nueva cristiandad*. Santiago de Chile: Ediciones Ercilla.

- Marquis, D. (1989, Abril). Why abortion is immoral? *The Journal of Philosophy*, 86 (4), pp.183-202.
- Martínez Navarro, E. (2009). "Cristianismo y ética: una relación compleja" en *Cuadernos Contraste*, nº 15, Murcia: Foro Ignacio Ellacuría, pp. 1-33.
- Mayer Lux, L. (2012). El delito de infanticidio: un caso de inconstitucionalidad de la ley penal. En *Revista de Derechos Fundamentales*. Universidad Viña del Mar, (8), 119-143.
- Mayeroff, M. (1971). *On Caring*. New York: Harper & Row Publishers.
- MacIntyre, A. (1981). *After Virtue*. Notre Dame: University of Notre Dame Press.
- MacKenzie, Donald, A. (1981) *Statistics in Britain. 1865-1930: The social construction of scientific knowledge*. Edinburgo: Edinburgh University Press.
- McLaren, A. (1986) *Prelude to embryogenesis*, in CIBA Foundation, *Human Embryo Research: Yes or No*, London: Tavistock Publications, 5-23.
- McLennan, J.F. (1886). *Studies in Ancient History, The Second Series*. NY: Macmillan & Co., Ltd.
- McMahan, J. (2002). *The Ethics of Killing: Problems at the Margins of Life*. New York: Oxford University Press.
- McNaughton, David A. (1988). *Moral Vision*. Blackwell Publishing.
- Megino, Alberto de (1805). *La Deauxesia. Aumentación del pueblo por los medios de procurar que no mueran 50.000 personas que según un cálculo prudencial, y bien formado, se pierden anualmente en las Casas de Espósitos, en los Ospicios, y en las Cárceles de España*, Venecia.
- Miljeteig, I.; Norheim, O. F. (2006). 'My job is to keep him alive, but what about his brother and sister?'. How Indian doctors experience ethical dilemmas in neonatal medicine'. *Developing World Bioethics*. 6 (1). 23-32.
- Miranda Montecinos, A. (2008). *El principio del doble efecto y su relevancia en el razonamiento jurídico*. *Revista Chilena de Derecho*, 35(3), 485-519.
- Montero Delgado, F. (2008). Comités de Ética Asistencia: ¿Procedimiento vs actitud? En *Bioética & debat*, 14 (54), 10-15.
- Mounier, E. (1967). *Manifiesto al servicio del personalismo*. Madrid: Taurus.
- Nag, M. (1962). *Factors Affecting Human Fertility in Non-Industrial Societies: A Cross-Cultural Study*. *Yale University Publications in Anthropology*, 66, 79.
- Nelson, H.L. (Ed.) (1997). *Stories and Their Limits: Narrative Approaches to Bioethics*. New York y Londres: Routledge.
- Nómadas. *Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*. 28 (2010.4) © EMUI Euro-Mediterranean University Institute. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Novísima Recopilación, Libro VII, Título: XXXVII, Leyes I, II, III IV y V, pp. 687-693. (Anexo I). Consultado el 29 de enero de 2013 en <http://hdl.handle.net/2027/ien.35556003633062>. Public Domain, Google-digitized /http://www.hathitrust.org/access_use#pd-google. Digitalizado por google del original de la Universidad de Northwestern.
- Nuffield Council on Bioethics (2006, Noviembre) "Critical Care Decisions in Fetal and Neonatal Medicine". London. The Clyvedon Press Ltd. Disponible en: <http://nuffieldbioethics.org/project/neonatal-medicine/> (Consultado el 31 de enero de 2015).
- Nietzsche, F. (1993a). *Ecce Homo (1888)*. Traducción: Francisco Javier Carretero Moreno. Madrid: M.E. Editores, S.L.

- ----- (1993b). *El ocaso de los ídolos: como se filosofa con el martillo. Götzen-Dämmerung oder: Wie man mit dem Hammer philosophirt (1887)*. Traducción: Francisco Javier Carretero Moreno. Madrid: M.E. Editores, S.L.
- ----- (1998). *El Anticristo. Maldición sobre el cristianismo. Der Antichrist. Fluch auf das Christenthum (1885)*. Versión castellana de Eduardo Ovejero y Muñoz. Madrid: Editorial Debate, S.A.
- Nino, C.S. (1992), *Fundamentos de Derecho Constitucional*. Buenos Aires: Astrea.
- Noonan, John Thomas Jr. (Ed.) (1970). *The Morality of Abortion: Legal and Historical Perspectives*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Nozick, R. (1974). *Anarchy, State and Utopia*, New York: Basic Books. [*Anarquía, Estado y Utopía*, México, FCE, 1988].
- Núñez, P. (2003). *Comités nacionales y supranacionales de bioética*. En Martínez, J.L. (Ed.), *Comités de Bioética*, pp: 139-170. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas. Editorial Desclée de Vrouwer, S.A.
- Ottenberg, S. & P. (1960). *Cultures and Societies of Africa*. New York: Random House.
- Pablo VI. (1967, 26 de marzo). *Carta Encíclica Populorum progressio*. Roma. Disponible en http://www.vatican.va/holy_father/paul_vi/encyclicals/documents/hf_p-vi_enc_26031967_populorum_sp.html/.
- Pablo VI. (1965, 7 de diciembre). *Constitución Pastoral Gaudium Et Spes Sobre la Iglesia en el Mundo Actual*. Roma, San Pedro. Disponible en http://www.vatican.va/archive/hist_councils/ii_vatican_council/documents/va-t-ii_const_19651207_gaudium-et-spes_sp.html/.
- Pacheco, R.P. Mho. Fr. Bernardo, O.S.B. (1760). *Suma moral. Escrita en breve compendio*. Vol. I. Madrid.
- Pakrasi, K. (1970). *Female Infanticide in India*. Calcutta, India: Edition Indian.
- Palomares Bayo M, López y García de la Serna. (2002). El consentimiento en la práctica médica y el testamento vital. Granada: Editorial Comares.
- Pardo, A. (2008). Sobre el acto Humano: Aproximación y propuesta. *Persona y Bioética*, Vol. 12, Rev. 2(31). Pp: 78-107. Disponible en: <http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/rt/printfriendly/962/1290>.
- Parfit, D. (1984). *Reasons and Persons*. Oxford: Oxford University Press.
- Paris, J.J. (1995). The Domination of Law in American Bioethics: a Response to Annas. En *Meta Medical Ethics: The Philosophical Foundations of Bioethics*. BPS, Vol. 171, pp: 97-107. Edited by Michael A. Grodin. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Pastor, L.M. (1999) *¿Bioética de máximos o de mínimos en la relación clínica?* En *Persona y Bioética*, (3) 7 y 8, pp. 95-110. Chía, (Colombia): Ed. Facultad de Medicina de la Universidad de La Sabana.
- Pellegrino, Edmund D. (1990, mayo – junio). La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica. En *Bioética*, Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 108 (5 y 6), 379. Washington.
- Pellegrino, E. D. (1992). *Doctors must not kill*, en *The Journal of Clinical Ethics* 3 (2): 95-102. Publicado anteriormente en: Gaylin W, Kass LR, Pellegrino ED, Siegler M. (1988) *Doctors must not kill*, en *The Journal of American Medical Ethics (JAMA)* 259 (14): 2139-40.

- Pence, G. (1990). *Classic Cases in Medical Ethics*. New York: McGraw-Hill.
- Pérez Moreda, V. (1980). *Las crisis de mortalidad en la España interior: siglos XVI-XIX*. Madrid: Editorial SIGLO XXI DE ESPAÑA EDITORES, S.A.
- Pérez Moreda, V. (2005). *La infancia abandonada en España (siglos XVI-XX)*. Discurso de ingreso en la Real Academia de la Historia. Madrid: Mensajeros de la Paz.
- Platón. (1957). *Republic*, in *Platonis Opera Vol. IV*. Oxford: Clarendon Press.
- ----- (1977). *La República*, *Obras Completas*, Madrid: Aguilar S.A. ediciones.
- Pluhar, Werner S. (1977). Abortion and Simple Consciousness. *Journal of Philosophy*, 74. 159-172.
- Potter, V.R. (1971). *Bioethics: Bridge to the future*. New Jersey: Prentice – Hall Pub. Englewood Cliffs.
- Potter, V.R. (1988). *Global Bioethics: Building on the Leopold Legacy*. East Lansing, MI: Michigan State University Press.
- President's Commission for the Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, Guidelines for Determination of Death, *JAMA* 1981, 246: 2184-2186.
- Preston, R. (1995). La ética cristiana. En Singer, P. (Ed.) *Compendio de Ética*, (pp.145-163). Madrid: Alianza Editorial, Alianza Diccionarios.
- Prieto López., L. (2010). Reflexiones sobre el aborto, el infanticidio y la eutanasia en Peter Singer. *Religión y Cultura*, 252 (56), 209-223. Madrid: Imp. Método Gráfico, S.L. (PP. Agustinos).
- Proctor, R. (1988). *Racial Hygiene: Medicine Under the Nazis*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Raanan Gillon (Ed.) *Journal of Medical Ethics*, *Journal of the Institute of Medical Ethics*.
- Rachels, S. (1998). 'Is it good to make happy people?'. *Bioethics* 12 (2): 93-110.
- Radbill, S. X. (1974). A History of Child Abuse and Infanticide. En S.K. Steinmetz & M.A. Straus (Eds.), *Violence in the Family* (173-179). New York: Harper & Row.
- Ransel, D. (1988). *Mothers of Misery*. Princeton: Princeton University Press.
- Rawls, J. (1979). *Teoría de la Justicia*, Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- ----- (1989). *A Theory of Justice*. Oxford: Oxford University Press.
- Reich, WT. (Ed.) (1978). *Encyclopedia of Bioethics*. New York: Macmillan Publishing Company.
- Requena Meana, P. (2005). *El principialismo y la casuística como modelos de bioética clínica. Presentación y valoración crítica*. Tesis de doctorado dirigida por Prof. Mons. Ignacio Carrasco de Paula. Roma. Pontificia Universidad de la Santa Cruz. Facultad de Teología. Disponible en: <http://www.eticaepolitica.net/bioetica/TesRequena.pdf>.
- Requejo Conde, C. (2008). Protección penal de la vida humana. Especial consideración de la eutanasia neonatal. Granada: Editorial Comares.
- Ricoeur, P. (2008). La diferencia entre lo normal y lo patológico como fuente de respeto. En: *Lo justo 2. Estudios, lecturas y ejercicios de ética aplicada*. Madrid: Ed. Trotta.
- Rifkin, J. (1999). *La reinención de la naturaleza, en el siglo de la biotecnología*. Barcelona: Crítica.

