

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA COMILLAS MADRID**



**EL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA  
EN LAS DECISIONES REPRODUCTIVAS  
DE PAREJA**

Dña. María del Carmen Massé García

Director: Prof. Dr. Javier de la Torre Díaz

Madrid, julio de 2014

<p style="text-align: center;"><b>EL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA</b> <b>EN LAS DECISIONES REPRODUCTIVAS DE PAREJA</b></p>
--

## **ÍNDICE GENERAL**

<b>SIGLAS Y ABREVIATURAS</b> .....	iii
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
1. PUNTUALIZACIÓN TERMINOLÓGICA .....	3
2. ALGUNOS PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN EN LA PAREJA .....	6
<b>I. COMUNICACIÓN CONYUGAL Y DECISIONES DE PAREJA: LOS DATOS</b> .....	8
1. ALGUNOS DATOS A ESCALA INTERNACIONAL. ....	9
2. LA SITUACIÓN EN ESPAÑA .....	15
<b>II. DERECHO Y DECISIONES DE PAREJA</b> .....	22
1. TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN MÉDICAMENTE ASISTIDA (TRMA).....	23
2. CRIOCONSERVACIÓN DE PREEMBRIONES (LEY 14/2006, ARTS. 11.5 Y 11.6) .....	26
3. TÉCNICAS TERAPÉUTICAS EN EL PREEMBRIÓN (LEY 14 / 2006 ART. 13.2. A).....	28
4. ABORTO (LEY ORGÁNICA 2/2010, DE 3 DE MARZO, DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO).....	28
<b>III. EL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA Y LAS DECISIONES DE PAREJA</b> .....	32
1. EL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA .....	34
2. EL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA EN LAS DECISIONES DE PAREJA.....	37
3. LÍMITES DEL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA EN LAS DECISIONES DE PAREJA .....	39
3.1. Comprensión liberal del principio de autonomía.....	40
3.2. La beneficencia como límite: el paternalismo.....	42
3.3. La mujer y su concepción del cuerpo.....	43
3.4. Reflexión histórica .....	45
3.5. Desde la ética cristiana: el Amor como límite .....	47
4. POSIBILIDADES DEL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA EN LAS DECISIONES DE PAREJA.....	49
4.1. El principio de autonomía relacional.....	49
4.2. Autonomía: horizonte hermenéutico del principio de beneficencia.....	50
4.3. Otra concepción del cuerpo es posible.....	51
4.4. Posibilidades desde la historia .....	52
4.5. Ensanchar la autonomía en el Amor .....	54

<b>IV. PROPUESTA ÉTICA .....</b>	<b>56</b>
1. DELIBERACIÓN ÉTICA .....	59
1.1 Teorías de la elección racional desde la ética clínica.....	59
1.2. Ética dialógica y deliberativa.....	63
1.3. Deliberación moral como método de la razón práctica.....	65
2. PROPUESTA CRISTIANA: EL DISCERNIMIENTO EN PAREJA .....	69
2.1. Las mociones. ....	72
2.2. Ponderar las razones y conversión de la inteligencia.....	72
2.3. Inspiraciones de los espíritus. Consolación y desolación. ....	73
2.4. La elección. ....	74
2.5. La confirmación de la elección.....	74
<b>CONCLUSIÓN .....</b>	<b>76</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>82</b>
LIBROS.....	82
CAPÍTULOS DE LIBROS.....	83
ARTÍCULOS.....	84
LEGISLACIÓN .....	85
DOCUMENTOS MAGISTERIALES .....	85

---

---

**SIGLAS Y ABREVIATURAS**


---

§	Párrafo
Art.	Artículo
BOE	<i>Boletín Oficial del Estado</i>
CDF	Congregación para la Doctrina de la Fe
Cfr.	Confrontar
Dir.	Director
Ed.	Editor
FIV	Fecundación <i>In Vitro</i>
n.	Número
OMS	Organización Mundial de la Salud
<i>Op. cit.</i>	Obra citada
RAE	Real Academia Española de la Lengua
RMA	Reproducción Médicamente Asistida
s.	Siglo
SEF	Sociedad Española de Fertilidad
STC	Sentencia del Tribunal Constitucional
Supl.	Suplemento
TRMA	Técnicas de Reproducción Médicamente Asistida
v.	Versículo
Vol.	Volumen
VV.AA.	Varios autores
WHO	<i>World Health Organization</i>

**DOCUMENTOS MAGISTERIALES**

CIC	<i>Codex Iuris Canonici</i> (1983). Código de Derecho Canónico
EV	<i>Evangelium vitae</i>
FC	<i>Familiaris consortio</i>
GS	<i>Gaudium et spes</i>
HV	<i>Humanae vitae</i>

## INTRODUCCIÓN

---

En nuestra sociedad postmoderna son muchas las instituciones que en los últimos años están sufriendo profundas transformaciones en una progresión, casi me atrevo a decir, geométrica. Una de esas instituciones, que por su profundo arraigo antropológico podríamos calificarla de “eterna” y que más claramente se está viendo modificada hasta en sus más sólidos cimientos es el matrimonio.

Por otro lado, en estos más de treinta años de historia de la Bioética, son muchos y cada vez más frecuentes los avances científico-técnicos que demandan nuestra reflexión e instan a todos a dar una respuesta. También aquí la comprensión del sujeto ético que ha de decidir ha ido cambiando en los últimos siglos y más aún en las últimas décadas, fruto de la modernidad y la ilustración en su génesis y de las filosofías personalistas del siglo precedente en su último desarrollo.

El presente estudio que ahora presento trata de ofrecer una reflexión acerca de la toma de decisiones en el ámbito de la bioética cuando el sujeto no es un individuo sino dos, entre los cuales existe una especial relación tanto afectiva como jurídica: el matrimonio. Son muchos los ámbitos de la bioética que demandan una decisión conyugal, sobre todo cuando se considera la conyugalidad como una nueva realidad fundada en la mutua entrega, de tal forma que ni siquiera se es dueño de la propia vida en su total radicalidad. Pero dada la fragilidad del propio ser humano y de la propia institución familiar (tal y como se aprecia en el número creciente de rupturas cada año), voy a tratar de acotar las decisiones bioéticas a estudiar al ámbito del principio de la vida. La razón es muy sencilla: la paternidad y la maternidad (o la ausencia de ella) se implican necesariamente y además tiene consecuencias en un tercero del que ambos habrán de responder afectiva, jurídica, social y económicamente. Como podemos

apreciar, el ordenamiento jurídico sólo recogerá ésta peculiar realidad de la toma conjunta de decisiones en el matrimonio en algunos casos (no todos) referentes al principio de la vida.

Quiero dejar constancia, ya desde el comienzo de este estudio, de la muy escasa bibliografía que existe sobre el tema de forma explícita, pues en casi todos los acercamientos bioéticos a cualquier tema relacionado con el principio de la vida se da por supuesto que, o bien la decisión es exclusivamente de la mujer (sobre todo en estudios sobre el aborto, por ejemplo), o bien la decisión es de la pareja (como puede ser de forma más clara en el tema de la planificación familiar o paternidad/maternidad responsable) sin otra mención o explicitación más larga que unas escasas líneas. Dejo simplemente apuntada esta constatación, su valoración y análisis podrá irse clarificando a medida que vayamos desarrollando el tema.

Podemos dividir en cuatro grandes bloques “tecnológicos” los ámbitos bioéticos en los que estas decisiones se pueden ver involucradas, bloques que agruparían a todos los grandes temas de la reproducción humana y el comienzo de la vida humana individual<sup>1</sup>: a) nuevas tecnologías contraceptivas y de control de la fertilización; b) nuevas tecnologías reproductivas y de control de la reproducción; c) nuevas tecnologías de manipulación genética y control de la herencia; d) nuevas tecnologías de diagnóstico prenatal y control de la patología perinatal y neonatal. Estos cuatro grandes grupos integran multitud de debates éticos y situaciones en que habrá de demandarse una decisión ética que asuma la misma pareja.

A continuación, paso a enumerar algunas de estas situaciones con el objetivo de terminar de delimitar el marco de reflexión en que nos vamos a situar: las intervenciones contraceptivas, interceptivas o abortivas en el proceso de gestación, la procreación humana asistida, inseminación artificial, fecundación in vitro, donación de embriones, elección de sexo, crioconservación de embriones, diagnóstico prenatal, consejo genético, terapia génica, eugenesia, intervenciones en el patrimonio genético...

Es necesario que del mismo modo pase también a delimitar el campo que constituye el sujeto de decisión moral, pues desde el comienzo de nuestra reflexión encontramos la dificultad cierta de la terminología que hemos de emplear: matrimonio, pareja, conyugalidad, pareja conyugal... y otras instituciones jurídicas, como pueden ser

---

<sup>1</sup> J. MASIÁ, *Bioética y Antropología*, (Cátedra de Bioética n. 3), U. P. Comilas, Madrid 2004, 109.

las uniones de hecho. Trataré seguidamente de clarificar tan variadas denominaciones y su uso en el presente estudio.

### 1. PUNTUALIZACIÓN TERMINOLÓGICA

Muchas son las definiciones que se ofrecen de estos términos que pueden suponer una clara riqueza en su comprensión por la pluralidad de matices que aportan. Pero para poder desarrollar nuestra reflexión sin ambigüedades ni paradojas, voy a partir de una concepción fundamentalmente cristiana de los términos. Opto por este especial enfoque por diferentes motivos: por un lado, nuestra cultura occidental, querámoslo o no, es heredera de más de veinte siglos de reflexión, organización social y pensamiento cristiano, y ello deja una profunda impronta en nuestras comprensiones y también precomprensiones de la realidad del género y también matrimonial; por otro lado, aunque la situación política actual de nuestro país intente soslayarlo de forma progresiva y reiterada, España es aún mayoritariamente cristiana, con todas las incoherencias y todo el declive en cantidad y calidad que se desee subrayar, pero los números dicen que aún es un país donde la mayoría de la población está bautizada; y, en último lugar, mi propia opción ética y bioética parte de la reflexión teológico-moral de siglos de gestación de la comunidad eclesial católica, a la cual pertenezco afectiva y efectivamente.

Así, paso a delimitar los términos expuestos desde la reflexión de un conocido teólogo moralista de nuestro medio, Marciano Vidal<sup>2</sup>:

a) *Pareja*: éste término proviene de “parejo” (igual, semejante) o del disyuntivo latino “*pariculus*”, término que deriva de “*par/paris*” (igual). En el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española encontramos el siguiente significado: “3. Conjunto de dos personas, animales o cosas que tienen entre sí alguna correlación o semejanza, y especialmente el formado por hombre y mujer”. Cuando decimos *pareja conyugal*, nos estaremos refiriendo a la relación o correlación entre dos personas que constituyen el matrimonio. En general, a lo largo del estudio me referiré con el término “pareja” a ese conjunto de dos personas con especial vínculo afectivo y consiguiente proyecto vital y procreativo común, independientemente de su institucionalización. Evidentemente, las decisiones en torno al principio de la vida tomadas tendrán una mayor o menor

<sup>2</sup> M. VIDAL, *El matrimonio. Entre el ideal cristiano y la fragilidad humana. Teología, moral y pastoral*, Desclée de Brouwer, Bilbao 2003, 122.

implicación u obligación social y legal, dependiendo de este último dato, las cuales quedarán reflejadas y especificadas en el capítulo pertinente.

En algunos análisis estadísticos se entiende por “pareja” exclusivamente la “pareja sexual”, aquella persona con la que se ha mantenido al menos una relación sexual, no implicando, a efectos de la encuesta, la existencia de relación afectiva<sup>3</sup>. No será éste el uso en el presente trabajo, cuando a ello me refiera quedará suficientemente explicitado.

b) *Conyugalidad*: es un término más abstracto que indica el núcleo de la vida matrimonial. Tratará de integrar el genuino significado del “*coniugium*” latino, que tiene el sentido de “alianza” entre dos personas. En ocasiones se ha hecho derivar este término de “*coiungula*”, que significa “coyunda” o correa con que se ataba antiguamente a los bueyes, pero no es así, aunque con ello quisiera subrayarse, en sentido metafórico, el vínculo o unión matrimonial.

Tanto el término *pareja conyugal*, como *conyugalidad*, recogen el contenido de la alianza matrimonial que quiso poner de relieve el Concilio Vaticano II con la fórmula “la íntima comunidad de vida y amor conyugales”<sup>4</sup>. En este sentido, Marciano Vidal afirma que “hablando en lenguaje personalista, constituyen el ‘nosotros’ conyugal, realidad ésta configurada por las mutuas relaciones entre ‘yo’ y ‘tú’ del par matrimonial”. Precisamente este “nosotros” conyugal del que habla constituirá el sujeto de las decisiones bioéticas que son objeto de este estudio. Y, como ahora veremos, no está exento de dificultades y situaciones de disenso a la hora de constituir una voz única decisoria en temas con tan importantes consecuencias personales, conyugales y sociales.

c) *Matrimonio*: éste término proviene del término latino *matrimonium*, que, según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, significa “unión de hombre y mujer concertada mediante determinados ritos o formalidades legales”. Es la acepción más genérica y válida para todo tipo de cultura.

También aparece, en segundo lugar, otra acepción más particular, en el catolicismo: “sacramento por el cual el hombre y la mujer se ligan perpetuamente con arreglo a las prescripciones de la Iglesia”. No voy a desarrollar aquí el sentido de la sacramentalidad del matrimonio, ni el sinuoso y complejo recorrido histórico que este peculiar

<sup>3</sup> Notas de prensa del Instituto Nacional de Estadística referidas a las Encuestas de Salud y Hábitos Sexuales, en los diferentes años realizadas.