- Rodríguez, A.J. (1769). Nuevo aspecto de la teología médico-moral y ambos derechos o paradojas físico-theológicas-morales, obra crítica provechosa a párrocos y confesores de ambos Derechos, y útil a Médicos, Filósofos y Eruditos. Tomo 4. Madrid: Imprenta Real de la Gaceta.
- Rodríguez Artalejo F., Banegas JR, González Enríquez J., Martín Moreno JM, Villar Álvarez R. (1990). Análisis de decisión clínica. Medicina Clínica. Barcelona; 94: 348-354.
- Roe vs. Wade. (1972). No. 70-18. U.S. District Court 410. Syllabus.
- Rothbard, M. (1995). "La ética de la libertad", Madrid: Unión Editorial. Versión original: Rothbard, M. (1982). *The Ethics of Liberty*. Atlantic Highlands, N.J.: Humanities Press.
- Ruiz-Giménez Cortés, J. (1998). *Prólogo a los Derechos del Niño*, ONU, Conferencia de la Haya, Derecho Internacional Humanitario, Consejo de Europa, Unión Europea, Organización de Estados Americanos y Organización para la Unidad Africana. Madrid: McGRAW-HILL/INTERAMERICANA DE ESPAÑA, S.A.U.
- Sánchez González, M.A. (2005). El proyecto "Red de conciencia virtual": una utilización de la red informática para generar propuestas éticas basadas en el coherentismo moral. En *Campus Virtual UCM2*. Como integrar investigación y docencia. Pp: 349-358. Madrid: Editorial Complutense, S.A.
- Saucier, J.F. (1972). Correlates of the Long Postpartum Taboo: A Cross-Cultural Study. *Current Anthropology* 13(2) 238-249, 243.
- Savulescu, J. (2001). 'Procreative Beneficence: Why We Should Select the Best Children', *Bioethics*, 15 (5-6): 413-26.
- Scheler, M. (1942). *El formalismo en la ética y la ética material de los valores*. Ética II. Trad. de H. Rodríguez. Madrid: Ed. Revista de Occidente.
- Scheler, M. (1954). *Der formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik*. Gesammelte Werke. Bern: Francke.
- Schwartz, T., (1978), "Obligations to Posterity", en *Obligations to Future Generations*, Richard I. Sikora & Brian M. Barry (eds.), Philadelphia: Temple University Press. 3-3.
- Serafín de Ausejo, O.F.M. cap., Profesor de Sagrada Escritura, José M^a Guix, Obispo auxiliar y vicario general. (1975). *La Biblia*. Barcelona: Editorial Herder.
- Sgreccia, E. (1994). *Manuale di Bioetica. Fondamenti ed etica biomedica*, Milano: Vita e Pensiero.
- Sgreccia, E. (1997). Ponencia: *La persona y el respeto de la vida humana*, disponible en: <http://dspace.unav.es/dspace/bitstream/10171/5570/1/MONS.ELIO%20SGRECCIA.pdf>.
- Shook, John R. (2005). *Dictionary Of Modern American Philosophers*, Vol. 1, Continuum International Publishing Group.
- Simon, P. (2000). *El Consentimiento informado*. Madrid: Triacastela.
- Singer, P. (1979). *Practical Ethics*, (1st Edn.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Singer, P. & Kuhse, H. (1985). *Should the Baby Live? The problem of handicapped infants*. Oxford: Oxford University Press.

- Singer, P. (1992). A German Debate in Applied Ethics. En *Journal of Applied Philosophy*. Vol. 9.
- ----- (Ed.). (1992) *Applied Ethics*. Oxford: Oxford University Press.
- ----- (1995). *Practical Ethics*. (2ndEdn.). Cambridge: Cambridge University Press.
- ----- (1997). *How Are We to Live? Ethics in an Age of Self-interest*, Oxford: Oxford University Press.
- ----- (1997). *Repensar la vida y la muerte*. Barcelona: Paidós.
- ----- (2002) De compras por el supermercado genético (Traducción de Julio Seoane). ISEGORÍA (27) 19-40.
- Singer, P., & Kuhse, H. (2002). *Unsanctifying human life: Essays on ethics*. Oxford, UK: Blackwell.
- Singer, P. y Kuhse, H. (Ed.). (2003). *Desacralizar la vida humana. Ensayos sobre ética*. Traducción de Carmen García Trevijano. Madrid: Ediciones Cátedra (Grupo Anaya, S.A.).
- Siurana, J.C. (2005) *Voluntades Anticipadas. Una alternativa a la muerte solitaria*. Madrid. Editorial Trotta.
- Siurana, J.C. (2009). *La sociedad ética. Indicadores para evaluar éticamente una sociedad*. Cànoves i Samalús (Barcelona): Editorial Proteus.
- Smart, John Jamieson Carswell y Williams, B. (1973). *Utilitarianism for and against*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Society for Applied Philosophy. *Journal of Applied Philosophy*. Oxford: Blackwell. [The Euthanasia Debate in Germany – What’s the Fuss?. Por Hans Johann Glock.]
- Spencer, E. M. (1997). A New Role for Institutional Ethics Committees: Organizational Ethics. *The Journal of Clinical Ethics*, 8.
- Stampa Braum, J. M. *Las corrientes humanitaristas del siglo XVIII y su influencia en la concepción del infanticidio como «delictum exceptum» y El objeto jurídico del infanticidio «honoris causa»*. En Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales. (1953) T.6, y (1955) T.8.
- Stinson, R. y P. Stinson, (1983). *The Long Dying of Baby Andrew*, Primera edición (1979) ed. Boston/Toronto: Atlantic Monthly press book. Little, Brown and Company.
- Stone, L. (1966). Social mobility in England, 1500-1700, *Past and Present*, 33.
- Tarifa Fernández, A. (1996). Mujer, maternidad y amores ilegítimos en Úbeda durante el Antiguo Régimen: los límites de una realidad social. En *Boletín del Instituto de Estudios Giennenses*, N° 162, 3.
- Taylor, Ch., (1996). *Fuentes del yo. La construcción de la identidad moderna*. Barcelona: Paidós.
- Tejedor Torres, J.C., J. López de Heredia Goya, N. Herranz Rubia, P. Nicolás Jiménez, F. García Muñoz, J. Pérez Rodríguez y Grupo de Trabajo de Ética de la Sociedad Española de Neonatología (2013). Recomendaciones sobre toma de decisiones y cuidados al final de la vida en neonatología, en *Anales de Pediatría*. Barcelona: Asociación Española de Pediatría. [An Pediatr (Barc). 2013; 78 (1): 190.e1 - 190.e14]. Disponible en http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90192855&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=37&ty=102&accion=L&

- origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=37v78n03a90192855pdf001.pdf. (Consultado el 18 de febrero de 2015).
- *The Internet Encyclopedia of Philosophy*, www.utm.edu/research/iep/p/personho.htm.
 - The Linacre Quarterly, *A Journal of the Philosophy and Ethics of Medical Practice. Official Journal of the Catholic Medical Association*.
 - Tomás de Aquino. (1989). Suma Teológica. Tomo II. Parte I-II. 2ª Edic. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos. Disponible en: <http://biblioteca.campusdominicano.org/2.pdf>.
 - Tooley, Michael. (1983). *Abortion and Infanticide*. New York: Oxford University Press.
 - Trexler, R. (1979). Infanticide in Florence: new sources and first results. En *History of Childhood quarterly*. 1; 99.
 - Trombotto, G.T. (2010). *La pendiente resbaladiza en la eugenesia y en la eutanasia de las malformaciones congénitas*. Tesis de Maestría. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, Argentina.
 - Tulio Divale, W. y Harris, M. (1976, septiembre). Population, Warfare, and the Male Supremacist Complex. *American Anthropologist*, 78(3), 521–538. Disponible en <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1525/aa.1976.78.3.02a00020/pdf>.
 - Uniacke, S. y McCloskey. (1992). A Comment on Singer. *J.A.P.* Vol. 9.
 - Uniacke, S. (1997). Replaceability and Infanticide. *Journal of Value Inquiry*, 31(2): 153- 166.
 - UNICEF. (Junio de 2000). “Aborto Selectivo en función del sexo, infanticidio femenino y discriminación en el acceso a la alimentación y a los cuidados médicos”. La Violencia doméstica contra mujeres y niñas en Innocenti Digest. Centro de Investigaciones Innocenti. Florencia. Italia.
 - UNICEF (2007). La mujer y la infancia. El doble dividendo de la igualdad de género en *El estado mundial de la infancia 2007*.
 - UNICEF. (2007). Guía a la Observación General N° 7: “Realización de los derechos del niño en la primera infancia”. Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Fundación Bernard van Leer. La Haya. 2007.
 - Valdés, M. (1995). El aborto y los argumentos de la Iglesia Católica. En *Dilemas Morales de la sociedad contemporánea*1. México D.F.: Editorial Torres Asociados.
 - Valdés, M. (2006). *¿Es moralmente importante la diferencia entre matar y dejar morir?* Disponible en: <http://colegiodebioetica.org.mx/wp/editoriales/editoriales-2006/%C2%BFes-moralmente-importante-la-diferencia-entre-matar-y-dejar-morir/>
 - Vázquez Lesmes, R. (2010). *Aborto e infanticidio en Córdoba en el tránsito al siglo XIX*. Córdoba: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba y la Real Academia de Ciencias, Bellas Letras y Nobles Artes de Córdoba.
 - Vergés Ramírez, S. (1993). *El hombre, su valor en Max Scheler*. Barcelona: PPU.
 - Walters, William A. W. y Singer, P. (Eds.). (1982). *Test-Tube Babies: A guide to moral questions, present techniques and future possibilities*. Melbourne: Oxford University Press.

- Warnock, Helen Mary (1984). *Report of the Committee of Inquiry into Human Fertilisation and Embryology*. Department of Health & Social Security. London: Her Majesty's Stationery Office.
- Warnock, Helen Mary (1985). *A Question of Life*. The Warnock Report on Human Fertilization and Embryology. Oxford: Blackwell.
- Weale, S. (1999, 6 de octubre) Hearing both sides, *The Guardian*. p.10.
- Wilkinson, D. (2011). 'Should we replace disabled newborn infants?' *Journal of Moral Philosophy* 8 (3): 390-414.
- Wilkinson, (2013). D. *Death of Disability? The 'Carmentis Machine' and decision-making for critically ill children*. Oxford: Oxford University Press.
- Williams, B. (1986). Types of moral argument against embryo research, en CIBA Foundation, G. Bock y M. O'Connor (Eds.). *Human Embryo Research: Yes or Not?* London: Tavistock Publications.
- Williamson, L. (1978). *Infanticide: an anthropological analysis*, en *Infanticide and the Value of Life*, NY: Prometheus Books.
- Wrightson, K., (1982). Infanticide in European History. *Criminal Justice History*, 3.
- Zarraluqui, L. (1988). *Procreación Asistida y Derechos Fundamentales*. Madrid: Tecnos.
- Zeng Yi et al. (1993) "Causes and Implications of the Recent Increase in the Reported Sex Ratio at Birth in China", *Population and Development Review*, 19: 2.
- Zubiri, X. (2002). *Sobre el problema de la filosofía y otros escritos*, (1932-1944). Madrid: Alianza Editorial.

VI.2. Páginas web consultadas.

- De Lora Deltoro, P. *¿Qué hay de malo en tener hijos?* Disponible en <http://www.upf.edu/filosofiadeldret/_pdf/pablo-lora-que-hay-de-malo.pdf> hay otra versión disponible en <https://www.uam.es/otros/afduam/pdf/10/045_064%20DE%20LORA.pdf> AFDUAM nº 10 (2007), Derecho, sociedad y familia: cambio y continuidad.
- <http://www.utm.edu/research/iep/p/personho.htm>.
- <http://www.bioeticacs.org/?dst=unesco>; <http://www.unesco.org/shs/ethics>; www.unesco.org/shs/bioethics.
- <http://www.unesco.org/new/es/social-and-human-sciences/themes/bioethics/assisting-bioethics-committees/objective/national-bioethics-committees/>
- <http://www.comitedebioetica.es/>
- <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-el-instituto/fd-comunicacion/fd-noticias/30-Enero-2013-Comite-Bioetica.shtml>.
- http://www.fundacionastrazeneca.es/_mshost4572932/content/resources/media/publicaciones/Libro_Etica_Inv_Clinica.
- http://ec.europa.eu/enterprise/pharmaceuticals/eudralex/vol-1/dir_2001_20/dir_2001_20_es.pdf.
- http://www.access.gpo.gov/nara/cfr/waisidx_00/21cfr56_00.html.
- <http://aguedamunozbioetica.blogspot.com.es/2009/12/investigacion-con-vulnerables-caso.html>.

- http://www.access.gpo.gov/nara/cfr/waisidx_00/21cfr56_00.html. Part 56 – Institutional Review Boards. 2000 CFR Title 21, Vol.7.
- http://es.wikipedia.org/wiki/Ley_de_las_Doce_Tablas.
- https://alfama.sim.ucm.es/dioscorides/consulta_libro.asp?ref=X532987283&idioma=0
- <http://es.scribd.com/doc/34584691/INFANTICIDIO-TRABAJO-MONOGRAFICO>
- Fernández F., J., <http://www.doredin.mec.es/documentos/01420093004783.pdf>.
- <http://crisisplanetaria.blogspot.com.es/2010/03/nosotros-los-tikopia.html>.
- <http://aguedamunozbioetica.blogspot.com.es/2009/12/el-experimento-de-tuskegee.html>.
- http://es.wikipedia.org/wiki/Informe_Belmont.
- <http://lacomunidad.elpais.com/sibyllanetcom/2011/11/4/una-terrible-historia-real-huerfanos-quebec>. Escrito por: sibyllanetcom el 04 Nov 2011.
- <http://ita2009.over-blog.es/categorie-11835101.html>.
- <http://www.abortoinformacionmedica.es/2009/03/28/definicion-de-ive-interrupcion-voluntaria-del-embarazo/>, (Marzo 28, 2009).
- <http://www.cuartopoder.es/mecanicamente/las-celulas-madre-embrionarias-humanas-abren-una-nueva-era-en-la-biotecnologia/3173>. Miguel Ángel Criado | 20 de mayo de 2013.
- <http://www.elconfidencial.com/sociedad/2013/05/16/el-vaticano-sobre-la-clonacion-de-celulas-madre-ldquova-contra-la-dignidad-de-las-personasrdquo-121019/>
- <http://www.utm.edu/research/iep/p/personho.htm>.
- http://es.wikipedia.org/wiki/Línea_primitiva.
- <http://www.flickr.com/photos/microagua/3614026713/>.
- http://ec.aciprensa.com/wiki/Persona_eclési%C3%A1stica#.UazVpYe-2So [Van Hove, Alphonse. "Ecclesiastical Person." The Catholic Encyclopedia. Vol. 11. New York: Robert Appleton Company, 1911. <<http://www.newadvent.org/cathen/11727a.htm>>. Traducido por Luz María Hernández Medina. Rc].

VI.3. Webs de grupos, sociedades y organizaciones nacionales e internacionales con interés en el área fetal y neonatal.

- Antenatal Results and Choices (ARC) (<http://www.arc-uk.org/>)
- Asociación Española de Pediatría y Atención Primaria: <http://www.aepap.org/>
- Asociación Española de Pediatría: <http://www.aeped.es/>
- BLISS – The premature baby charity (<http://www.bliss.org.uk/>)
- British Association of Perinatal Medicine (<http://www.bapm.org/>)
- Cochrane summaries:
[http://www.cochrane.org/es/search/site/ENTEROCOLITIS?f\[0\]=im_field_terms_cochrane_library%3A51052](http://www.cochrane.org/es/search/site/ENTEROCOLITIS?f[0]=im_field_terms_cochrane_library%3A51052).
- Council for Disabled Children (<http://www.ncb.org.uk/Page.asp?sve 785>)
- Disability Rights Commission (<http://www.drc-gb.org/>)
- National Childbirth Trust (<http://www.nct.org.uk/>)
- NICHD Cochrane Neonatal (Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development):
<http://www.nichd.nih.gov/cochrane/Pages/cochrane.aspx>.
- Nuffield Council on Bioethics: <http://nuffieldbioethics.org/>

- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (<http://www.rcog.org.uk/>)
- Royal College of Paediatrics and Child Health (<http://www.rcpch.ac.uk/>)
- Sociedad Española de Enfermería Neonatal: <http://www.seen-enfermeria.com/>
- Sociedad Española de Neonatología: <http://www.se-neonatal.es/>
- Stillbirth and Neonatal Death Charity (SANDS) (<http://www.uk-sands.org/>)
- The Cochrane Library: <http://www.cochranelibrary.com/>
- Tommy's – The baby charity (<http://www.tommys.org/>)
- Vermont Oxford: <https://public.vtoxford.org/>
- Wellbeing of Women (<http://www.wellbeingofwomen.org.uk/>)
- WellChild (<http://www.wellchild.org.uk/>)

VI.4. Otras webs de interés para Neonatología.

- <http://www.aepap.org/previnfad/prev-recom.htm>. (Recomendaciones del Grupo PrevInfad AEPap/ PAPPS sobre actividades preventivas y de promoción de la salud en la infancia y la adolescencia).
- <http://www.neonatos.org/> (Pediatría y Neonatología).
- <http://www.aibarra.org/> (Enfermería en Cuidados Críticos Pediátricos y Neonatales).