<sup>4</sup> Constitución pastoral *Gaudium et spes* (GS) 48.



sacramento ha tenido en estos siglos de historia. Simplemente apuntaré algunos rasgos más específicos que han sido especialmente subrayados a partir del Concilio Vaticano II desde una orientación eminentemente personalista: se establece un vínculo de alianza, más que meramente contractual; es contemplado como comunidad de toda la vida (*consortium totius vitae*); está ordenado tanto al bien de los esposos como a la generación y educación de la prole desde el ejercicio de la paternidad responsable; y, por último, el consentimiento matrimonial se considera como el “acto de la voluntad por el cual un hombre y una mujer se dan y se reciben mutuamente por una alianza irrevocable para constituir el matrimonio”<sup>5</sup>. El amor conyugal, en el matrimonio sacramental, pide y garantiza unidad y fidelidad, es fuente de verdadera fecundidad y presenta los siguientes rasgos: es un amor personal y eminentemente humano, es total, heterosexual (en este punto encontramos el principal motivo de conflicto con la actual legislación española al respecto), fiel, fecundo y constituye una verdadera comunidad de vida y amor<sup>6</sup>.

A lo largo del presente trabajo, me referiré con el término *matrimonio* a la primera acepción, más genérica del Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, por el que al concepto de pareja (especificada en el diccionario como heterosexual) se añade el matiz de la institucionalización en cualquiera de sus múltiples formas legales, culturales, sociales o religiosas. Cuando haya de referirme al matrimonio cristiano, así lo haré explicitar, fundamentalmente en la propuesta ética específica que para el tema que abordamos hace la Teología y el Magisterio católico.

Aunque en la misma definición de nuestro diccionario incluye el concepto de “unión de hombre y mujer”, no voy a entrar a analizar otro tipo de consideraciones políticas, antropológicas, culturales o psicológicas, acerca de los llamados en nuestra legislación “matrimonios homosexuales”. También en ellos se dará en nuestro país la situación en que se precise una decisión de pareja, puesto que, por ejemplo, actualmente el colectivo de lesbianas constituye un grupo creciente de usuarias de inseminación artificial. También el presente trabajo puede iluminar estas situaciones, aunque no me referiré explícitamente a ellas.

---

<sup>5</sup> *Código de Derecho Canónico* (Madrid, 1983) 1057, 2.

<sup>6</sup> E. ALBURQUERQUE, *Matrimonio y familia. Teología y praxis cristiana*, San Pablo, Madrid, 2004, 21-31.

## 2. ALGUNOS PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN EN LA PAREJA

Quiero dejar constancia también al inicio de este estudio de la fragilidad que envuelve a la realidad matrimonial, tal y como ocurre en toda institución humana, y que supone un verdadero y creciente obstáculo para la comunicación de la pareja. También ello supone un claro impedimento para la consecución de una decisión ética en temas de tan grande trascendencia para cada uno de los cónyuges en particular y para el matrimonio como realidad única. Todo ello tendremos oportunidad de objetivarlo en cifras concretas en el siguiente apartado referente a los datos estadísticos a nivel internacional y también nacional.

Recoge Marciano Vidal en su obra ya citada la afirmación de un psiquiatra especialista en relaciones grupales de la Universidad de California, Robert Liberman: “hay parejas que sufren en silencio porque no pueden comunicarse sus deseos más íntimos. Están acostumbrados a hablar de temas ajenos, pero no saben expresarse lo que sienten ni saben lo que al otro realmente le gusta y le resulta placentero”<sup>7</sup>. Y define el amor como, fundamentalmente, conducta, comunicación y ternura. Pero a lo largo de los años de convivencia matrimonial el amor se va haciendo más abstracto, en opinión del mencionado psiquiatra, convirtiéndose para unos en silencio y, para otros, en enfrentamientos y tensiones.

En realidad, como ya he señalado, son muchos y profundos los cambios que se están produciendo en la institución familiar en los últimos años, cambios que hunden sus raíces en los más variados y complejos motivos. La emancipación de la mujer, por ejemplo, supone no sólo la independencia económica sino también la independencia personal, lo cual puede ser causa de una mayor realización personal y matrimonial y también, en algunos casos, de deterioro en la relación de la misma. Una cierta autonomía puede ser muy positiva para ambos, siempre y cuando no suponga que la independencia de un cónyuge sea a costa de la dependencia del otro.

Eugenio Albuquerque<sup>8</sup> señala tres fuentes principales de conflicto en la vida de pareja actual que pueden tener importantes repercusiones en toda la vida familiar. En primer lugar, señala la lucha de poder: en este creciente clima de igualdad de género,

---

<sup>7</sup> Del reportaje de Inmaculada de la Fuente, en EL PAIS (29 de junio de 1980). Citado en: M. VIDAL, *El matrimonio. Entre el ideal cristiano y la fragilidad humana. Teología, moral y pastoral*, Desclée de Brouwer, Bilbao, 2003, 210-211.

<sup>8</sup> *Ibidem*, 229-230.

surge la pregunta, “¿quién “manda” en la pareja? Es una lucha soterrada y sutil que se debate en pequeños detalles que pueden ir dinamitando la vida de pareja y que afloran en situaciones como las que traemos a estudio, en las que puede llegar a imponerse la única voluntad del cónyuge que ejerce un mayor dominio sobre el otro.

En segundo lugar, también la intimidad puede ser un motivo de conflictos. Se precisa de una suerte de inestable equilibrio entre la excesiva distancia y la sofocante simbiosis. El conflicto está servido y será necesario ejercitarse en conseguir y mantener este difícil equilibrio durante toda la vida conyugal.

Y, finalmente, la última fuente de conflictos matrimoniales la sitúa en la delimitación del territorio conyugal, es decir, quién pertenece o no a dicho territorio, además de los hijos (¿amigos, cuáles? ¿suegros? ¿compañeros de trabajo?...). Para nosotros este tema tiene especial importancia, puesto que no son pocas las influencias familiares y sociales que intervienen en cualquier toma de decisión y de forma más clara, en las decisiones concernientes al principio de la vida. Es bien conocida la motivación familiar (de querer responder a expectativas genésicas de padres o suegros) que hay detrás de muchas solicitudes de técnicas de reproducción humana asistida. Es importante tenerlo también en cuenta.

En las últimas décadas hemos podido constatar una evolución muy diferente y, en algunos casos, antagónica de la concepción de la vida y el mundo que tienen varón y mujer, concepción que era prácticamente coincidente en períodos anteriores. Ello supone una de las más serias dificultades a la hora de establecer una comunicación sobre temas concernientes al proyecto de fecundidad y vida común, pues la sensibilidad y expectativas a la hora de comprender la paternidad, la maternidad, la filiación, la autodonación (o su defecto), la familia... son en muchos casos absolutamente dispares y difícilmente conciliables.

Todo esto constituirá un verdadero reto para nuestro estudio, que trataré de integrar y afrontar a lo largo del análisis y las propuestas que llevaré a cabo.

## I. COMUNICACIÓN CONYUGAL Y DECISIONES DE PAREJA: LOS DATOS

---

El análisis de la misma realidad en sus cifras, matices y paradojas, constituye un punto nuclear para el adecuado acercamiento bioético a cualquier tema. En el caso de la comunicación conyugal y la toma de decisiones en pareja se hace imprescindible una aclaración: son muy escasos los estudios y las encuestas que abordan explícitamente el tema que nos ocupa y lo poco que podemos encontrar está básicamente enfocado a la realización de campañas de educación poblacional sobre planificación familiar. Es por esto que los datos son extraídos fundamentalmente de países del llamado Tercer Mundo obedeciendo a intereses comerciales de otros países o bien a políticas antinatalistas de los propios gobiernos. No entraré a la valoración de este dato ni a las posibles causas que puedan motivarlo.

Por otro lado, sí podemos acercarnos al sentir poblacional y las realidades que lo vertebran en este sentido desde otros datos indirectos y su progresión en los últimos años. Esto será lo que más verazmente pueda darnos a conocer la situación en el ámbito español en que nos movemos.

Como ya hemos visto, las situaciones del ámbito de la bioética en las que la misma pareja es el sujeto que ha de decidir, debido a sus posteriores consecuencias e implicaciones en la vida conyugal o en la vida (o ausencia de esta) de un tercero a cargo de ambos, son muy diversas. Veremos cómo la percepción de la población difiere mucho a la hora de valorar la necesidad de mayor o menor implicación del cónyuge varón según se trate de un ámbito bioético u otro. En los dos extremos encontraremos, por un lado, el uso de métodos anticonceptivos como el ámbito en que mejor se valora la decisión de la pareja (siendo los métodos naturales los que constituyen el extremo del polo, por el mismo modo en que deben llevarse a cabo); mientras que, en el polo opuesto, podría

situarse el aborto, pues la situación física o psíquica de la mujer puede llegar a anular cualquier otra decisión de la pareja (así es defendida esta postura incluso legalmente).

### 1. ALGUNOS DATOS A ESCALA INTERNACIONAL.

Los mayores estudios realizados a escala internacional han sido enfocados concretamente a la planificación familiar y la participación en ella de ambos cónyuges. Los análisis realizados y publicados han sido llevados a cabo por el Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health en Baltimore, Maryland. Esta universidad, con el apoyo y subvención de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo internacional, ha elaborado dos informes que aportan datos de especial interés para nuestro estudio a partir de encuestas realizadas en la década de los noventa: el primero sobre *Salud reproductiva: Nuevas perspectivas sobre la participación de los hombres*<sup>1</sup> y el segundo sobre *Elección informada en la planificación familiar*<sup>2</sup>. Ambos están especialmente enfocados a las zonas de la población mundial más desfavorecidas con el objeto de poder facilitar políticas de control de la natalidad. En este sentido, también ambos informes demuestran la importancia de una adecuada comunicación en la pareja, puesto que su defecto conduce a elevadas tasas de abandono de los métodos anticonceptivos y, con ello, el aumento de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual. Aunque los datos que nos ofrecen son de hace una década y considerando la lentitud con que se llevan a cabo los cambios culturales en lo referente a hábitos conyugales y cuestiones de género, creo que la información que podemos extraer de ellos puede ser de utilidad para nuestro estudio.

Dichos informes tienen en cuenta la especial dificultad que entraña realizar encuestas que evalúen fielmente el grado de la comunicación conyugal, ya que ésta es un proceso continuo, mientras que las encuestas sólo recogen información de un momento puntual en este complejo y largo proceso. De esta forma no pueden verse reflejados ni la progresión de la discusión, ni la adopción de decisiones de cada pareja, tampoco podemos establecer qué interacción existe entre el uso de anticonceptivos y la comunicación de la pareja, es decir, en qué medida la comunicación conyugal puede

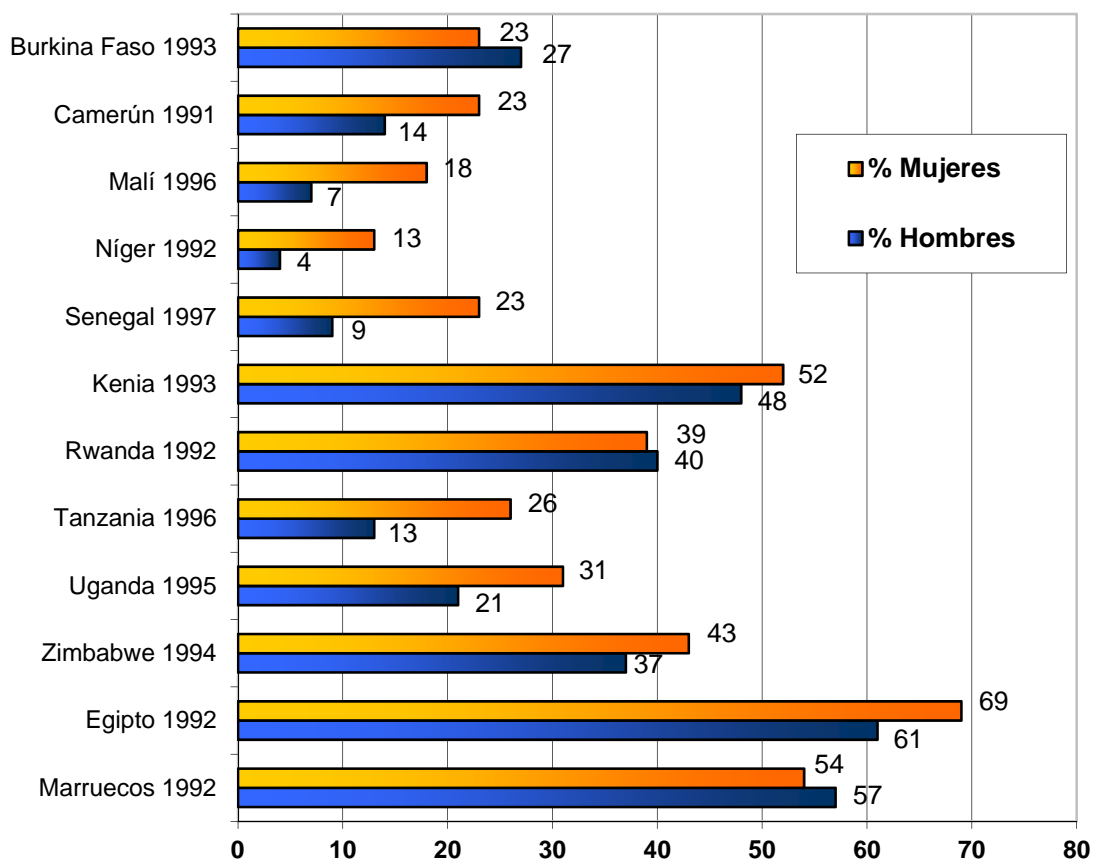
---

<sup>1</sup> VV. AA., *Salud reproductiva: Nuevas perspectivas sobre la participación de los hombres*: Populations Reports XXVI n. 2 (octubre de 1998), serie J, n. 17.

<sup>2</sup> VV. AA., *Elección informada en la planificación familiar*: Populations Reports XXXI n. 2 (2003), serie M, n. 17.

promover el uso o no de anticonceptivos y en qué medida éste último puede provocar o no la comunicación entre la pareja.