Webs de medicación:

- <http://www.neonatology.org/neo.computers.html>
- <http://www.uam.es/departamentos/medicina/anesnet/agenda/drogas.htm>

Web para cálculo de tamaño tubo endotraqueal y catéter umbilical:

- <http://nicutools.org/>

Web de canalización umbilical:

- <http://www.youtube.com/watch?v=8ChhAt0Fcj8&feature=related>

Web para indicación de fototerapia /exanguinotransfusión según AAP:

- http://www.neonatology.org/computers/BiliControl_06.xls

Web de estimación de supervivencia según grupo NICHD para prematuros:

- http://www.nichd.nih.gov/about/org/cdbpm/pp/prog_epbo/epbo_case.cfm

Web sobre cardiopatías congénitas:

- <http://www.cardiopatiascongenitas.net/>

Blogs y Revistas gratuitas en español:

- http://www.gfmer.ch/Medical_journals/Revistas_medicas_acceso_libre.htm
- <http://www.quenoesseparen.info/>
- <http://www.elpartoestuestro.es/> (El parto es nuestro).

VI.5. Páginas webs y blogs de grupos y asociaciones pro-life:

- <http://www.provida.es/valencia/>
- <http://www.redsolidariasgo.com.ar/provida.htm>

- <http://www.comiteprovida.org/>
- <http://www.nonato.org/>
- (para argentina: <http://www.nonato.org/providalargentina.htm>)
- <http://www.embarazoinesperado.com/>
- <http://www.grupoprovida.com/>
- <http://www.hayalternativas.org/>
- <http://www.vidahumana.org/>
- <http://www.aciprensa.com/>
- <http://nuevoencuentro.com/provida/>
- <http://derechoavivir.org/>
- <http://www.postaborto-asturias.es/>
- <http://www.everyoneweb.es/eligelavida/>
- <http://www.medicosporlavida.org/>
- <http://www.abimad.org/>
- <http://www.hazteoir.org/>
- <http://www.asociacionmar.es/>
- <http://www.everyoneweb.es/eligelavida/>
- <http://www.medicosporlavida.org/>
- <http://sialavida25m.org/>
- <http://provida.lazosdeamormariano.net/>
- <http://www.ivaf.org/>
- <http://www.prolifeworldcongress.org/>
- <http://www.adopcionespiritual.net/>
- <http://www.adopcionespiritual.org/>
- <http://rosarioporlavida.ning.com/>
- <http://derechoavivirtenerife.wordpress.com/>
- <http://www.elcachorrovolador.es.tl/>
- <http://www.pensandoenabortar.org/index.html>
- <http://www.muertedigna.org/>
- <http://www.fluvium.org/>
- <http://www.priestsforlife.org/spanish/>
- <http://es.catholic.net/>
- <http://www.mujernueva.org/>
- <http://www.antesdelfin.com/>
- <http://www.forumlibertas.com/>
- <http://www.elvinedoderaquel.org/>

Listado de Blogs Pro-vida:

- <http://actitud-jovenesprovida.blogspot.com/>
- <http://blogsdelagente.com/actitud-jovenesprovida/>
- <http://blogs.hazteoir.org/davburgos/>
- <http://www.ser-vidaperu.blogspot.com/>
- <http://derechoavivirenargentina.blogspot.com/>
- <http://estrellitavidasi.blogspot.com/>
- <http://salvatoresnow.blogspot.com/>
- <http://fotelias-fotelias.blogspot.com/>
- <http://contralosabortos.blogspot.com/>

VI.6. Bibliografía complementaria recomendada:

- Childress JF. (1986). "Wedge Argument, Slippery Slope Argument, etc". en Childress, J.F. y Macquarrie, J. *A New Dictionary of Christian Ethics*. London: Ed SCM Press Ltd.,
- *Code de déontologie médicale*. (1996). Introduit et commenté par Louis René. Préface de Paul Ricoeur. Éditions du Seuil.
- Congreso Internacional de Bioética. (1997, 16-19 de julio). *Memorias*. Universidad de la Sabana. Bogotá. Colombia.
- Devine, Philip E. (1978). *The Ethics of Homicide*. Cornell University Press.
- *Ecos del IV encuentro de la federación latinoamericana de instituciones de Bioética*. (1996). Centro de investigaciones de Bioética. Universidad de Guanajuato, Gto., México.
- ECOSOC de las Naciones Unidas. (1995). Informe de la Relatora Especial sobre la Violencia contra la Mujer, E/CN.4/1995/42.
- Furrow, Barry R. (1991). *Bioethics: Health Care Law and Ethics*. St. Paul, Minn.: West Publishing CO.
- Glover, J. (1989). *Ethics of New Reproductive Technologies: The Glover Report to The European Comisión*. De Kalb: Northern Illinois University Press.
- *Hasting Center Report* (1985, agosto).
- *Hasting Center Report* (1988, agosto-septiembre).
- Higgs R. (1997). Slippery Slope, en Boyd KM, Higgs R, Pinching AJ. *The New Dictionary of Medical Ethics*, London: Ed. British Medical Journal.
- Joveneau, A. (Director de redacción). (1998, junio). *Le mensuel du développement technologique*. ATHENA, 142.
- Lamb, D. (1988). *Down the Slippery Slope. Arguing in Applied Ethics*. London: Croom Helm.
- Manier, B. (2007). *Cuando las mujeres hayan desaparecido. La eliminación de las niñas en India y en Asia*. Trad: Magalí Martínez Solimán. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Medicina y Ética. (1996, enero-marzo). *Revista Internacional de Bioética, Deontología y Ética Médica*, VII (1). Universidad de Anahuac (México). Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud. Escuela de Medicina. Facultad de Medicina e Cirugía dell'Univerisà del Sacro Cuore, Roma, Italia.
- Müller, M. (1971). *Erfahrung und Geschichte* (Experiencia e Historia), Friburgo / Munich. Alber.
- *Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos*. (1993). Preparado por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra.
- Pubiano Mesa, Y.L & Ruiz Silva, A. (2009). Sentimientos morales en la relación de cuidado enfermeras(os) - personas que viven con VIH/SIDA. *Revista electrónica semestral de enfermería*, [Internet] Enero (12) 29, pp: 288-296. Disponible en <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/147971>.
- Shikora, R.I., (1993). Rule Utilitarianism and Applied Ethics, in Winkler, Earl R. & Coombs, Jerrold R. *Applied Ethics. A Reader*. Basil Blackwell Ltd.

- Society of Applied Philosophy. *Journal of Applied Philosophy*. (1990, octubre). *Journal of the Royal Society of Medicine*, Vol. 83. Abingdon: Carfax Publishing.
- UNICEF (1997). *The Progress of Nations*. United Nations Children's Fund.
- UNICEF. (2000). *El Estado Mundial de la Infancia 2000*, Nueva York: UNICEF.
- Van der Burg W. (1998). Slippery Slope Arguments, en Chadwick, R. (dir). *Encyclopedia of Applied Ethics*. Ed. Academic Press. San Diego. 129-142.
- Vega Gutiérrez, J. (2005). *La Pendiente Resbaladiza en la eutanasia. Una valoración moral*. Tesis doctoral. Roma. Facultad de Teología de la Universidad de la Santa Cruz.
- Williams, B. (1985). Which Slopes Are Slippery?, en Lockwood, M. *Moral dilemmas in modern medicine*, Oxford: Oxford University Press, 126-37.

VII. ANEXOS

VII.1. ANEXO I: Novísima Recopilación de las Leyes de España.

Spain. laws, statutes, etc.

NOVÍSIMA RECOPIACION DE LAS LEYES DE ESPAÑA.

DIVIDIDA EN XII. LIBROS ;

En que se reforma la Recopilacion publicada por el Señor Don Felipe II.
en el año de 1567 , reimpressa últimamente en el de 1775 :

*Y se incorporan las pragmáticas, cédulas, decretos, órdenes y resoluciones
Reales , y otras providencias no recopiladas, y expedidas hasta
el de 1804.*

Con un SUPLEMENTO, que contiene las Reales disposiciones , y otras providencias expedidas en los dos años
de 1805 y 806 , y algunas de las anteriores no incorporadas en este Código :

MANDADA FORMAR

POR EL SEÑOR DON CARLOS IV.

NUEVA EDICION.

TOMO SEGUNDO.



MÉGICO,

GALVAN, LIBRERO, PORTAL DE AGUSTINOS;

PARIS,

ROSA, LIBRERO, CITÉ BERGÈRE, N. 2.

1851.

dos posaderos expendan con los pasajeros, y con respecto á estas ventas, pero no en las primeras que hubiese de otras manos á las de los expresados dueños de posadas: debiendo celar las Justicias no revendan estos sus géneros á los vecinos, sino es en los casos que se les permite; siendo este el verdadero espíritu de lo prevenido en los capítulos 4, 5 y 11 de la instruccion de posadas (*Ley 11.*), y lo que deberá dar regla en lo sucesivo.

TITULO XXXVII.

De los expósitos; y de las casas para su crianza, educacion y destino.

LEY I.

D. Felipe IV. en Madrid por pragm. de 10 de febr. de 1623 en los capitulcs de reform. cap. 22.

Prohibicion de estudios de gramática en las casas de expósitos, y su aplicacion á otras artes.

Mandamos, que no pueda haber estudios de Gramática en los hospitales donde se crían niños expósitos y desamparados; y que los administradores y superintendentes tengan cuidado de aplicarlos á otras artes, y particularmente al exercicio de la marinería, en que serán muy útiles por la falta que hay en este Reyno de pilotos (2ª. parte de la ley 34. tit. 7. lib 1. R.). (1)

LEY II.