Un dato que todos los estudios coinciden en afirmar es la ausencia generalizada de diálogo en la pareja en lo referente a la fecundidad y la planificación familiar. Parecen sugerir que ésta se suele iniciar una vez que se ha producido el nacimiento de uno o dos hijos<sup>3</sup>. Puede ser iluminador el resultado obtenido en las encuestas realizadas en África en las que podemos apreciar claramente que son las mujeres las que más frecuentemente quieren cerrar el número de hijos con los que satisfacer su proyecto de fecundidad [Gráfico 1]<sup>4</sup>.



**Gráfico 1. Porcentaje en los miembros de la pareja que no quieren más hijos**

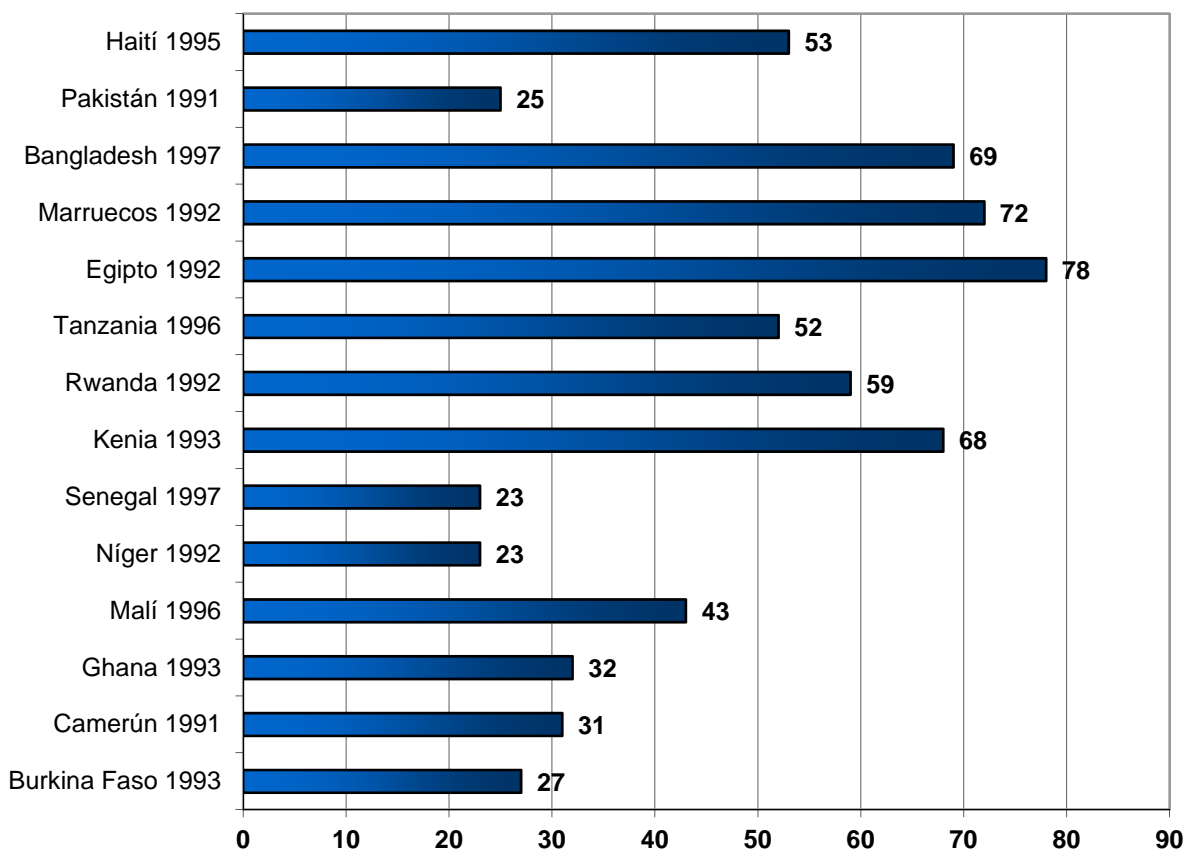
La escasa comunicación en la pareja hace que muy frecuentemente las mujeres creen que su pareja se opone a la planificación, cuando en realidad la aprueba. Esta situación es más marcada en países de África subsahariana y así lo demuestran los datos

<sup>3</sup> Así lo reflejan diversos estudios llevados a cabo en Uganda, Sri Lanka y Perú.

<sup>4</sup> *Hombres y mujeres actualmente casados*, Encuestas Demográficas y de Salud seleccionadas, 1990–1997. Tomado de VV. AA., *Salud reproductiva: Nuevas perspectivas sobre la participación de los hombres*: Populations Reports XXVI n. 2 (octubre de 1998), serie J, n. 17.

de las encuestas hechas a los maridos y sus esposas: en Uganda, por ejemplo, más del 40% de las mujeres desconocen o piensan que su marido desaprueba la planificación familiar, cuando realmente la aprueba; mientras que en otros lugares como en República Dominicana la cifra alcanza el 20%, o el 10% en Bangladesh. Los estudios realizados en Burkina Faso reflejaron los grandes obstáculos existentes en la comunicación de la pareja a este respecto, pues mientras que los hombres pensaban que las mujeres desconocían mayoritariamente lo relativo a la planificación familiar y que incluso se oponían a ella, las mujeres opinaban otro tanto de los hombres.

En el siguiente gráfico [Gráfico 2] podemos apreciar, con las limitaciones que anteriormente he señalado, la comunicación entre los cónyuges a través del porcentaje de hombres casados que declararon haber dialogado con sus esposas sobre planificación familiar durante el año anterior a la fecha de realización de la encuesta.



**Gráfico 2. Porcentaje de parejas que discutió la planificación familiar el año anterior**

Es fundamental la percepción que la mujer tiene sobre la actitud de su pareja hacia la planificación familiar, pues la decisión que adoptará al respecto estará fuertemente

influida por ella. Los datos de las Encuestas Demográficas de Salud de Kenia concluyeron que esta percepción por parte de la mujer era la variable que más influía en el uso o no de anticonceptivos por parte de ésta, con influencia significativamente superior al diálogo de la pareja sobre planificación familiar o el mismo acuerdo entre los cónyuges acerca de la aprobación de la misma<sup>5</sup>.

En algunas culturas, cuando las parejas se comunican sus deseos o preocupaciones sobre temas reproductivos lo hacen por medios no verbales o indirectos. Por ejemplo, en Uganda la mayor parte de la comunicación a este respecto se lleva a cabo por medio de sugerencias y conversaciones con amigos o parientes cercanos con la intención de que éstos transmitan la información al compañero o compañera sexual<sup>6</sup>.

Se ha analizado, también en países en desarrollo, el rol del varón en la toma de decisiones referentes a la interrupción voluntaria del embarazo. Si bien la orientación del estudio va directamente enfocada a promover la libre y autónoma elección de la mujer en esta situación, pueden ser iluminadores los estudios llevados a cabo en algunos países. Por ejemplo, en 1998, se llevó a cabo un estudio en Colombia con varones que acompañaban mujeres a centros reproductivos<sup>7</sup>. Los datos fueron claros: el 11% de los varones se oponían al aborto, el 43% lo aceptaba, el 46% tenían conciencia de que el aborto es malo o pecado, pero que en puede llegar a ser la solución de un problema; el 34% de los que mantenían una relación estable de pareja no estaba de acuerdo con la decisión de abortar y la cifra subía al 50% cuando eran parejas esporádicas. Un perfil muy diferente muestra un estudio realizado en Nepal en 2007, con maridos de mujeres que habían afirmado tener, en los tres años precedentes, un embarazo no deseado. En esta ocasión, los esposos tuvieron un papel relevante en la obtención de información sobre las posibilidades de abortar (financiera, familiar, sanitaria, etc.). Aún reconociendo que sólo la mitad de ellos sabía que el aborto era legal en el país, el 36% de ellos afirmaron que convencerían a sus esposas de interrumpir el embarazo no deseado, aunque éstas quisieran continuar con él. El dato más revelador nos indica que el 75% de

---

<sup>5</sup> A. LASEE Y S. BECKER, "Husband-wife communication about family planning and contraceptive use in Kenya": *International Family Planning Perspectives* 23 (1), marzo de 1997, pp.15-20

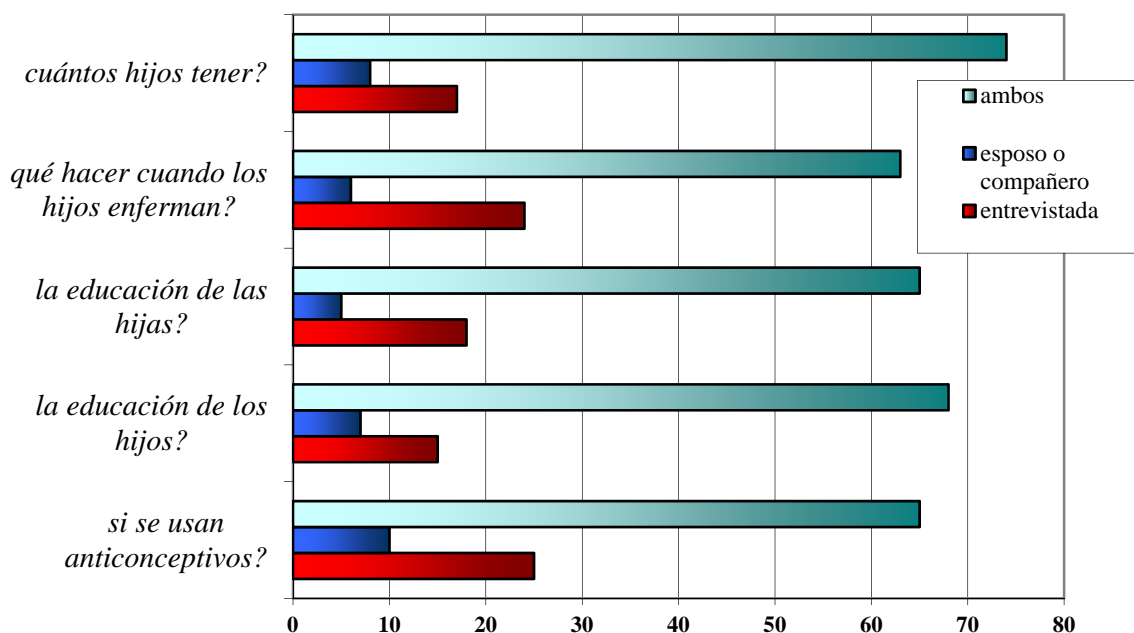
<sup>6</sup> A. BLANC, B. WOLFF, A. GAGE, A. EZEH, S. NEEMA y J. SSEKAMATTE-SSEBULIBA, *Negotiating reproductive outcomes in Uganda*, Macro International, Calverton, Maryland 1996, 214.

<sup>7</sup> IPAS, *Explorando los roles de los hombres en las decisiones de las mujeres de interrumpir el embarazo. Una revisión del material publicado con sugerencias para la toma de acción*, Chapel Hill, Carolina del Norte, 2009, 6.



los varones opinaron que las mujeres no deberían tomar decisiones en torno al aborto por sí mismas y el 79% sólo aprobaba el aborto en caso de que la mujer estuviera casada. El camino aún es largo en este sentido, tanto en lugares donde la mujer toma decisiones independientemente del varón, como en aquellos en los que el varón pretende tomar todas las decisiones de pareja, también las reproductivas.

Voy a presentar a continuación algunos datos obtenidos en México a través de la Encuesta de Evaluación en los Hogares Urbanos (ENCELURB 2004)<sup>8</sup> sobre la toma de decisiones familiares, que puede ser significativa a la hora de valorar algunas opiniones muy extendidas al respecto. La muestra del estudio era de 2.990 registros de mujeres que viven en pareja, siendo el jefe de la familia el varón. Parece, según los datos, que mayoritariamente las más importantes decisiones en torno al área reproductiva y la educación y cuidado de los hijos, se toman en común, y que en los casos en que no es así, las decisiones corren a cargo de las mujeres, cuyas cifras doblan o incluso triplican a las de los varones. Llamo la atención sobre las pequeñas variaciones existentes en lo que concierne a la educación de las hijas respecto de los hijos. Me pregunto si en nuestro país también encontraríamos estas diferencias. Ante la pregunta: *¿En su hogar quién decide...?*, encontramos las siguientes respuestas en porcentajes:



**Gráfico 3. Quién toma decisiones en la pareja**

<sup>8</sup> Encuesta sobre violencia y toma de decisiones. En: <<http://ogp.colmex.mx/encuestasbdogp/envit2004/Res.pdf>> 7 de junio de 2014.

Estos datos contrastan con algunas precomprensiones que podamos tener, incluso con los datos ofrecidos en respuesta a la pregunta *¿Con qué frecuencia usted tiene que pedirle permiso a su esposo o pareja para... utilizar algún anticonceptivo?* Constatamos que son alrededor del 58% las que responden “Nunca”, frente al casi 20% que responde “Casi siempre”.

En el informe *Salud reproductiva: Nuevas perspectivas sobre la participación de los hombres* se recogen diversos obstáculos o dificultades que se oponen a la comunicación de la pareja sobre planificación familiar, la mayoría de ellos forman parte de la compleja red de factores culturales y sociales que nos rodean. Paso a señalar algunos de ellos:

1. La sexualidad es un tema tabú en numerosas culturas, lo que frecuentemente va unido al temor al rechazo del compañero si se abordan temas tales como la historia sexual o el uso de anticonceptivos, sobre todo al comienzo de la relación.

2. La condición inferior de la mujer y su falta de poder (obstáculo en el diálogo sobre este tema en particular y en general en cualquier proceso de toma de decisiones de pareja). Esto hace que las mujeres sean conscientes de la escasa influencia que pueden tener en el comportamiento sexual de sus parejas debido a los roles tradicionales imperantes basados en el género. Esto puede deberse a que los hombres están legitimados para creer que no es necesario tener en cuenta los sentimientos u opiniones de sus esposas en este sentido e incluso podrían considerar que éstas son infieles simplemente por discutir en este punto. No deja de sorprendernos el hecho de que en algunos lugares las mujeres no casadas y las prostitutas pueden llegar a negociar la actividad sexual con los hombres con más facilidad que las mujeres casadas con sus esposos<sup>9</sup>.

Curiosamente, este dato se ha dado también en la cultura europea en otros momentos, por ejemplo en Inglaterra y Francia durante la Edad Moderna, como veremos en el capítulo siguiente.

Efectivamente, se constata que la capacidad de participación de la mujer en las decisiones reproductivas y el grado de comunicación conyugal es directamente proporcional a los niveles de igualdad entre el varón y la mujer. En este sentido, la

---

<sup>9</sup> P. R. ULIN, M. CAYEMITTES y E. METELLUS, *Haitian women's role in sexual decision-making: The gap between AIDS knowledge and behavior change*. Research Triangle Park, North Carolina, Family Health International, noviembre 1995, 85.

educación es un factor decisivo para ambos cónyuges, pues en el caso de la mujer, la educación va ligada a la información sobre el tema, al incremento de su autoestima y también al aumento de su capacidad para generar ingresos y, con ello, también su influencia en la toma de decisiones que incumban a la familia. También la educación de los varones influye y así lo demuestran algunos estudios<sup>10</sup>.

3. El tipo de matrimonio. Este factor también incide en la comunicación de la pareja por el poder relativo de la mujer según sea un matrimonio al que se ha llegado por libre elección de ambos, concertado por las familias, monógamo o polígamo. En este último caso la condición de inferioridad de la mujer es franca y, con ello, la comunicación en la pareja a estos niveles puede llegar a ser casi nula.

4. La edad de la mujer al casarse. También aquí vemos que la capacidad de comunicación es directamente proporcional a la edad de la mujer al casarse, de tal forma que cuanto menor es la edad, menor es la comunicación sobre planificación familiar, sobre todo si es mucho menor en relación a la edad del cónyuge<sup>11</sup>.

5. El desconocimiento por parte de los hombres en lo referente a planificación familiar supone un obstáculo para la toma de decisiones al respecto, sobre todo a la hora de apoyar a su pareja y de apoyar conductas de autoprotección.

Todos estos factores, de una u otra forma, están presentes en todas las sociedades y culturas y habremos de tenerlos en cuenta a la hora de considerar cualquier posibilidad real de propuesta ética que pretenda un mínimo de validez universal en lo que respecta a las decisiones de pareja. Ciertamente parece que, en algunas culturas, apenas se podrá aspirar a establecer algunos objetivos para alcanzar a muy largo plazo.

## 2. LA SITUACIÓN EN ESPAÑA

En España la situación puede llegar a diferir bastante de los datos ofrecidos anteriormente por motivos culturales, socio-económicos, históricos o religiosos. Si bien aún no se han alcanzado cotas máximas de igualdad hombre-mujer en todos los ámbitos de la sociedad, sí podemos encontrar bastante paridad en las relaciones de pareja en

---

<sup>10</sup> Un estudio de parejas de Nigeria nos muestra datos relevantes: cuando los dos cónyuges tenían educación secundaria o superior, el 61% de las parejas decían haber discutido la planificación familiar; mientras que, cuando ninguno de los cónyuges había recibido educación, sólo el 15% declaraban haber discutido el tema. En: D. MEEKERS y M. OLADOSU, *Sponsal communication and family planning decision-making in Nigeria*, University Park, Pennsylvania, Population Research Institute, abril de 1996, 33.

<sup>11</sup> Así lo han demostrado estudios llevado a cabo en Ghana y Togo.

amplios sectores de la sociedad (no hemos de olvidar grupos étnicos bien conocidos como la etnia gitana y la creciente y muy plural población inmigrante que convive con la española). Algunos datos pueden situarnos ante nuestra realidad social<sup>12</sup>:

- Indicador coyuntural de fecundidad (número medio de hijos e hijas por mujer en edad fértil, entre 15-49 años) de 2012: 1,32.
- Edad media en la maternidad: 31,56 años. Edad a la que las mujeres tienen su primer hijo: 29,3 años, de las más tardías de Europa y en continuo ascenso.
- Porcentaje de nacidos/as de madre no casada en 2012: 38,96% (oscilando entre Ceuta, con un 26,86% y Canarias, con un 60,58%). Diez años antes, en 2002, era del 21,74%.
- Tasa bruta de nupcialidad (matrimonios por 1.000 habitantes) en 2007: 3,56. Cifra que ha ido cayendo progresivamente en las últimas décadas (en 1975 era de 7,6).
- Número de matrimonios disueltos en 2012<sup>13</sup>: 110.332 (cifra que ha disminuido desde que comenzara la crisis económica). Según el tipo de ruptura matrimonial, el 72,09% de las separaciones han sido de mutuo acuerdo y el 27,91% contenciosas, mientras que en el caso de divorcio el 65,85% han sido consensuados y el restante 34,15% no consensuados.
- Número de abortos en 2012: 112.390.

Parece que la percepción de los españoles sobre las decisiones acerca de la fecundidad tiende a orientarse progresivamente hacia la decisión individual. Así podemos verlo en páginas web de reciente aparición<sup>14</sup> y los datos sobre familias monoparentales de los últimos años son especialmente llamativos. Paso a señalar las cifras de 2002 y 2011 para mostrar la evolución del dato:

---

<sup>12</sup> Datos de 2012, extraídos del Instituto Nacional de Estadística.

<sup>13</sup> De las 115.374 rupturas matrimoniales, 6.365 fueron separaciones, 103.854 divorcios y 133 nulidades.

<sup>14</sup> En nuestro ámbito de lengua castellana tenemos <<http://www.masola.org>>, página que se define a sí misma como “una web para todas aquellas mujeres u hombres que han pensado, están pensando o pueden llegar a pensar en formar una familia monoparental por elección en un futuro”.

<b>FAMILIAS MONOPARENTALES</b>		
Datos absolutos		
	<b>2002</b>	<b>2011</b>
<b>TOTAL</b>	303.200	548.600
<b>Casadas/os</b>	18.700	65.000
<b>Solteras/os</b>	34.900	144.000
<b>Viudas/os</b>	62.300	52.300
<b>Separadas/os</b>	187.300	287.400
<b>% Mujeres</b>	90,04%	88,66%

De esta forma se está disparando en los últimos años el número de mujeres sin pareja que recurren a las Técnicas de Reproducción Médicamente Asistida. La Sociedad Española Fertilidad (SEF) estima que son unas 1.500 mujeres al año las que se encuentran en esta situación (más o menos un 10% del total, habiendo aumentado en un 40% en los últimos años). El perfil medio de las mujeres que la solicitan es descrito por las clínicas como mujer mayor de 35 años, trabajadora, de nivel socioeconómico medio-alto. Describen otro grupo, menor pero en progresivo aumento, constituido por el colectivo de las lesbianas, que suelen ser más jóvenes. Si en este último caso se trata de una decisión tomada en pareja o no, será una cuestión que no abordaré en el presente estudio, pues implicaría consideraciones que se escapan a la intención fundamental que nos ocupa.

No podemos pasar por alto en la valoración de nuestra sociedad, sus valores y percepciones al respecto, el estudio realizado por la Fundación Santa María, *Jóvenes españoles 2010*<sup>15</sup>. Éste análisis de la realidad juvenil actual puede ser de gran ayuda para conocer la valoración, percepción y expectativas que los jóvenes de hoy (y adultos de mañana) tienen sobre la institución familiar y la vida de pareja.

En el informe conclusivo encontramos que el concepto de familia que presentan, en lo que respecta a su composición, el tipo de unión o la forma de pasar de la familia de origen a la de “procreación”, no es claro, homogéneo o lineal como ocurría en décadas pasadas, pero tampoco tienen alternativas claras y aceptables por una mayoría a los

<sup>15</sup> J. GONZÁLEZ-ANLEO y P. GONZÁLEZ BLASCO (Dir.), *Jóvenes españoles 2010*, Fundación SM, Madrid 2010. En este estudio la muestra es de 3.513 jóvenes españoles entre 15 y 24 años.

modelos familiares más tradicionales. Analizado el estudio en su conjunto, concluyen que se están produciendo profundos cambios en la institución familiar y que en la actualidad nos encontramos en un momento del proceso en el que quedan entretejidas las modalidades clásicas permanentes con las nuevas pautas emergentes.

El propio Javier Elzo, en otra obra, trabaja este tema sobre una hipótesis: “la perdurabilidad y hasta el deseo de mantener la familia tradicional (como muestran la alta valoración que reciben en las encuestas), se están disociando cada vez más, de facto, de la procreación”. Y apunta a la raíz de la problemática familiar actual en el hecho de que en las familias nucleares cada vez son menos las que educan y además tiende a ser más importante la propia promoción social de la pareja que la misma familia como unidad social, e incluso que en las parejas se busca más la propia promoción individual que el de la pareja<sup>16</sup>. Tendremos que tener en cuenta esta afirmación a la hora de valorar las posibilidades reales de nuestras propuestas éticas.

Este estudio señala que la familia se va democratizando de forma progresiva y también individualizando, con cambios en las distribuciones de poder o de las funciones domésticas. De este modo, las familias van haciéndose más abiertas, plurales y menos estables en su duración y también menos institucionalizadas internamente, pues perciben que ello facilita la libertad personal y la tolerancia. Estos últimos datos pueden orientarnos en la valoración de los obstáculos en la comunicación de pareja que señalábamos en el apartado anterior, pues parece que la tendencia es a la igualdad de género en las relaciones de pareja y, con ello, a la común implicación en las decisiones familiares y más concretamente en las referentes al ejercicio de la paternidad responsable.

También es importante señalar que en la mayoría de los jóvenes, formar una familia estable con hijos forma parte de los proyectos vitales considerados por ellos más importantes, generalizando la práctica de la convivencia en común como etapa previa a la institucionalización de la relación, que queda retardada respecto a décadas anteriores.

Quiero desarrollar con más detenimiento las expectativas y previsiones sobre los hijos futuros que nuestros jóvenes presentan, pues hay datos especialmente relevantes para nuestro estudio. Los medios de comunicación han difundido la idea de que existe un deseo generalizado de los jóvenes de no tener hijos en un mundo que consideran

---

<sup>16</sup> J. ELZO, *Los jóvenes y la felicidad. ¿Dónde la buscan? ¿Dónde la encuentran?*, PPC, Madrid 2006, 29-32.

competitivo, violento y consumista, donde mantener un nivel de vida suficientemente confortable puede ser económicamente incompatible con la manutención y educación de los hijos. Pero esta afirmación no se constata en la encuesta. Realmente el 90% de los jóvenes quisieran tener o ya tienen hijos, su deseo se cifra en un número de 2,3 hijos de media, algo más de los que piensan que realmente van a llegar tener (2,08 hijos de media); por otro lado, apenas se observan grandes oscilaciones si consideramos otros factores como pueden ser el nivel de estudios o la práctica religiosa [Tabla 4].

	<b>Gustaría tener</b>	<b>Cree que tendrá</b>
<b>TOTAL</b>	2,39	2,08
<b>SEXO</b>		
Hombre	2,22	1,99
Mujer	2,25	1,99
<b>NIVEL DE ESTUDIOS</b>		
Primarios	2,23	1,95
Secundarios	2,25	2,02
Universitarios	2,21	1,92
<b>RELIGIÓN</b>		
Católico practicante	2,54	2,27
Católico no practicante	2,22	2,02
Indiferentes, agnóstico, ateo	2,13	1,86
Otra religión	2,41	2,32

**Tabla 4. Número de hijos que tiene o le gustaría tener y cree que los tendrá<sup>17</sup>.**

Por último, recojo aquí las conclusiones a que llega el informe en lo que concierne a las condiciones principales que, en opinión de los jóvenes, intervienen en la decisión de tener hijos o no [Tabla 5]. Parece que las tres condiciones más importantes son: tener trabajo seguro (52,5%), tener suficiente ingresos (38,1%) y desear tener hijos (35,3%). Se unen aquí una condición económica con otra fundamentalmente volitiva, lo que expresa la complejidad que presenta este tipo de decisiones. Considero especialmente interesante para nuestro estudio este dato (aunque el factor económico sea significativamente más importante para los jóvenes) que subraya la importancia de que

<sup>17</sup> J. GONZÁLEZ-ANLEO y P. GONZÁLEZ BLASCO (Dir.), *Op. cit.*, 168.

ambos miembros de la pareja quieran tener hijos, por encima de otros muchos factores considerados.

	Haber terminado estudios	Tener trabajo seguro	Haber comprado piso	Tener suficientes ingresos	Conocer bien a pareja	Desear tener hijos	Estar casados	Tener tiempo para dedicar a hijos	Tener apoyos conciliar familia trabajo	NS NC
<b>TOTAL</b>	17,3	52,5	23,5	38,1	29,1	35,3	11,4	14,8	7	5,6
<b>SEXO</b>										
Hombre	16,5	54,4	24	38,4	28,5	34,2	11,1	13,4	7,1	6
Mujer	18,1	50,5	22,9	37,9	29,8	36,5	11,7	16,3	6,9	5
<b>RELIGIÓN</b>										
Católico practicante	23,3	51,4	24,1	35,9	27,4	31,7	13,7	15,8	6,4	6,7
Católico no practicante	18,9	55,3	26,9	38,5	27,9	33,1	14,2	15	7,3	4,6
Indiferente, agnóstico o ateo	15	49,5	19,9	39,3	29,5	39	5,4	14,5	6,9	7
Otra religión	7,7	63,5	33,5	38,3	23,9	28,4	19,9	13,9	3	3,7
<b>NIVEL DE ESTUDIOS</b>										
Primarios	12	54,6	33,6	34,6	19,8	22,7	13,1	10,1	6,5	8,4
Secundarios	17,4	52,9	24,1	36,7	29,4	33,9	11,8	14,6	7	5,8
Universitarios	22,5	51,3	18,4	43,3	32,6	43,3	10,4	17,5	7,2	2,8

**Tabla 5. Condiciones que intervienen en la decisión de tener o no tener hijos. Porcentajes<sup>18</sup>.**

En todo este perfil de la institución familiar vista por los jóvenes en España, se aprecia cómo la variable religiosa (que operativizan como el nivel de autoidentificación religiosa) es prácticamente la única que introduce diferencias significativas.