La Reyna Gobernadora en Madrid á 22 de diciembre de 1677.

Aplicacion de los niños expósitos y huérfanos al exercicio de la Marina.

Reconociendo los grandes inconvenientes que resultan de que la gente de mar de la Armada del Océano no sea de las experiencias que es tan necesario; y que el único medio de ocurrir á esto, es aplicar á ella, como se hacia por lo pasado, los niños expósitos y huérfanos, para que empezando por el exercicio de grumete, se habiliten y adiestren para marineros, artilleros y pilotos; he resuelto, se destine en Cádiz una casa donde se vayan recogiendo todos los que hubiere á propósito de esta calidad en las ciudades de Andalucía alta y baxa, y Reyno de Granada, y especialmente los

(1) Por el cap. 26 de la instruccion de Corregidores de 15 de mayo de 1788 se le previene lo siguiente: « En donde hubiere casas de expósitos, desamparados, niños de doctrina, ú otras con semejantes destinos, cuidarán de que se observe el gobierno y policía establecido por sus respectivas constituciones ú ordenanzas: que no se extravien sus caudales y rentas, ni se conviertan en otros usos que los prevenidos por su instituto y fundacion en beneficio del Público, remediando todos los abusos y excesos que notaren; y no pudiéndolo hacer por sí, ó no teniendo facultades

de la doctrina, desamparados y hospicios de esta Corte; y que se les acuda á cada uno con una racion ordinaria, la media para el sustento, y la otra para vestirlos, en el ínterin que tienen edad para irlos repartiendo en los navíos de la Armada del Océano, carrera de Indias y otros. (*Aut. 5. tit. 12. lib. 1. R.*)

LEY III.

D. Carlos III. por Real órden ins. en circ. del Cons. de 2 de junio de 1788.

Cuidado de los Rectores de las casas de expósitos en la educacion de estos, para que sean vasallos útiles.

Los Rectores ó administradores de las casas de niños expósitos del Reyno pongan el mayor cuidado en saber quien saca de ellas las criaturas; cuidando con particular atencion, que á los niños se les dé la debida educacion y enseñanza, para que sean vasallos útiles, y que no se entreguen, sino es con las seguridades y formalidades necesarias, á personas que los mantengan, y enseñen oficios y destinos convenientes á ellos mismos y al Público, para evitar iguales casos á lo ocurrido en San Lucar de Barrameda de haber sacado la Sociedad Económica de Amigos del Pais de aquella ciudad de poder del autor de una compañía de volatines dos chicos que habia tomado en la casa de expósitos de Valencia, para habilitarlos en sus violentos manejos de cuerpos. (2 y 3.)

para ello, darán cuenta con justificacion al Consejo: cuidarán de que los administradores y superintendentes de dichas casas apliquen precisamente á los niños que se crían en ellas á las artes y oficios, como está mandado por las leyes; á cuyo fin no permitirán, en observancia de la ley, que haya estudios de Gramática en dichas casas.»

(2) En circular del Consejo de 6 de marzo de 1790 dirigida á los Prelados eclesiásticos, con noticia del miserable estado en que se hallaban algunas casas de niños expósitos, así por falta de asisten-

DE LOS EXPOSITOS ; Y CASAS PARA SU CRIANZA , ETC

693

LEY IV.

D. Carlos IV. por Real dec. de 5, inserto en cédula del Consejo de 23 de enero de 1791.

Los expósitos sin padres conocidos se tengan por legítimos para todos los oficios civiles, sin que pueda servir de nota la calidad de tales.

Ordeno y mando por el presente mi Real decreto (el qual se ha de insertar en los Cuerpos de las leyes de España é Indias), que todos los expósitos de ambos sexos, existentes y futuros, así los que hayan sido expuestos en las inclusas ó casas de caridad, como los que lo hayan sido ó fueren en qualquiera otro parage, y no tengan padres conocidos sean tenidos por legitimados por mi Real autoridad, y por legítimos para todos los efectos civiles generalmente y sin excepcion no obstante, que en alguna ó algunas Reales disposiciones se hayan exceptuado algunos casos, ó excluido de la legitimacion civil para algunos efectos; y declarando, como declaro, que no debe servir de nota de infamia ó ménos valer la calidad de expósitos, no ha podido ni puede tampoco servir de óbice para efecto alguno civil á los que la hubieren tenido ó tuvieren. Todos los expósitos actuales y futuros quedan y han de quedar, mientras no consten sus verdaderos padres, en la clase de homhres buenos del estado llano general, gozando los propios honores, y llevando las cargas sin diferencia de los demas vasallos honrados de la misma clase. Cumplida la edad en que otros niños son admitidos en los colegios de pobres, convictorios, casas de huérfanos y demas de misericordia, tambien han de ser recibidos los expósitos sin diferencia alguna, y han de entrar á obter en las dotes y consignaciones dexadas y que se dexaren para casar jóvenes de uno y otro sexó; ó para otros destinos fundados en favor de los pobres huérfanos,

cia como de medios para su lactancia, les estimuló dicho Tribunal, para que desde luego diesen las providencias convenientes, á fin de que los administradores ó Rectores de ellas cuidasen de la asistencia y lactancia de los niños, y evitasen la excesiva mortandad de ellos; y juntamente, para dar el Consejo las providencias oportunas al remedio de estos daños, acordó, que los dichos Prelados le informasen que número de casas de expósitos hay en sus diócesis, su método de gobierno, gastos y distribucion; á cargo de quien, quales y quantos empleados; y sus sueldos; el número de amas, salarios, niños, etc.; y si convendria erigir iguales casas de expósitos en los pueblos donde no las hubiese; proponiendo las reglas, medios y arbitrios para el mejor gobierno de ellas, y asegurar la buena asistencia y lactancia de los niños; y formando ordenanzas para su régimen, en caso de no tenerlas.

siempre que las constituciones de los tales colegios ó fundaciones pias no pidan literalmente, que sus individuos sean hijos legítimos habidos y procreados en legítimo y verdadero matrimonio. Y mandó, que las Justicias de estos mis Reynos y los de Indias castiguen como injuria y ofensa á qualquiera persona que intitulase y llamase á expósito alguno con los nombres de borde, ilegítimo, bastardo, espúreo, incestuoso ó adúlterino; y que ademas de hacerle retractar judicialmente le impongan la multa pecuniaria que fuere proporcionada á las circunstancias; dándole la ordinaria aplicacion. Finalmente mando, que en lo sucesivo no se impongan á los expósitos las penas de vergüenza pública, ni la de azotes, ni la de horca, sino aquellas que en iguales delitos se impondrian á personas privilegiadas, incluyendo el último suplicio (como se ha practicado con los expósitos de la Inclusa de Madrid); pues pudiendo suceder que el expósito castigado sea de familia ilustre, es mi Real voluntad, que en la duda se esté por la parte mas benigna, quando no se varía la substancia de las cosas sino solo el modo, y no se sigue perjuicio á persona alguna.

LEY V.

El mismo por Real céd. de 11 de dic. de 1796:

Reglamento para el establecimiento de las casas de expósitos, crianza y educacion de estos.

En obsequio de la Religion y beneficio del Estado he mandado formar la presente instruccion, la qual se observará en todos mis dominios en la forma que se previene en los capítulos siguientes:

1 Para que los expósitos tengan prontamente amas que los lacten y crien, y se excusen las dilatadas transmigraciones, que hasta ahora se han hecho con pérdi-

(3) Y en Real orden de 29 de mayo de 1794 á representacion del R. Obispo de Coria mandó S. M., que el Consejo de las Ordenes expidiese circular á los Priors y demas Superiores eclesiásticos de su territorio, á fin de que en todo tiempo practiquen con puntualidad y sin excusa y dilacion lo que se les previniere por los RR. Obispos diocesanos en asunto de crianza y lactancia de los niños expósitos de los pueblos donde se expusieren; y que prevengan esto mismo á los respectivos Párrocos, de modo que, recibidas por estos las prevenciones de los Obispos diocesanos, las ejecuten inmediatamente sin necesidad de nueva intimacion; pues en caso de verificarse negligencia ó demora, incurrirán unos y otros en la indignacion de S. M., y quedarán responsables á los daños que sobrevinieren.

da y muerte de tantos niños, dispondrán los M. RR. Arzobispos, RR. Obispos, Abades y demas Superiores eclesiásticos, cuyos territorios fuesen separados y exentos en España y las Islas adyacentes, que sus diócesis ó terretorios se dividan en demarcaciones y partidos, cada uno de seis ó siete leguas, procurando saber de quales pueblos han sido por lo comun llevados los expósitos á las casas de caridad de otros pueblos principales: y el pueblo que por su mayor vecindario, y por la mas proporcionada distancia de los demas de la demarcacion fuese mas oportuno, por estar en el medio ó cerca del medio de los otros, será señalado por caxa ó cuna, para que su Párroco, ó alguna otra persona eclesiástica, corra con el cuidado de pagar las amas, dar el correspondiente vestido á los expósitos, y satisfacer los demas gastos que se ofrecieren, llevando cuenta justificada, que en los dos primeros meses del siguiente año deberá remitir á la respectiva casa general de expósitos de la diócesis; abadía ó territorio, por la qual se le suministrarán los caudales correspondientes.