Una vez vista la comprensión que los jóvenes tienen de la institución familiar, recojo un dato especialmente interesante para nuestro estudio. Entre los seis comportamientos más justificados –de los veintiuno considerados- encontramos<sup>19</sup>: “una mujer decide tener un hijo sin pareja estable” en primer lugar, con un 6,80 de aceptación (donde 1 = no se justifica nunca y 10 = se justifica siempre), lugar que ha usurpado al divorcio, que cinco años antes era el comportamiento más justificado; “adopción de hijos

<sup>18</sup> *Ibidem*, 42.

<sup>19</sup> *Ibidem*, 169.



por un adulto sin relación estable” en tercer lugar con un 5,59; y “adopción de hijos por homosexuales/lesbianas” en cuarto lugar con un 5,55. De aquí podemos deducir cómo los jóvenes actuales (y adultos de un futuro inmediato) de nuestra sociedad parecen percibir que los deseos genésicos y la toma de decisión para llevarlos a cabo pueden incumbir al individuo exclusivamente sin que ello pueda crear ningún tipo de conflicto ético, social o familiar.

Para todos ellos puede ir encaminado nuestro estudio y propuesta ética.

---

## II. DERECHO Y DECISIONES DE PAREJA

---

Una vez conocida la realidad española y después de analizar los límites y las posibilidades del principio de autonomía en las decisiones de pareja, nos acercamos ahora al ámbito del Derecho<sup>1</sup> que constituye, en muchas ocasiones, una transposición de la ética de mínimos, en otras encontramos que va muy por delante de la ética cultural y socialmente consensuada y no faltan ejemplos en los que ni siquiera la alcanza. Por ello parece evidente que legalidad y moralidad no pueden ni deben confundirse. La excelencia en el proceso de toma de decisiones en la vida de pareja irá, indudablemente, mucho más allá de lo que exijan las leyes o los documentos oficiales, pero su análisis nos lleva a conocer cuáles parecen ser los mínimos éticos que pueden ser exigidos en nuestra sociedad española. Toda propuesta ética ulterior que podamos hacer, será siempre desde el reconocimiento de que se trata de “deberes imperfectos” que podemos exigirnoslos a nosotros mismos, pero no a los demás.

En su función reguladora de la vida pública, el derecho español apenas nos deja entrever la opción pública acerca del sujeto propio de las decisiones sobre el principio de la vida humana a través del ordenamiento jurídico que regula el inicio de la concepción (Reproducción Humana Asistida) y la gestación (en el caso de su interrupción voluntaria, el aborto). Cualquier otra consideración que incumba a otros ámbitos bioéticos que nos atañen para nuestro estudio, tales como la anticoncepción (que tanto ha aportado a nuestra reflexión y recogida de datos) o la esterilización, en cualquiera de sus modalidades, quedan excluidas, entiendo que por pertenecer al ámbito privado, personal o familiar.

---

<sup>1</sup> “Expresión positiva y práctica de la ética”, según el Prof. Dr. Luis González Morán en el libro sobre el que me basaré fundamentalmente: L. GONZÁLEZ MORÁN, *De la Bioética al Bioderecho. Libertad, vida y muerte* (Cátedra de Bioética n. 14), Dickinson-UPCO, Madrid 2006.

A lo largo de este capítulo iremos analizando detenidamente las distintas leyes de nuestro país y ello constituirá una parte fundamental de nuestro estudio, pero existe un acto jurídico básico en el mundo de la bioética cuyo análisis también puede arrojar importantes conclusiones: la firma del consentimiento informado.

Al estudiar los diferentes documentos de consentimiento informado que la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) proporciona a los profesionales sanitarios, encontramos que, en lo que respecta a la firma requerida, podemos hacer dos grandes grupos de intervenciones: los que requieren la firma del “cónyuge o pareja de hecho” (también se precisa su firma para la revocación del mismo) y los que sólo requieren la firma de “la paciente” (o su representante legal, si procede). Las intervenciones que pertenecen al primer grupo son, precisamente, aquellas que constituyen las diferentes técnicas de Reproducción Humana Asistida (RHA), respondiendo al imperativo legal que más adelante estudiaremos en profundidad: fecundación in Vitro, transferencia embrionaria, inseminación artificial con semen de la pareja y también para la inseminación artificial con semen de donante. En el segundo grupo, las intervenciones que sólo requieren la firma de la paciente, encontramos todas aquellas intervenciones relacionadas con la anticoncepción<sup>2</sup>, la esterilización o la interrupción voluntaria del embarazo: inserción de Dispositivo Intra Uterino (DIU), oclusión tubárica, recanalización tubárica y aborto.

### 1. TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN MÉDICAMENTE ASISTIDA (TRMA)<sup>3</sup>

Tomaré como punto de partida las dos leyes que en nuestro país han regulado éstas técnicas: la Ley 35/1988 (22 de noviembre)<sup>4</sup> y la Ley 14/2006 (27 de mayo)<sup>5</sup>, haciendo notar que la primera de ellas, fue promulgada apenas empezaron a dar frutos y a conocerse, a nivel nacional e internacional, las TRMA.

En lo concerniente a los sujetos que pueden participar en dichas técnicas, veamos en paralelo, para apreciar mejor las pequeñas diferencias<sup>6</sup>, cómo lo expresan ambas leyes, que analizaremos seguidamente:

<sup>2</sup> No es tema de nuestro estudio el análisis del mecanismo de acción del Dispositivo Intra Uterino (DIU).

<sup>3</sup> L. GONZÁLEZ MORÁN, *Op. cit.*, 615-739.

<sup>4</sup> *Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre Técnicas de Reproducción Asistida* (BOE n. 282, 24 de noviembre de 1988, 33373-33378).

<sup>5</sup> *Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida* (BOE n. 126, 27 de mayo de 2006, 19947-19956).

<sup>6</sup> Las cursivas, evidentemente, son mías.

**Ley 35/1988**

Las usuarias de las técnicas

6. 1. *Toda mujer* podrá ser receptora o usuaria de las técnicas reguladas en la presente ley, siempre que haya prestado su consentimiento a la utilización de aquellas de manera libre, consciente, expresa y por escrito. Deberá tener *dieciocho años al menos y plena capacidad de obrar*.

2. La mujer que desee utilizar estas técnicas de reproducción asistida deberá ser informada de los posibles riesgos para la descendencia y durante el embarazo derivados de la edad inadecuada.

3. Si estuviere casada, se precisará además del *consentimiento del marido*, con las características expresadas en el apartado anterior, *a menos que estuvieran separados por sentencia firme de divorcio o separación, o de hecho o por mutuo acuerdo que conste fehacientemente*.

**Ley 14/2006**

Artículo 6. *Usuarios* de las técnicas.

1. *Toda mujer mayor de 18 años y con plena capacidad de obrar* podrá ser receptora o usuaria de las técnicas reguladas en esta Ley, siempre que haya prestado su consentimiento escrito a su utilización de manera libre, consciente y expresa.

La mujer podrá ser usuaria o receptora de las técnicas reguladas en esta Ley con independencia de su estado civil y orientación sexual.

2. Entre la información proporcionada a la mujer, de manera previa a la firma de su consentimiento, para la aplicación de estas técnicas se incluirá, en todo caso, la de los posibles riesgos, para ella misma durante el tratamiento y el embarazo y para la descendencia, que se puedan derivar de la maternidad a una edad clínicamente inadecuada.

3. Si la mujer estuviera casada, se precisará, además, el *consentimiento de su marido, a menos que estuvieran separados legalmente o de hecho y así conste de manera fehaciente*. El consentimiento del cónyuge, prestado antes de la utilización de las técnicas, deberá reunir idénticos requisitos de expresión libre, consciente y formal.

Luis González Morán emplea, para titular el apartado que nos servirá en el desarrollo de este punto, la locución “las receptoras de las técnicas y los varones a ellas vinculados”, tal y como aparece en la Exposición de Motivos de la Ley 35/1988 al aludir a la necesaria revisión y valoración de los elementos que confluyen en la realización de estas técnicas. Hace notar, ya desde un principio, la diferencia existente entre el empleo en el art. 6 de la Ley 35/1988 de “las usuarias de las técnicas” y la corrección que hace la Ley 14/2006 al hablar en su art. 6 de “los usuarios de las técnicas”. Parece que ésta última es más inclusiva respecto a los varones donantes de espermatozoides o los maridos o parejas de las mujeres que se someten a dichas técnicas. El empleo del término “usuaria” o “receptora” es indiferente para nosotros en nuestro estudio, si bien parece que “usuaria” podría orientar más al hecho de ser un sujeto activo y no solamente un mero receptáculo (tal y como se ha entendido durante muchos siglos el papel de la mujer en la generación de nuevos seres humanos).

Ambas leyes coinciden al decir que las usuarias de estas técnicas son todas aquellas mujeres mayores de 18 años y con plena capacidad de obrar<sup>7</sup>, añadiéndose en la Ley 14/2006: “con independencia de su estado civil y orientación sexual”. En realidad ambas leyes señalan al mismo colectivo de usuarias, dando por zanjada, con la explicitación de la segunda, toda la controversia ética que la anterior ley despertó durante sus dieciocho años de vigencia.

En lo referente a los “varones a ellas vinculados”, ambas leyes incluyen la necesidad del consentimiento informado del marido en el caso de que la “mujer estuviera casada”, en las mismas condiciones que es exigido para las mujeres. Apenas hay una diferencia entre ambas, que viene a corregir un error conceptual de la primera: “a menos que estuvieren separados por sentencia firme de divorcio o separación, o de hecho o por mutuo acuerdo que conste fehacientemente”<sup>8</sup> es corregido por la formulación “a menos que estuvieran separados legalmente o de hecho y así conste de manera fehaciente”<sup>9</sup>. En realidad, cuando hay una sentencia firme de divorcio, la mujer ya no está casada.

El consentimiento informado que se exige para ambos cónyuges ha de ser prestado de manera “libre, consciente y expresa”, habiendo sido informados sobre los posibles riesgos para la mujer durante el tratamiento y el embarazo y supongo que incluye los riesgos para el hombre, si los hubiere, en el caso de técnicas con semen de cónyuge. También han de ser informados de los riesgos posibles para la descendencia si la madre tiene edad avanzada<sup>10</sup>. Así vemos expresado en la legislación lo referente al consentimiento informado, lo cual abarca muy diversas implicaciones y aspectos de las técnicas que deberán ser transmitidas de forma adecuada, suficiente y comprensible: las posibilidades de éxito, riesgos que puedan preverse para la gestante o para la descendencia y todos los aspectos biológicos, jurídicos, éticos y económicos.

Ya hemos comentado en el capítulo precedente del presente estudio las importantes limitaciones que puede presentar la libertad, la consciencia y también, de alguna manera, la “expresión” del consentimiento que presta una pareja que vive la dolorosa situación de la infertilidad. En todo caso, la legislación expresa la excelencia en

---

<sup>7</sup> Ley 35/1988 art. 6.1 y Ley 14/2006 art. 6.1.

<sup>8</sup> Ley 35/1988 art. 6.3.

<sup>9</sup> Ley 14/2006 art. 6.3.

<sup>10</sup> Ley 35/1988 art. 6.1, 2 y 4 y Ley 14/2006 art. 6.1, 2 y 3.

el requisito del consentimiento, asumiendo un mínimo suficiente para que el consentimiento sea, ciertamente, “libre, consciente y expreso”.

## 2. CRIOCONSERVACIÓN DE PREEMBRIONES (LEY 14/2006, ARTS. 11.5 Y 11.6)

**Ley 14 / 2006. Artículo 11.** *Crioconservación de gametos y preembriones.*

5. La utilización de los preembriones o, en su caso, del semen, los ovocitos o el tejido ovárico crioconservados, para cualquiera de los fines citados, requerirá del consentimiento informado correspondiente debidamente acreditado. En el caso de los preembriones, el consentimiento deberá haber sido prestado por la mujer o, en el caso de la mujer casada con un hombre, también por el marido, con anterioridad a la generación de los preembriones.

6. El consentimiento para dar a los preembriones o gametos crioconservados cualquiera de los destinos citados podrá ser modificado en cualquier momento anterior a su aplicación.

En el caso de los preembriones, cada dos años, como mínimo, se solicitará de la mujer o de la pareja progenitora la renovación o modificación del consentimiento firmado previamente. Si durante dos renovaciones consecutivas fuera imposible obtener de la mujer o de la pareja progenitora la firma del consentimiento correspondiente, y se pudieran demostrar de manera fehaciente las actuaciones llevadas a cabo con el fin de obtener dicha renovación sin obtener la respuesta requerida, los preembriones quedarán a disposición de los centros en los que se encuentren crioconservados, que podrán destinarlos conforme a su criterio a cualquiera de los fines citados, manteniendo las exigencias de confidencialidad y anonimato establecidas y la gratuidad y ausencia de ánimo de lucro.

Con anterioridad a la prestación del consentimiento, se deberá informar a la pareja progenitora o a la mujer, en su caso, de lo previsto en los párrafos anteriores de este apartado.

La legislación española vigente al respecto en el caso de la utilización de lo que es llamado “preembrión”<sup>11</sup> (o embrión preimplantacional) para ser utilizado por la propia mujer o su cónyuge en la donación con fines reproductivos o de investigación o para el cese de su crioconservación, afirma que se requerirá el consentimiento informado de la mujer o, en caso de ser mujer casada (tal y como he especificado en el apartado anterior) del marido que la mujer tuviera en el momento anterior a la generación del preembrión. Quiero subrayar la conjunción disyuntiva empleada, puesto que el consentimiento requerido no es el de ambos, sino el de uno u otro simplemente, tal y como vemos expresado en la ley.

Por otra parte, también la ley regula la conservación de los preembriones crioconservados, para los que requiere una renovación o modificación bianual del

<sup>11</sup> Término problemático conceptualmente, tal y como apunta J. R. Lacadena, puesto que apunta a un supuesto estadio previo a un estado que ya es de hecho, es un embrión desde el proceso de la fecundación, que aún no se ha implantado. Consciente de ello, será el término que emplee mientras haga referencia a la misma ley que lo ha acuñado, para evitar confusión.

consentimiento informado por parte de la mujer o (de nuevo) de la pareja progenitora. Recoge la ley qué hacer en caso de disparidad de criterio y juicio al respecto por parte de los dos progenitores del preembrión. El autor que venimos citando hace notar la importancia de la posibilidad de modificación del consentimiento, ya que es una oportunidad para dar solución a múltiples situaciones sobrevenidas a la pareja y apunta a la posibilidad de acordar que “fuera prevalente el derecho de la mujer o del marido para el supuesto de una eventual separación o divorcio posteriores”<sup>12</sup>.

En el artículo 15.1 a) encontramos lo que puede parecer una reiteración al art. 11.5: la necesidad del “consentimiento escrito (¿distinto de ‘consentimiento informado’?) de la pareja o (de nuevo), en su caso, de la mujer”<sup>13</sup> para la utilización de preembriones con fines de investigación. En este caso queda más desarrollado y especificado el contenido del consentimiento, que ha de incluir la “renuncia de la pareja o de la mujer, en su caso, a cualquier derecho de la naturaleza dispositiva, económica o patrimonial sobre los resultados que pudieran derivarse de manera directa o indirecta de las investigaciones que se lleven a cabo”. Desconozco si aquí “pareja” hace referencia a la mujer y al “marido, con anterioridad a la generación de los preembriones”, como afirmaba el artículo anterior, o a la actual pareja de ésta en el momento de la solicitud del consentimiento.

Si bien no es específicamente el tema que nos ocupa, encontramos en la legislación una diferenciación indirecta entre los matrimonios si son heterosexuales o bien homosexuales, diferencia que procede de la misma naturaleza que ha impuesto la diferenciación sexual para la generación de la especie. Si bien en la Exposición de Motivos de la Ley 13/2005, por la que se modifica el Código Civil, se quiere sustituir las referencias al “marido y a la mujer” por “cónyuges y consortes” (“persona casada con otra, con independencia de que ambas sean del mismo o de otro sexo”), en la presente ley que estamos analizando vemos que no es posible incluir esta sustitución a todos los aspectos de la relación matrimonial, puesto que se ve obligado a emplear, de nuevo, los términos “mujer” en referencia al “marido”, y no “cónyuges” o “consortes”.

---

<sup>12</sup> L. GONZÁLEZ MORÁN, *Op. cit.*, 700-701.

<sup>13</sup> Los paréntesis, obviamente, son míos.

### 3. TÉCNICAS TERAPÉUTICAS EN EL PREEMBRIÓN (LEY 14 / 2006 ART. 13.2. A).

**Ley 14 / 2006. Artículo 13.** *Técnicas terapéuticas en el preembrión.*

2. La terapia que se realice en preembriones in Vitro sólo se autorizará si se cumplen los siguientes requisitos:

a) Que la pareja o, en su caso, la mujer sola haya sido debidamente informada sobre los procedimientos, pruebas diagnósticas, posibilidades y riesgos de la terapia propuesta y las hayan aceptado previamente.

En este caso, entre los cuatro requisitos que la ley obliga a cumplir encontramos la debida información a la pareja de los procedimientos, pruebas diagnósticas, posibilidades y riesgos de la terapia propuesta, así como su posterior aceptación por parte de ambos. Parece que en estos casos excepcionales aún en nuestra realidad sanitaria, la ley considera al preembrión de manera similar (a los efectos) al hijo ya nacido, “menor de edad que no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención”<sup>14</sup>.

Además, hago notar que en este caso se refiere a la “pareja” (“o, en su caso, la mujer sola”) y no explícita, como en ocasiones anteriores, que sea “pareja progenitora” (art. 11.6) o “marido, con anterioridad a la generación de los preembriones” (art. 11.5). Se vuelve aquí a abrir las distintas posibilidades de relaciones de pareja, aunque no deja de ser llamativo que tampoco emplee los términos “cónyuge” o “consorte”, como apuntaba en el apartado anterior.

Llamo la atención sobre el hecho de que, en un tema bioético tan delicado como es el diagnóstico preimplantacional, la ley haya omitido toda referencia al sujeto o sujetos del consentimiento informado y en su lugar sólo exija “la autorización expresa caso a caso, de la autoridad sanitaria correspondiente previo informe favorable de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida” (art. 12.2). Todavía es más llamativo cuando, tanto el artículo siguiente (referido a técnicas terapéuticas) como el precedente (referido a la crioconservación de gametos y preembriones) sí explicitan este requisito y, además, de forma francamente distinta.

### 4. ABORTO<sup>15</sup> (LEY ORGÁNICA 2/2010, DE 3 DE MARZO, DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO)

**Artículo 12.** Garantía de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo.

<sup>14</sup> Ley 41 / 2002, art. 9. 3c), de 15 de noviembre, de Autonomía del Paciente.

<sup>15</sup> Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (BOE n. 55, 4 de marzo de 2012, 21001-21014).



Se garantiza el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en las condiciones que se determinan en esta Ley. Estas condiciones se interpretarán en el modo más favorable para la protección y eficacia de los derechos fundamentales de la mujer que solicita la intervención, en particular, su derecho al libre desarrollo de la personalidad, a la vida, a la integridad física y moral, a la intimidad, a la libertad ideológica y a la no discriminación.

**Artículo 13.** Requisitos comunes.

Son requisitos necesarios de la interrupción voluntaria del embarazo:

Primero.- Que se practique por un médico especialista o bajo su dirección.

Segundo.- Que se lleve a cabo en centro sanitario público o privado acreditado.

Tercero.- Que se realice con el consentimiento expreso y por escrito de la mujer embarazada o, en su caso, del representante legal, de conformidad con lo establecido en la Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Podrá prescindirse del consentimiento expreso en el supuesto previsto en el artículo 9.2.b) de la referida Ley.

Cuarto.- En el caso de las mujeres de 16 y 17 años, el consentimiento para la interrupción voluntaria del embarazo les corresponde exclusivamente a ellas de acuerdo con el régimen general aplicable a las mujeres mayores de edad.

Al menos uno de los representantes legales, padre o madre, personas con patria potestad o tutores de las mujeres comprendidas en esas edades deberá ser informado de la decisión de la mujer.

Se prescindirá de esta información cuando la menor alegue fundadamente que esto le provocará un conflicto grave, manifestado en el peligro cierto de violencia intrafamiliar, amenazas, coacciones, malos tratos, o se produzca una situación de desarraigo o desamparo.

Así como en los temas referentes a TRMA encontramos frecuentes referencias en los textos legales a la pareja, pareja progenitora, cónyuge, consorte... cuyo consentimiento es requerido en la mayoría de las ocasiones, en el caso del aborto el sujeto decisorio es uno solo: la mujer. En los artículos 12 y 13 de la Ley Orgánica 2/2010 sólo se hace alusión a la necesidad de proteger los derechos reproductivos de las mujeres (art. 12) para lo que se requerirá su único consentimiento informado (art. 13). Ello nos puede llevar a pensar que, del mismo modo que la procreación es cosa de dos (cuando la mujer que así lo solicita esté casada), la interrupción del embarazo, fruto del proceso procreativo de la pareja, es sólo cosa de la mujer.

Se ha argumentado que la intervención necesaria para la interrupción del embarazo se lleva a cabo exclusivamente sobre el cuerpo de la mujer, pero también es así en el caso de la FIV con semen de donante y se requiere igualmente el consentimiento del cónyuge.

En la ley vigente, no hay más circunstancias ni indicaciones que contemplar para el acceso al aborto, pues se trata de una ley de plazos. En la legislación precedente, se contemplaban tres indicaciones que quizás merezca que analicemos también con detenimiento por lo que pueda aportar a la investigación. Además, sin duda aportará datos a la reflexión en torno al *Anteproyecto de ley orgánica para la protección de la vida del concebido y de los derechos de la mujer embarazada*, que se está actualmente debatiendo y elaborando. Se trata de los conocidos supuestos contemplados por la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de despenalización del aborto en determinados supuestos: las llamadas “indicación terapéutica”, “indicación embriopática” y la “indicación criminológica”. Podemos colegir que el argumento en que se sustenta este hecho está en la salud tanto física como psíquica de la mujer, sobre la cual sólo la propia gestante tiene derecho a decidir libremente, según el art. 2.3 de la Ley 41/2002 sobre Autonomía del Paciente. En el primer supuesto contemplado, cuando existe “indicación terapéutica”, es claro y explícito el argumento y no merece más comentario. La segunda circunstancia recogida, la llamada “indicación criminológica”, también puede preverse un grave deterioro de la salud psíquica de la mujer y, además, el cónyuge de la gestante (caso que lo tuviera) no es el padre biológico del nasciturus, por lo que su consentimiento tampoco tendría ningún sentido.

Especial consideración merece la llamada “indicación embriopática”, cuyo fundamento encontramos explicitado en el FJ 11 c) de la STC 53/1985, según el cual, “el recurso a la sanción penal entrañaría la imposición de una conducta que excede de la que es normalmente exigible a la madre y a la familia. La afirmación anterior tiene en cuenta la situación excepcional en se encuentran los padres y especialmente la madre...”. El principio de no exigibilidad al que se alude incluye el tener que soportar las cargas de diversa índole que supone continuar con el embarazo y tener un hijo no deseado (al menos no deseado en estas condiciones), o la obligación que asumir los deberes de guarda, custodia y educación de quien va a nacer con malformaciones. Consideremos que la mayoría de estas conductas “no exigibles” mencionadas incumben tanto a la gestante como al cónyuge. En este caso, no debería extrañarnos el hecho de que no sean pocos los casos que se dan importantes diferencias de criterios entre los cónyuges a la hora de tomar una decisión al respecto, aunque en la mayoría de los casos, en nuestro medio, suele prevalecer la decisión de la madre.

Se trata de un conflicto de intereses: por un lado el del *nasciturus* (su derecho a la vida) y, por otro, los intereses de los padres y especialmente la madre (intereses emocionales, libertad, libre desarrollo de su personalidad...). No entraré en el amplio debate que este argumento ha suscitado, pues no es tema de nuestro estudio, simplemente apunto que la insoslayable presencia del cónyuge en cualquier tipo de justificación o argumentación (tal y como hemos visto) hace difícilmente explicable su ausencia en el ordenamiento jurídico referente al aborto.

Consideración aparte merece el estudio de la validez del consentimiento prestado por una mujer embarazada menor de edad, incapaz de hecho o incapacitada legalmente, pero ello nos llevaría por derroteros muy lejanos a la cuestión central que nos ocupa: las decisiones de pareja y su tratamiento en el ordenamiento jurídico español. En tales casos, la normativa vigente señala que el consentimiento informado lo prestarán las personas vinculadas a las mujeres incapaces de hecho por razones familiares, el representante legal en el caso de incapacitadas legalmente. En el caso de menores de edad (menor maduro), bastante se ha discutido sobre el art. 13 anteriormente citado, según el cual: "En el caso de las mujeres de 16 y 17 años, el consentimiento para la interrupción voluntaria del embarazo les corresponde exclusivamente a ellas de acuerdo con el régimen general aplicable a las mujeres mayores de edad". En este caso, nadie más que ellas tienen una palabra que añadir sobre tal decisión, ni tutores ni pareja.

### III. EL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA Y LAS DECISIONES DE PAREJA

---

En la actualidad, estamos en disposición de decir que hay un cierto acuerdo entre la reflexión ética “civil” y la moral particular tanto eclesial como de otras denominaciones cristianas o religiones sobre quienes son los sujetos implicados en la decisión responsable sobre la fecundidad del matrimonio. La decisión de tener un hijo o no tenerlo, las condiciones y técnicas empleadas para ello, el momento adecuado de tenerlo es decisión en última instancia que corresponde a la pareja. Pero esta afirmación precisa de muchas matizaciones y de un proceso de “aquilatado” que intentaremos ir realizando a lo largo del presente capítulo.

Es indudable que también la sociedad tiene mucho interés en la actuación responsable de los esposos, ya que la presencia de un nuevo ser humano o evitar su llegada tiene una serie de repercusiones sociales: posibilita la identificación del niño, crea un lugar de responsabilidad, proporciona una herencia y una historia, establece la transmisión de los bienes poseídos...<sup>1</sup> Todo ello hace que la sociedad deba intervenir activamente al servicio de la responsabilidad. Lo hace correctamente cuando ayuda a la formación de las personas dando a las parejas la información adecuada, también proporcionándoles en la medida en que sea posible, los medios para llevar a la práctica sus decisiones, siempre y cuando respete su libertad. En ocasiones, las intervenciones de la sociedad pueden ser francamente abusivas, manipuladoras o directamente

---

<sup>1</sup> A. R. JONSEN, “Un mundo feliz: la racionalidad en la reproducción”, en: D. C. THOMASMA y TH. KUSHNER, *De la vida a la muerte. Ciencia y Bioética*, Cambridge University Press, Madrid, 1999, 71.

coercitivas, imponiendo decisiones o técnicas en contra de la voluntad de las parejas, las minorías o pueblos más vulnerables<sup>2</sup>.