2 En cada diócesis, con respecto á su extension y multitud de poblaciones grandes, habrá segun el dictámen de los Prelados una ó mas casas generales de los expósitos; de modo que de la respectiva casa general solo disten las caxas de los partidos, quando mas, de doce á catorce leguas; y el Director de cada casa general cuidará de suministrar á los ecónomos de las demarcaciones ó partidos las cantidades necesarias para dichos gastos; recogiendo en el expresado término de los dos primeros meses del año siguiente la cuenta justificada, que cada ecónomo debe dar de los que en el año se hubieren hecho.

3 Formadas que sean con arreglo á lo que va expuesto, por los M. RR. Arzobispos, RR. Obispos y demas Prelados las demarcaciones y distribucion de partidos, con expresion de los pueblos que comprehende cada uno, y asimismo de los que en él han de ser caxa ó cuna,

(4) En Real orden de 13 de septiembre de 799 se sirvió S. M. conceder el gobierno y administracion de la Inclusa de Madrid á una Junta de Señores, unida á la Sociedad Económica, para que cuide de los niños de ella, y de sus caudales, ingresos y rentas;

y de aquellos donde han de estar las casas generales de expósitos, remitirán dichas demarcaciones con la posible brevedad á mi Secretaría de Estado, para que por ella prevenga yo á los Prelados lo que tenga por conveniente.

4 Si en algunos pueblos que entre sí solo disten una, dos ó tres leguas, hubiere al pronto dos ó mas casas de expósitos, podrán subsistir, ó suprimirse alguna, no siendo de patronato particular, ó si no bubiese otro justo motivo para conservarlas, segun pareciere á los Prelados; aplicando á la otra sus rentas, con el fin de excusar salarios y gastos que no sean precisos: y ántes de executar la reunion ó supresion, me darán noticia por mi primera Secretaría de Estado, con el plan que va prevenido, y esperarán mi determinación.

5 Aunque se establezcan ó esten establecidas en alguna diócesi dos ó mas casas generales de expósitos, todas han de ser dependientes del Prelado de la diócesi; á quien remitirán dentro de los primeros quatro meses de cada año copia de las cuentas, para que las haga reconocer, y determine lo conveniente á fin de que se hallen suficientemente proveidas, y de que, observándose una prudente economía, esten bien asistidos los expósitos.

6 En las diócesis donde estuviere á cargo de los Cabildos la casa de expósitos de la capital, ó alguna otra, no deberá hacerse novedad; y esto no obstante nombrará el Prelado en la capital de cada diócesi administrador principal, para que corra con la direccion de las otras casas de expósitos de la misma diócesi, con arreglo á lo que se prevenie en el antecedente capítulo.

7 Tampoco se hará novedad en las casas de expósitos que corrieren al cargo de alguna comunidad, hermandad ó cofradía (4), siempre que los expósitos se hallen bien asistidos: y en qualquiera edad de ellos, que los Cabildos y otras comunidades hubieren acostumbrado cesar en su lactancia y crianza, se reci-

quedando el Juez protector únicamente para conocer de los pleytos ó derechos que puedan pertenecer á la Inclusa; la qual ha de correr enteramente y en todos sus ramos á cargo de dicha Junta.

DE LOS EXPÓSITOS ; Y CASAS PARA SU CRIANZA, ETC.

695

birán en las casas generales de expósitos para continuar su educación, hasta que sean prohijados, ó aprendan oficio.

8 Los administradores de las casas generales y los ecónomos de los partidos, donde las casas no sean de patronato particular, serán elegidos por los Prelados, que dispondrán sean eclesiásticos de la mejor conducta.

9 Todo expósito ha de procurarse que se lacte y crie en el pueblo donde se expusiere, excepto si este fuere de numero so vecindario, porquesiéndolo, conve ndrá que los expósitos se den á lactar y criará mugeres residentes en pueblos cortos; de lo qual son consiguientes muchas utilidades, y entre ellas la de ser mas extendido el socorro del estipendio de las amas.

10 El Parroco, á quien el Prelado nombrare, del pueblo donde se expusiere alguna criatura, avisará al ecónomo del partido el dia y parage de la exposicion, como tambien el nombre del expósito, y de la muger á quien lo ha dado á lactar, porque esto ha de ser del cargo de dicho Parroco, con cuyo aviso el ecónomo formará el asiento correspondiente con la misma expresion: pero si en el pueblo, donde ha sido expuesto, no hubiere proporcion de buena y competente ama, ó á juicio de dicho Parroco se siguiere algun grave inconveniente de lactarse y criarse en el mismo pueblo, y dicho Parroco supiere haber ama de buenas calidades en otro cercano, enviará el expósito con muger de su confianza que, si se pudiere, esté lactando, y con toda la posible comodidad al Parroco de dicho pueblo, dando aviso de lo que hubiere hecho el ecónomo del partido.

11 Si no hubiere disposicion de ama en el pueblo de la exposicion, ni el Parroco del mismo tuviere noticia de haberla en otro mas cercano, enviará el expósito, con la buena asistencia que va expresada, á la caxa ó cuna del partido; habiendo de costearse los gastos de las conducciones del caudal de Propios del pueblo de la exposicion, como siempre se ha practicado; y este gasto debe tener para su abono toda preferencia.

12 Se ha de poner todo cuidado en

que las amas, que han de criar y lactar en sus casas los expósitos, sean de buena salud y de honestas costumbres, y que, si fuere posible, tengan algo de que subsistir ellas y sus familias, para que despues de la lactancia puedan quedarse con los expósitos mediante algun moderado estipendio, que siempre debe ser mucho menor que en el tiempo de ella, y retenerlos por los años de la infancia, si ántes no son adoptados y prohijados por persona decente y honesta, que pueda darles buena aplicacion y destino.

13 Se han de presentar las amas con los expósitos al ecónomo del partido á los tiempos que fueren señalados para cobrar el estipendio, llevando certificacion dada por el Parroco, y alguno de los Alcaldes del pueblo donde se lactan y crian los expósitos; en cuya certificacion se expresará el nombre del ama y del expósito, y que éste no ha fallecido; con lo qual se evitarán equivocaciones, y que se suplante otra criatura en lugar del expósito.

14 El tiempo de la lactancia no ha de ser precisamente reducido á un año, sino á todo aquel que segun juicio del Médico necesite el expósito, atendida su complexion, y mayor ó menor robustez.

15 Debe ponerse toda diligencia para que en las casas generales de expósitos no resida crecido número de ellos, lo que es muy opuesto á la salud, y por consecuencia tampoco deben tenerse en la casa muchas amas; pues aunque se mantenga alguna ó algunas de prevencion para lactar á los expósitos que llegaren, na de procurar el administrador saber el pueblo donde existe alguna, para enviarlo sin demora; y la misma noticia anticipada ha de solicitar tener el ecónomo de cada partido para el propio efecto.

16 Los Parrocos y los ecónomos de las demarcaciones y partidos pondrán todo cuidado en que no se den para lactar y criar expósitos á mugeres que verisimilmente sean sus propias madres; lo que seria ocasion á que fuera enorme la multitud de expósitos, siguiéndose gastos insoportables.

17 Se ha de procurar que las amas mantengan á los expósitos hasta la edad

de seis años; y cumplidos estos, si ántes no se han ballado personas convenientes que con buenas condiciones los adopten y prohijen, serán llevados al hospicio ó casa de misericordia, ó de huérfanos ó de niños desamparados, si la hubiere en la diócesi, y en su defecto á la casa general de expósitos á que corresponda la demarcacion; donde estarán hasta que aprendan oficios con que sean útiles á sí mismos y al Público, ó haya persona correspondiente que los prohije.

18 Por lo que mira al estipendio de las amas, así en el tiempo de la lactancia como en el correspondiente al destete y años de la infancia que los mantuvieren las mismas amas, arreglarán los Prelados las cantidades mensuales que consideren justas, atendida la costumbre de cada provincia en quanto á lo que suele satisfacerse por lactar y criar á hijos de personas pobres, teniéndolos las amas en sus propias casas; en cuyo arreglo principalmente se atenderá á la buena asistencia y conservacion de los expósitos; pues tiene acreditado la experiencia, que por el ínfimo estipendio que se ha dado á sus amas no se han hallado las convenientes, y han perecido y perecen muchos.

19 Qualquiera vecino morador en pueblo ó casería de campo, en cuya habitacion fuere expuesta alguna criatura, deberá manifestarla inmediatamente al Párroco donde fuere feligres; y si el referido sugeto quisiere quedarse con ella para lactarla y criarla por caridad y sin estipendio, bastará para esto la licencia por escrito del Párroco, quien se la dará, siendo el tal vecino persona de buenas costumbres y honestá familia, y teniendo algunas facultades, por las cuales pueda esperarse que el expósito será bien educado; y el Párroco dará aviso al ecónomo del partido con expresion del nombre del expósito, dia y parage en que fué expuesto, y persona que lo ha prohiado; pero el Párroco estará con el debido cuidado para ver como es asistido y tratado el expósito; y en qualquier tiempo que la persona, que se hizo cargo de él, quisiese dexarlo, dará noticia al Párroco, y este dispondrá que el expósito sea llevado inmediatamente á una ama de sa-

tisfaccion, si todavia estuviere lactando, ó á la caixa del partido, ó á la casa general, segun la edad en que se halle el expósito; pero si la tal persona lo abandona, sin dar este aviso y esperar su resulta, será castigada por la Justicia segun dictaren las circunstancias.