En lo que respecta a la relación matrimonio/sociedad, el teólogo moralista Marciano Vidal afirma que “los sujetos principales de la responsabilidad en la paternidad humana son la comunidad conyugal y la comunidad social”<sup>3</sup>. Según este autor, son los esposos, “comunidad conyugal”, los que han de emitir el juicio último sobre el ejercicio de la fecundidad, teniendo en cuenta los diversos valores y factores que entran en juego y discerniendo las circunstancias. Por otro lado, la “comunidad social”, a través de las distintas instituciones y servicios (autoridades, médicos, psicólogos, sociólogos...) tiene el derecho y el deber de informar y de crear las condiciones adecuadas para el ejercicio justo de la paternidad por parte de los cónyuges, viéndose limitadas por la misma dignidad de las personas y el inalienable valor de sus decisiones. Aunque quedan suficientemente explicitadas las distintas responsabilidades de los dos “sujetos” señalados, parece que colocarlos en un mismo nivel de importancia puede ser una afirmación desproporcionada, si bien tampoco parece que sea intención del autor, dado el desarrollo ulterior de la proposición.

En nuestra cultura, que está fuertemente sensibilizada por todo signo de libertad, todos los avances científico-técnicos que han contribuido al dominio sobre la reproducción humana han favorecido, junto con otros factores, a la demanda de autonomía en este terreno de la fecundidad. Hace apenas treinta años, el ser humano no estaba en condiciones de poder hablar de libertad en el control de la reproducción, algunos métodos de dudosa eficacia de control de la natalidad, o el aborto (realizado por el ser humano a lo largo de toda la historia) constituían toda la batería técnica de dominio sobre la fecundidad humana. En la actualidad, los hombres y mujeres han de asumir la responsabilidad, sin renunciar a ella dejando la decisión en manos de la naturaleza, del azar, o de una mal entendida providencia divina (concepto muy distinto a la actitud de confianza y esperanza). Tampoco debemos dejar que se convierta en una realidad meramente técnica, donde el amor humano, específicamente conyugal no juegue ningún tipo de papel. Es por esto que el ejercicio de la fecundidad ha de ser

---

<sup>2</sup> F. J. ELIZARI, “Procreación responsable”, en M. VIDAL, *Conceptos fundamentales de ética teológica*, Trotta, Madrid, 1992, 609-611.

<sup>3</sup> M. VIDAL, *Moral del matrimonio*, (EAS 20) PS, Madrid, 1980, 109.

profundamente humano (y no meramente técnico) al mismo tiempo que crítico (y no instintivo)<sup>4</sup>.

Pero la libertad que tanto anhela nuestra sociedad es algo muy diferente a la ausencia de condicionamientos y así lo veremos más adelante. La libertad es condición de posibilidad para que pueda haber una decisión ponderada, pero no garantiza por sí misma la calidad ética de la decisión tomada, pues ha de responder a motivos proporcionados y criterios justos. Actualmente vemos cómo los avances tecnológicos han posibilitado una mayor libertad y control sobre la vida humana. La bioética no puede conformarse con resaltar los derechos, la autonomía de los individuos o las obligaciones de justicia de los pacientes y los profesionales con relación a la sociedad. Se hace precisa una reflexión bioética que se haga responsable ante el futuro de la vida, de la cultura y del mundo.

Desde aquí, las actitudes con que esperamos la vida que va a nacer y acompañamos su venida al mundo constituyen un núcleo fundamental para la humanización del comienzo de la vida humana. La pregunta que planteamos es: “¿qué diferencia hallamos entre desear los hijos como satisfacción, reclamarlos como derecho, fabricarlos como producto o acogerlos y procrearlos como don y responsabilidad?”<sup>5</sup>.

### 1. EL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA

Para la conceptualización del principio de autonomía partiré de la formulación del modelo teórico del principialismo que encontramos en la obra de Tom. L. Beauchamp y James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, en su traducción castellana a la cuarta edición inglesa<sup>6</sup>.

Comienzan estos autores con la clarificación etimológica del término: *autonomía* deriva del griego *autos* (“propio”) y *nomos* (“regla”, “autoridad” o “ley”), empleado en un principio para hacer referencia a la autorregulación política de las ciudades helénicas independientes. En lo que a nosotros nos concierne, la autonomía personal puede entenderse como “la regulación personal de uno mismo, libre, sin interferencias externas que pretendan controlar y sin limitaciones personales, como por ejemplo una

<sup>4</sup> M. VIDAL, *Moral del matrimonio*, (EAS 20) PS, Madrid, 1980, p. 108.

<sup>5</sup> J. MASÍÁ *Bioética y Antropología*, (Cátedra de Bioética n. 3), U. P. Comillas, Madrid, 2004, 133-134.

<sup>6</sup> T. L. BEAUCHAMP y J. F. CHILDRESS, *Principios de ética Médica*, Masson, Barcelona, 1999 (edición inglesa publicada en 1994 por Oxford University Press).

comprensión inadecuada, que impidan hacer una elección”<sup>7</sup>. En realidad, hemos de puntualizar que la libertad y la misma conciencia personal no tienen valor porque puedan dar respuesta a nuestros deseos; su valor, en sentido fuerte, nace de la diferencia que establecen entre una vida que merece ser vivida y otra que no merece siquiera ser calificada de humana y digna. Así entendida, podemos decir que mediante la autonomía, el ser humano obedece a su propia voluntad racional y no a otra instancia externa, de tal forma que se convierte en su propio legislador, colegislador con todos los seres racionales y libres, dentro de una sociedad en que cada persona tiene dignidad<sup>8</sup>.

Prácticamente todas las teorías existentes sobre autonomía coinciden en admitir la existencia de dos condiciones esenciales: por un lado, la libertad (actuar independientemente de las influencias que pretenden dominar) y, por otro, “ser agente”, es decir, tener la capacidad de actuar intencionadamente. Tal y como señalan J. J. Ferrer y J. C. Álvarez<sup>9</sup>, en la obra *Principles of Biomedical Ethics*, sus autores señalan una tercera condición para que la acción sea autónoma: que se realice con conocimiento, es decir, la comprensión.

Las acciones, por un lado, pueden ser intencionadas o no serlo, aunque quepa decir que puede haber una mayor o menor intencionalidad en ellas. Por otro lado, en lo que respecta a las otras dos condiciones (la libertad y la comprensión), podemos establecer una amplia gradación de la autonomía en función de cómo estén garantizadas o se puedan cumplir cada una de estas dos condiciones. Los autores afirman que para que una acción sea realmente autónoma no es preciso que se den la libertad y el conocimiento de forma total, sino que será suficiente un cierto grado de ambas. Pero encontramos entonces la dificultad en establecer un consenso entre lo que sería un grado suficiente o insuficientes de éstas, habrá que señalar en cada caso y en cada contexto concreto los objetivos específicos marcados para así poder poner un límite en la amplia gradación establecida. En las decisiones concernientes al campo de la fecundidad el grado de comprensión y libertad requerido para considerarlas realmente autónomas será elevado debido a las importantes consecuencias en la vida personal y conyugal, en la misma identidad de los sujetos (nueva autocomprensión por la maternidad-paternidad), y las muchas consecuencias económicas, sociales, culturales...

---

<sup>7</sup> *Ibidem*, 113-114.

<sup>8</sup> A. HORTAL, *Ética general de las profesiones*, Desclée de Brouwer, Bilbao, 2002, 132-133.

<sup>9</sup> J. J. FERRER y J. C. ÁLVAREZ, *Para fundamentar la bioética. Teorías y paradigmas en la bioética contemporánea*, (Cátedra de Bioética 8), Desclée de Brouwer-UPCO, Madrid 2003, 125-130.

Son decisiones que pueden ser consideradas trascendentales en la vida de las personas, para las que, siguiendo a nuestros autores, padres del principialismo, se requieren decisiones “suficientemente autónomas”, reconociendo que nunca lo serán por completo.

Es importante, llegados a este punto, posicionarnos en el debate establecido entre la compatibilidad o incompatibilidad de la autonomía con la autoridad (política, eclesial, sanitaria, familiar...) o la comunidad de pertenencia. No son pocos los autores que defienden su incompatibilidad, debido a que la persona autónoma debe actuar única y exclusivamente desde sus propios criterios, mientras que someterse a cualquier tipo de autoridad implicaría perder su autonomía.

Beauchamp y Childress defienden la compatibilidad de ambos conceptos, puesto que el mismo sujeto puede ser autónomo para decidir si acepta o no seguir los criterios marcados por la institución, tradición o comunidad a la que pertenece. Además, una serie de principios, criterios, valores o normas morales pueden ser compartidos por una comunidad o cualquier otro tipo de colectivo sin que ello signifique que estos principios no formen parte del elenco de principios propios (o, mejor dicho, apropiados) de cada individuo que forma parte de dicho colectivo. Sí puede ocurrir que, en algún caso, autonomía y autoridad sean incompatibles, por ejemplo cuando la autoridad no ha sido aceptada o delegada debidamente.

También hemos de tener en cuenta que la autonomía es fuente y legitimación de pluralismo dentro de cualquier sociedad, puesto que se ha entendido este principio como la no interferencia de unos en las vidas, acciones y decisiones de los otros, con la excepción de aquellas interferencias que sean expresamente deseadas o aceptadas por los mismos sujetos. Es a partir de aquí desde donde se podrán fundamentar algunas voces discordantes a la radicalidad del principio de autonomía.

Serán algunas éticas feministas las que hagan una crítica desde la misma raíz a las teorías éticas fundamentadas en la autonomía. Dirán que no constituyen una teoría ética realista, pudiendo llegar a ser incluso una propuesta perniciosa que considera la autonomía de manera radicalmente individualista e inflexible y, por tanto, poco equilibrada, puesto que la vida en comunidad y las múltiples y complejas relaciones humanas constituyen la base para el correcto desarrollo de todo ser humano. La



propuesta de estas bioéticas feministas las desarrollaremos más detenidamente en el siguiente apartado.

A partir de aquí, hemos de considerar el principio de *respeto a la autonomía*, ya que es distinto ser un individuo autónomo que ser respetado como sujeto autónomo. Este principio exige que se reconozca el derecho de la persona que es capaz de decidir autónomamente (sujeto moral) a tener sus propios criterios, a hacer sus propias opciones y a obrar en consonancia con los valores y creencias personales. Podemos formular negativamente este principio: “las acciones autónomas no deben ser limitadas ni controladas por otros”<sup>10</sup>, pero a esta formulación debe ser especificada desde la explicitación de las excepciones legítimas, ya que se trata de un principio “prima facie”. Las exigencias formuladas en positivo de este principio formarían parte del ser respetuosos ofreciendo información y la toma de decisiones autónomamente, hecho que tiene multitud de concreciones en el proceso informativo de los pacientes, en la oferta de diferentes alternativas (diagnósticas o terapéuticas) accesibles al sujeto... Los autores señalan las siguientes exigencias: 1) decir la verdad; 2) respetar la intimidad de los demás; 3) proteger la información confidencial; 4) obtener el consentimiento de los pacientes para las intervenciones y 5) ayudar a los demás a tomar decisiones importantes cuando se nos pida<sup>11</sup>.

## 2. EL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA EN LAS DECISIONES DE PAREJA

En lo que concierne al proceso de toma de decisión encaminado a la concepción intervienen, como hemos visto en el capítulo anterior, muchos factores de diversa índole. Es importante anotar, desde un primer momento, dos consideraciones que valoro claves en la comprensión de la tesis que pretendo desarrollar:

- a) En el proceso de toma de decisión conceptiva hay tres grandes etapas:
  - I. La Etapa de concepción: bien mediante cópulas una vez abandonados todos los métodos anticonceptivos, o bien mediante técnicas de reproducción humana asistida (RHA).
  - II. La Etapa de gestación: en la que durante nueve meses será la mujer la que adquiera todo el protagonismo.

<sup>10</sup> *Principios*, 118.

<sup>11</sup> *Principios*, 120.

III. La muy larga etapa final de maternidad/paternidad: incluye la aceptación y consecución de todas las responsabilidades y obligaciones adquiridas (afectivas, legales, económicas, educativas...) durante años o incluso durante toda la vida.

b) En cada una de estas etapas, el sujeto sobre el que recaen las consecuencias de la decisión tomada va cambiando, y con ello, la simetría/asimetría relacional y en la comunicación que se va dando a lo largo de todo el proceso. De este modo tenemos:

I. Etapa de concepción: de forma habitual es una etapa en la que se puede y debe dar una perfecta simetría relacional y en la toma de decisiones, así ha de ocurrir cuando se ha decidido interrumpir el empleo de métodos naturales o cuando la pareja ha de someterse a las técnicas de inseminación artificial homóloga. También así puede y debería ser cuando se decide abandonar el empleo de métodos anticonceptivos artificiales (aunque sabemos que no siempre se da), o cuando la mujer ha de someterse a técnicas de inseminación artificial heteróloga o a cualquier otro tipo de técnicas de reproducción humana asistida (si así no fuera, aparece un gran riesgo de ruptura del vínculo matrimonial).

II. Etapa de gestación: en esta etapa la asimetría es clara, puesto que es la mujer la que experimenta grandes transformaciones en su cuerpo y percibe una nueva vida que crece dentro de él (tema que desarrollaré más adelante). Si bien la simetría en esta etapa constituye la excelencia y el ideal a perseguir para mantener una buena "salud matrimonial", la asimetría en pro de la gestante está justificada y legitimada, incluso por ley. Es claro en las decisiones abortivas, en el empleo de técnicas de diagnóstico prenatal o en cualquier otra intervención sobre el embrión-feto durante el período gestacional.