20 El ecónomo de cada demarcacion tendrá libro donde sentará todos los expósitos de ella, expresando y notando en cada partida qualquiera novedad que ocurriere al expósito, como si este falleciere, ó mudare de ama: y luego que se reciba alguno, lo avisará al administrador de la respectiva casa general, dándole igual noticia de lo que despues ocurriere; y este llevará igual libro de asientos, guardando las cartas de aviso, que deberán ser recados de su cuenta anual.

21 Los administradores de las casas generales de expósitos, como tambien los Párrocos de los pueblos donde estuvieren lactando, y los ecónomos de las demarcaciones celarán con todo cuidado y caridad sobre el modo que son tratados y educados; y si despues de cumplidos los seis años, ó en qualquier tiempo que sea, quedaren desamparados por muerte de las amas que los tenian despues de la lactancia, ó de las personas que los prohiaron, los harán llevar á la casa general de expósitos, para darles la correspondiente crianza, y destinarlos á lo que mas convenga.

22 Sobre los supuestos referidos extenderán los Prelados las constituciones de cada casa general ó particular de expósitos, segun le dictaren su prudencia y zelo, atendidas las circunstancias para el mejor gobierno de las casas generales y particulares; cuya direccion encargarán con preferencia á los Párrocos y otras personas eclesiásticas.

23 A fin de evitar los muchos infanticidios, que se experimentan por el temor de ser descubiertas y perseguidas las personas que llevan á exponer alguna criatura, por cuyo medio las arrojan y matan, sufriendo despues el último suplicio, como se ha verificado; las Justicias de los pueblos, en caso de encontrar de dia ó de noche en campo ó en poblado á qualquiera persona que llevare al-

DE LOS EXPÓSITOS ; Y CASAS PARA SU CRIANZA , ETC.

697

guna criatura, diciendo que va á ponerla en la casa ó caja de expósitos, ó á entregarla al Párroco de algun pueblo cercano, de ningun modo la detendrán ni la exâminarán ; y si la Justicia lo juzgase necesario á la seguridad del expósito , ó la persona conductora lo pidiere , le acompañará hasta que se verifique la entrega , pero sin preguntar cosa alguna judicial ni extrajudicialmente al conductor , y dexándole retirarse libremente.

24 Como por este medio , ó por el de entregarse las criaturas al Párroco del pueblo donde han nacido , ó al de otro cercano , cesa toda disculpa y excusa para dexar abandonadas las criaturas, especialmente de noche á las puertas de las Iglesias ó de casas de personas particulares, ó en algunos lugares ocultos, de que ha resultado la muerte de muchos expósitos , serán castigadas con toda la severidad de las leyes las personas que lo executaren ; las quales , en el caso reprobado de hacerlo, tendrán menor pena, si inmediatamente despues de haber dexado la criatura en alguno de los parages referidos, donde no tenga peligro de perecer, da noticia al Párroco personalmente , ó á lo ménos por escrito , expresando el parage donde está el expósito , para que sin demora lo haga recoger.

25 Se observará y cumplirá puntualmente lo dispuesto por la ley de Partida, y otras canónicas y civiles, en quanto á que los padres pierdan la patria potestad, y todos los derechos que tenian sobre los hijos por el hecho de exponerlos ; y no tendrán accion para reclamarlos, ni pedir en tiempo alguno que se les entreguen, ni se les han de entregar, aunque se ofrezcan á pagar los gastos que hayan hecho ; bien que si manifestaren ante la Justicia Real de qualquier pueblo ser algun expósito hijo suyo, se recibirá justificación judicial por la misma Justicia con citacion del Procurador Síndico del Ayuntamiento, ó del Fiscal que hubiere ó se nombrare de la Real Justicia ; y resultando bien probada la filiacion legítima ó natural, se dará con el auto declaratorio al ecónomo del partido, para que la envíe al administrador de la casa general : pero esto ha de ser por lo que

Tom. II.

pueda resultar favorable al expósito en lo sucesivo , y no para que haya de entregarse á los padres , ni estos adquieran sobre él accion alguna ; aunque los padres han de quedar y quedan siempre sujetos á las obligaciones naturales y civiles para con el expósito , de que no pudieron libertase por el hecho criminoso y exécrable de haberlo expuesto.

26 De la regla contenida en el capítulo precedente se exceptua el caso de haber expuesto el hijo por extrema necesidad, la qual puede verificarse por varias causas ; y haciendo constar ante la Real Justicia, con la citacion expresada, haber sido el motivo de la exposicion del hijo alguna necesidad extrema, declarándose así por sentencia, podrán reclamarlo, y deberá entregárseles, resarciendo ó no los gastos hechos segun las circunstancias de cada caso ; sobre lo que determinará la Justicia Real como fuere correspondiente.

27 Las fincas y rentas que actualmente se hallan aplicadas, y en lo sucesivo se aplicaren y dexaren á las casas de expósitos, subsistirán con este destino ; y lo mismo las pensiones eclesiásticas, y qualesquier arbitrios perpetuos legítimamente concedidos, y que se concedieren.

28 Respecto de que, executadas que sean todas las providencias contenidas en esta mi Real cédula, quedarán exónorados varios hospitales generales del crecido gasto que tienen con los expósitos en su manutencion y la de las amas, y asimismo en el pago de empleados y dependientes únicamente destinados á dichos expósitos ; se deberá exâminar atentamente por los Prelados el ingreso de rentas que los referidos hospitales han gozado con precisa relacion de los expósitos, y se dará á estas rentas el mismo destino en las diócesis y territorios donde procedan.

29 En quanto á los expósitos de Indias, no pudiendo acomodarse en el todo las reglas que van dadas, para las dilatadas distancias de aquellos pueblos, mi Consejo de Indias, teniendo presente lo que llevo expresado, dará las providencias oportunas, y las comunicará á los Prelados eclesiásticos, y á las Audiencias, para que se arreglen á estas disposiciones

88

en quanto sea posible; advirtiéndoles, que le den noticia de lo que determinaren; y que si debiere aumentarse el gasto en el debido cuidado y asistencia de los expósitos para la conservacion de sus vidas, le propongan medios que no sean gravosos á mi Real Erario ni á los vasallos; de que á su tiempo dicho mi Consejo me irá dando cuenta con su dictámen segun los informes que recibiere.

3o Confio á la caridad y zelo de los Prelados de todos mis dominios, harán que en los pueblos de su diócesi se haga notorio por medio de los Párrocos lo prevenido en esta mi Real cédula; y que pondrán el mayor cuidado en la buena asistencia y conservacion de los expósitos, cuya necesidad es entre todas las temporales la mas digna de ser socorrida; y que para ello, ademas de la contribucion de sus rentas, se valdrán de todos los medios posibles, solicitando auxilios, y exhortando freqüentemente á que se les hagan limosnas: valiéndose tambien del medio de instituir cofradías, que supesta la Real aprobacion se dediquen á obra tan piadosa: y el mismo zelo, aplicacion y desinteres confio de los Párrocos

y demas personas eclesiásticas que hayan de intervenir en el desempeño de un asunto tan propio de su carácter como importante y necesario al servicio de Dios y bien del Público; en el concepto de que, quanto hicieren á favor de tan piadoso objeto, me será de la mayor gratitud, y de que tendré en particular consideracion este mérito para acreditarles los efectos de mi Real agrado y beneficencia: y mis Consejeros de las Cámaras de Castilla y de las Indias lo tendrán entendido en las consultas que me hicieren de Prebendas y Beneficios eclesiásticos.

Y para que esta mi Real disposicion y reglamento insertos tengan la debida observancia he mandado expedir esta mi Real cédula, por la que quiero se guarde, cumpla y execute todo quanto en ella se contiene: y mando á los del mi Consejo de España é Indias, Presidentes y Oidores de mis Chancillerías y Audiencias, Prelados y Párrocos de mis dominios la cumplan, y celen su observancia, para que se verifiquen los justos y saludables fines que me han movido á ella.

TITULO XXXVIII.

De los hospitales, hospicios y otras casas de misericordia.

LEY I.

D. Carlos I. y D.ª Juana en Madrid año de 1528 peticion 7.

Visita de los hospitales de San Lázaro y San Anton, y provision de sus mayores y Mamposteros.

Las casas de San Lázaro y San Anton de estos Reynos, que son de nuestro Patronazgo, tenemos por bien y nos place de las mandar visitar por las personas de ciencia que para ello con acuerdo de los del nuestro Consejo mandáremos deputar. Y por hacer mas bien y merced á estos Reynos, y á la mucha devocion que tenemos á Señor San Lázaro y Señor San Anton, y deseo de que sus pobres sean bien tratados y mantenidos, las provisiones, que mandáremos hacer de aqui

adelante de las mamposterías de las dichas casas, serán de personas calificadas y de conciencia, y tales que miren por el bien de los dichos pobres; á los quales solamente mandaremos proveer por tiempo de tres años de los dichos officios, y aquellos pasados, ántes que les mandemos dar nuevas provisiones de continuacion por otros tres años; mandaremos visitar las dichas casas, y tomar cuenta á los Mamposteros que han sido. Y otro si, que de seis en seis meses los nuestros Corregidores y Justicias, que son ó fueren en los lugares donde estuviere las dichas casas, juntamente con uno ó dos Regidores del tal lugar, hagan la dicha visitacion, y tomen las dichas cuentas en la manera que dicha es. Y por que los del

VII.2. ANEXO II. Sobre diagnóstico prenatal.

VII.2.1. Diagnóstico prenatal.

El diagnóstico prenatal es el conjunto de técnicas disponibles para conocer la adecuada formación y el correcto desarrollo del feto antes de su nacimiento. Cada gestante debe ser estudiada e informada de forma individual, aplicando los métodos diagnósticos adecuado al caso concreto. Las técnicas de diagnóstico prenatal pueden ser divididas en dos grandes grupos²²⁵:

VII.2.2. Técnicas no invasivas.

Clínica. Existen una serie de situaciones, tras elaborar el historial de la paciente, en las que podría ya indicarse la realización de alguna de las pruebas invasivas que detallaremos más adelante: edad materna avanzada, antecedentes de embarazos con anomalías o retardo mental, progenitores portadores de alguna anomalía cromosómica, antecedentes familiares de malformaciones, etc.

Test de ADN fetal procedente de células fetales circulantes en sangre materna. Se realiza a partir de la semana 10, con la capacidad de conocer en 2 semanas el riesgo de padecer la Trisomía 21 (Síndrome de Down), la Trisomía 18 (Síndrome de Edwards) y la Trisomía 13 (Síndrome de Patau) y anomalías relacionadas con los cromosomas X e Y, como el Síndrome de Turner y el Síndrome de Klinefelter. Con una simple toma de la sangre de la madre, se obtiene una cantidad de ADN fetal que se puede identificar y cuantificar mediante un proceso tecnológico avanzado, la secuenciación masiva. Se obtiene finalmente un análisis estadístico de padecer alguna de estas anomalías descritas. La sensibilidad o fiabilidad de la prueba es muy alta, pues tiene índices de detección superiores al 99% con índices de falsos positivos tan bajos como 0,1%. Es útil en embarazos múltiples y puede ser aplicado en todas las gestaciones conseguidas tras tratamientos de reproducción asistida, incluyendo los casos de ovodonación.

Analítica. Entre la semana 9 y 12, pueden cuantificarse dos proteínas del embarazo. La Beta-HCG y la PAPP-A (proteína plasmática A), cuyo aumento o

²²⁵ <http://www.institutobernabeu.com/es/3-4-3/pacientes/obstetricia/diagnostico-prenatal/>

disminución, está relacionado con la aparición de algunas enfermedades cromosómicas.

Ecografía. La ecografía es el método de exploración imprescindible en el ámbito del diagnóstico prenatal. Tiene unos momentos clave de aplicación:

En el primer trimestre. Nos permite detectar algunas imágenes consideradas "marcadores de cromosopatías". La más válida y aceptada en los últimos años es la conocida como "translucencia nugal", estructura visualizable en el dorso del feto entre la semana 11 y 14. Si supera ciertas dimensiones (3 mm.), deberíamos ofrecer la realización de prueba invasiva. Igualmente importante es visualizar el "hueso nasal", pues su ausencia se ha relacionado con el Síndrome de Down.

En el segundo trimestre. Especialmente alrededor de la "semana 20", es la época más adecuada para el diagnóstico de la mayoría de malformaciones de tipo anatómico. Debe practicarse por personal especialmente cualificado, preparado y acreditado para este tipo de ecografías. Igualmente se requieren equipos ecográficos de alta definición, dotados de tecnología como el Doppler Color y la Tridimensión, que nos permiten descubrir detalles muy precisos de toda la anatomía fetal.

Estudios combinados. Es el llamado Test Combinado del primer Trimestre o EBA-Screening (Screening Ecográfico y Bioquímico de Aneuploidías). Consiste en la combinación y estudio informatizado para calcular un índice de riesgo de enfermedad cromosómica (especialmente del Síndrome de Down), empleando la edad de la gestante, marcadores analíticos (los dos comentados anteriormente) la medida de la translucencia nugal. Los resultados tienen una tasa de detección cercana a un 90%, con una aceptable tasa de falsos positivos de un 3%.

VII.2.3. Técnicas invasivas.

Las técnicas invasivas de diagnóstico prenatal tienen como principal objetivo la extracción de material celular o líquidos biológicos fetales o placentarios para obtener información sobre el riesgo potencial de la existencia de diferentes anomalías o defectos. El grupo de pruebas que constituyen la metodología de diagnóstico invasivo representa un cierto riesgo de pérdida fetal. Para la realización de este tipo de pruebas es necesario que entre la gestante y el profesional sanitario

correspondiente exista un consentimiento informado. Los procedimientos invasivos pueden presentar objetivos de diagnóstico no genéticos, como²²⁶:

ADN viral, bacterias y parásitos en el caso de que exista sospecha de infección fetal: líquido amniótico.

Marcadores bioquímicos de defecto en el tubo neural: líquido amniótico.

Marcadores bioquímicos de defecto en la pared abdominal: líquido amniótico.

Maduración del feto: líquido amniótico.

Marcadores de la función renal: orina fetal.

Hematología fetal si se sospecha de anemia o trombocitopenia en el feto: sangre fetal.

Una de estas técnicas invasivas es el Diagnóstico Genético Preimplantacional (D.G.P.), que es el diagnóstico de alteraciones genéticas y cromosómicas en los embriones, antes de su implantación, para lograr que los hijos nazcan libres de enfermedades hereditarias. Esta técnica de reproducción asistida requiere siempre un tratamiento de Fecundación in Vitro (FIV) con Microinyección espermática (ICSI), para disponer de los embriones en el laboratorio. En las parejas cuya indicación es una enfermedad monogénica, el diagnóstico molecular permite identificar qué embriones son genéticamente normales o estarán afectados por la enfermedad motivo de estudio. En las parejas cuya indicación es un estudio cromosómico, el diagnóstico citogenético molecular permite identificar embriones normales o equilibrados para aquellos cromosomas incluidos en el estudio. Para el estudio de anomalías cromosómicas numéricas se pueden utilizar dos técnicas: técnica de FISH (Hibridación "In situ" fluorescente) y técnica de arrays CGH (Hibridación Genética Comparada, que es una técnica de estudio del genoma completo. En un solo ensayo se pueden detectar todas las ganancias y pérdidas de material genético asociadas a cada uno de los síndromes de microdelección y microduplicación descritos, y a la vez se pueden identificar nuevos síndromes con una resolución diez veces superior al cariotipo convencional. No necesita cultivo celular, se realiza a partir de ADN, acortando plazos de entrega de resultado)²²⁷.

²²⁶ Para más información consultar: <http://embarazomas.blogspot.com.es/2011/11/tecnicas-invasivas-de-diagnostico.html>.

²²⁷ Para un estudio más exhaustivo del tema, consultar: <http://www.ivi.es/pacientes/tecnicas-reproduccion-asistida/DGP/>.

Amniocentesis. Consiste en la obtención de líquido amniótico que rodea al feto mediante una punción a través del abdomen materno. Se realiza entre las semanas 15 y 18. El avance en el área de la Biología Molecular ha hecho posible la detección de alteraciones cromosómicas específicas en las células del líquido amniótico. Esta técnica conocida como Hibridación In Situ Fluorescente (FISH), nos permite en el plazo de 24-48 horas, y con la misma técnica de recogida de líquido amniótico y misma cantidad de muestra, realizar un análisis para los cromosomas implicados más frecuentemente en las alteraciones numéricas en recién nacidos.

Biopsia Corial. Tiene como objetivo la obtención de tejido placentario, por vía abdominal o por vía transcervical, para el estudio de los cromosomas fetales, o estudios más sofisticados como el ADN o enzimas fetales. Presenta una ventaja clara respecto a la amniocentesis: su realización es más precoz, en las semanas 11 y 12, con una tasa de complicaciones similar.

Funiculocentesis. Es la obtención de sangre fetal, mediante la punción de un vaso umbilical guiada por ecografía. Se practica a partir de la semana 19-20. Es una técnica con indicaciones mucho más selectivas, siendo útil para el estudio rápido de cromosomas fetales y para confirmar infecciones o enfermedades graves del feto.

La actual legislación española, LEY 14/2006, de 26 de mayo²²⁸ sobre técnicas de reproducción humana asistida permite llevar a cabo tratamientos de reproducción que no pueden ser realizados en muchos otros países. Siendo los más importantes las que figuran en la siguiente tabla:

²²⁸ Consultar Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida en: «BOE» núm. 126, de 27 de mayo de 2006, Referencia: BOE-A-2006-9292 - TEXTO CONSOLIDADO - Última modificación: 2 de agosto de 2011. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2006/05/27/pdfs/A19947-19956.pdf>.

Tabla comparativa de las legislaciones europeas en Reproducción Asistida²²⁹:

Tratamiento / país	DGP (Diagnóstico Genético Preimplantacional)	Selección del sexo	Búsqueda selección embriones	Clonación terapéutica
Francia	Sí	No	-	No
Alemania	No	No	-	No
Austria	No	No	No	No
Italia	Sí	-	-	No
Inglaterra	Sí	-	Sí	Sí
España	Sí	Sí *	Sí	No

*Sólo en caso de enfermedades hereditarias ligadas al sexo

Tratamiento / país	Donación de embriones	Donación de semen	Ovodonación	Tratamiento en solteras
Francia	Sí	Sí	Sí	No
Alemania	No	Sí	No	No
Austria	No	-	No	No
Italia	No	No	No	No
Inglaterra	Sí	Sí	Sí	Sí
España	Sí	Sí	Sí	Sí

²²⁹<http://www.institutobernabeu.com/es/3-13/pacientes/legislacion-esp%C3%B1ola-y-europea/>