III. Etapa de maternidad/paternidad: de nuevo encontramos la necesidad de restaurar la simetría y también así trata de asegurarlo la legislación. El cariño, la educación, la salud, y todo el bienestar del nuevo ser humano es cosa de dos, que no puede (legalmente) ni debe (moralmente) eludirse.

Una vez delimitado y clasificado el contenido del tema que nos ocupa, estamos en condiciones de afirmar que el principio de autonomía en el ámbito bioético del principio

de la vida, incumbe a la pareja a lo largo de todo el proceso, y más específicamente a la mujer en la etapa gestacional para todas aquellas intervenciones que sobre ella hayan de realizarse, lo cual no excluye la existencia de decisiones dialogadas y consensuadas con el varón, lejos de ello, su ejercicio conduce a la verdadera excelencia en la relación y comunicación conyugal.

Destacar la sensibilidad y aportación de la mujer, su peculiaridad y especificidad, sus matices, respecto del tema de la responsabilidad sobre la natalidad, no significa despreciar la visión masculina, pues ambas son complementarias. El ser humano por entero está formado por el varón y la mujer y la comprensión de la realidad nunca será completa si se prescinde de uno de los dos. No se trata de tenerse en cuenta mutuamente, sino que la participación en la decisión reproductiva por parte de ambos ha de ser activa, personal y propia<sup>12</sup>. Hemos de tener en cuenta que, durante siglos, la aportación femenina ha sido obviada y acallada. Es importante ahora cederle la palabra sin obviar ni acallar la voz masculina.

Algunos autores afirman que las técnicas de reproducción humana asistida (RHA), por ejemplo, no suponen de forma absoluta un logro para la mujer, puesto que para ésta comporta un alto costo, no sólo en lo referente a la salud física, con los riesgos conocidos de carcinogénesis ovárica o endometrial, sino también en lo que respecta a su bienestar psíquico cuya afectación es franca, tal y como lo objetivan los estudios que demuestran que un fracaso de la Fecundación in Vitro (FIV) es asumido por la mujer con la misma conmoción que un divorcio o la muerte de un ser querido. Además, hemos de considerar que la “sacrificada” participación de la mujer puede resultar injusta o, al menos, desequilibrada o desproporcionada, ya que la causa femenina de esterilidad constituye tan sólo la mitad de los casos<sup>13</sup>.

### **3. LÍMITES DEL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA EN LAS DECISIONES DE PAREJA**

Como ya he señalado en el primer apartado del presente capítulo, la participación de la mujer en las diversas técnicas relacionadas con la reproducción humana en su etapa de concepción y gestación, está condicionada por múltiples factores (biológicos, sociales y éticos, entre otros), que apenas han sido analizados en profundidad, pues se

---

<sup>12</sup> GRUPO MARÍA, “Una mirada de mujer a la *Humanae vitae*”, *Sal Terrae*, 96/7 n. 1.125 (2008) 587.

<sup>13</sup> F. VERGARA, F. ABEL, J. M. MARTÍNEZ, D. ALVAREZ, C. COL, J. GONZÁLEZ-MERLO, S. MATEU y J. ZAMARRIEGO, “Bioética y Reproducción Asistida”: *Progresos de Obstetricia y Ginecología* vol.10 n. 44 (2001) 397-415.

asume la imposición natural de lo imprescindible de su papel. Hemos de partir del hecho de que ya el principio de autonomía en estos casos puede verse afectado, puesto que la mujer tiene que aceptar el proceso sin reservas, cumpliendo con una obligación que le es difícil eludir sin rebelarse a su propia condición, natural o impuesta, que en esta ocasión le perjudica notablemente.

Las graves limitaciones que el principio de autonomía puede presentar se ponen de manifiesto en su explicitación formal a través del consentimiento informado: ¿cuándo es suficiente la información para la mujer y su pareja? ¿es la situación de infertilidad, dentro de un clima social que exige el cumplimiento de su “misión reproductiva”, un contexto adecuado donde poder esperar un analítico discernimiento de la información que se ofrece? Probablemente, la íntima voluntad de la mujer (y su pareja) no coincida con la expresada a través de su conducta. Hoy existen otras posibilidades de curación de la situación de sufrimiento y dolor generados por la infertilidad de la pareja, como puede ser el tratamiento psicológico que llevara a una conformidad y a una aceptación de su realidad. Pero, francamente, este tipo de tratamientos ni siquiera se intenta porque es más difícil llevarlo a cabo que tener un hijo mediante técnicas de RHA.

### **3.1. Comprensión liberal del principio de autonomía**

La propuesta ética sobre el principio de autonomía en las decisiones concernientes al principio de la vida que he presentado como presupuesto de comprensión para el presente estudio, no siempre ha sido acogida. Aún hoy, existen amplios sectores sociales y del mundo de la reflexión bioética que parten de una muy diversa valoración del sujeto moral de este tipo de decisiones. Ya en los años setenta del pasado siglo, algunos movimientos feministas abanderaban la exigencia de autonomía y libertad reproductiva, de tal forma que todos los aspectos relacionados con la reproducción y el deseo de tener un hijo debían ser decididos y determinados por la mujer misma sin que pudieran intervenir ni el hombre, ni el Estado, ni ninguna otra institución. Así, cualquier mujer puede sopesar las diferentes técnicas, una vez informada sobre ellas y, a continuación, decidir por sí misma o con su pareja si la tiene y si así lo desea. Dentro del contexto de la medicina reproductiva, esta exigencia de autonomía fue asumida indirecta y acriticamente.

La autonomía así entendida, es el principio que está detrás de la base de sustentación del consentimiento informado: una “paciente autónoma”, informada amplia

y objetivamente sobre las intervenciones diagnósticas y terapéuticas, puede decidir “autónomamente” a qué procedimientos va a recurrir así como los resultados que pretende obtener de ellos. Pero esta concepción de la autonomía no hace más que exculpar al sistema de toda responsabilidad, degenerando (como todos sabemos empíricamente) en una mera formalidad. Esta “retórica” de la autonomía no hace más que ocultar un hecho constatado: que las decisiones “autónomas” de las mujeres en el ámbito reproductivo están profundamente marcadas por un reparto asimétrico de información y poder, dependiendo en gran medida de las valoraciones sociales (como puede ser la valoración de la discapacidad, de los padres de un hijo discapacitado, de las condiciones generales de la sociedad...). Es la instrumentalización de la autonomía, un gran límite para este principio que estamos obligados a respetar y fortalecer<sup>14</sup>.

Ciertos sectores de la bioética feminista (entre los que se encuentran las autoras citadas) ponen en cuestión esta comprensión que califican de liberal del principio de autonomía, que influye profundamente en numerosas teorías bioéticas, en la práctica médica en general y también en la regulación jurídica de todos estos actos. Ponen de relieve que dicha comprensión parece obviar el hecho objetivo de las asimetrías de poder en que todos estamos insertos en esta sociedad (más aún las mujeres gestantes), nuestra historia personal, la experiencia de cada uno, las referencias vitales y el universo de valores por el que nos regimos. He de señalar que este último hunde sus raíces en una historia cultural, social o religiosa que nos precede y envuelve en todas nuestras dimensiones y de la que no podemos sustraernos.

Termino este apartado con un ejemplo práctico. En los últimos treinta años ha habido una verdadera revolución en las técnicas abortivas. Cada vez es más fácil abortar, con menos repercusiones físicas, sobre todo en las semanas incipientes de gestación, las técnicas preimplantatorias son tan sencillas como tomar dos pastillas, las repercusiones legales son prácticamente nulas y las económicas cada vez menores. Ciertamente, hay una mayor libertad para tomar la decisión abortiva, pero ello ha ido de la mano de un cambio sustancial en el modo de percibir el embrión o el feto<sup>15</sup>. Es un hecho que en

---

<sup>14</sup> Sigo en este punto a R. AMMICHT-QUINN, M. BOBBERT, H. HAKER, M. HEIMBACH-STEINS, U. KOSTKA, D. MENSINK, M. SCHMEDDERS, S. SCHMIDT y M. SCHNEIDER, *Las mujeres en la práctica de la medicina reproductiva y en el discurso bioético: Concilium* n. 314 (febrero de 2006) 150-151. Las autoras son un grupo de mujeres católicas entre las que se encuentran teólogas, una bióloga especialista en ciencias de la salud y una especialista en ciencias políticas.

<sup>15</sup> J. MASIÁ, *Bioética y Antropología* (Cátedra de Bioética n. 3), U. P. Comillas, Madrid 2004, 131-132.

nuestra cultura ya casi nadie los considere seres humanos (omito la discusión sobre el “ser personal” del no nacido, ya que casi ningún sector social bioético reconocido lo defiende) y, por tanto, las consideraciones morales de este hecho en la mujer no difieren mucho de las derivadas de una intervención de cirugía estética o reparadora. Podemos comprender entonces el hecho de que no sean pocas las mujeres que han llegado a someterse hasta a diez y once interrupciones voluntarias del embarazo sin haber dedicado una sola consideración ética sobre ello, más allá del tema económico, profesional, familiar o social. Ayer, un aborto podía dejar secuelas psíquicas en la mujer, en algunos casos, semejantes a la de haber cometido un asesinato. Y es que, como vemos, no somos tan autónomos en nuestras decisiones como muchos creen.

### **3.2. La beneficencia como límite: el paternalismo**

La necesaria relación entre la mujer y los profesionales sanitarios que intervienen en los procedimientos reproductivos, anticonceptivos o abortivos apuntan a otro límite del principio de autonomía, muy en entredicho durante el pasado siglo XX y con actuales intentos de recuperación con matices<sup>16</sup>: el paternalismo, fruto del principio de beneficencia mal entendido.

Históricamente, ya desde los inicios kantianos de la autonomía del individuo, se había articulado este principio con el de no maleficencia, puesto que sólo la libertad de los demás y el daño que se les pueda causar por el ejercicio de mi propia libertad constituirían verdaderos límites al principio de autonomía o de libre decisión de las personas. Posteriormente el tema de debate giró hacia el conflicto existente entre beneficencia y autonomía, puesto de manifiesto en el paternalismo que pueda surgir de toda relación asimétrica que se establezca entre el sujeto de la decisión (la mujer o la misma pareja) y el profesional sanitario –asimetría en saber y poder- o también su pareja, cuando existen asimetrías afectivas en términos de dominación o imposición.<sup>17</sup>

El profesional sanitario tiene como objeto principal de su profesión proporcionar bienes y servicios desde una preparación científica de muchos años y una dedicación innegable en la mayoría de los casos. Este hecho hace que necesariamente la relación que se establece entre éste y la mujer (o la pareja) sea necesariamente jerárquica,

---

<sup>16</sup> Al respecto, una visión actual encontraremos en: J. DE LA TORRE, “La recuperación del paternalismo en la relación médico-paciente”, en: VV. AA., *Los avances del Derecho ante los avances de la Medicina*, Aranzadi, Madrid 2008.

<sup>17</sup> A. HORTAL, *Ética general de las profesiones*, Desclée de Brouwer, Bilbao 2002, 131-149.

protectora en muchos casos y sobreprotectora también en ocasiones. Es entonces cuando hablamos propiamente de paternalismo.

Pero el paternalismo, como ya he apuntado, no es patrimonio exclusivo de los profesionales sanitarios, sino que puede ponerse de manifiesto en cualquier individuo, colectivo o institución que se atenga al principio de beneficencia sin respetar el de autonomía, siempre que esté justificado por cualquier relación de poder, influencia o dominación social y culturalmente legitimadas. Podemos encontrar actitudes o acciones paternalistas en el cónyuge (o incluso el mismo padre) respecto de la mujer en sociedades política, religiosa y culturalmente machistas; en el profesional sanitario, en el líder religioso o acompañante espiritual, en el gobernante político o líder ideológico... respecto de la mujer o la misma pareja, sujeto de la decisión reproductiva.

En nuestra sociedad se da por supuesto que los individuos mayores de edad son autónomos, tienen criterio propio y no están sometidos a los criterios de otros. Sobre este supuesto se sustenta nuestra legislación y muy especialmente desde la Ley de Autonomía del Paciente 41/2002 y todas las leyes sanitarias posteriores que más adelante analizaremos. Pero no hemos de cerrar los ojos a la realidad que es muy distinta y está llena de servilismos que, en muchos casos, se ocultan tras el común deseo de decidir libremente: imposiciones, manipulaciones, seducciones... hacen que la autonomía sea diferente en unos que en otros y se dé de forma diversa en unos momentos de la vida de cada persona que en otros.

### **3.3. La mujer y su concepción del cuerpo**

Es la mujer la única que posee la capacidad fundamental de tener hijos, engendrarlos y posibilitar su crecimiento y desarrollo en el interior de su cuerpo durante los nueve meses de gestación. Además, a lo largo de la dilatada etapa de vida fértil de la mujer (de 35 a 40 años de su vida) la mujer experimenta mensualmente numerosos cambios físicos y psíquicos, correspondientes a los más o menos regulares ciclos hormonales, que le recuerdan esta capacidad generadora de vida en su propio cuerpo. Este hecho supone para todas ellas un interrogante y una oportunidad que indudablemente adquiere en su vida un valor distinto (no mayor ni menor, mejor ni

peor, simplemente distinto) del valor que esta capacidad de tener descendencia tiene en la vida de los varones<sup>18</sup>.

Tradicionalmente, probablemente en relación con esta realidad que hemos descrito, han sido las mujeres las que han asumido las competencias y profesiones dedicadas a la asistencia, cuidado, limpieza y salud de los cuerpos de otros<sup>19</sup>. En una concepción dualista de la sociedad, donde todo se divide en espíritu y cuerpo, orden y caos, ámbito público y privado, cultura y naturaleza... se tiende a considerar los primeros términos de cada par con un valor mayor que los segundos, atribuidos y relacionados tradicionalmente con el mundo masculino y femenino respectivamente. Las autoras citadas consideran que la identificación de mujer y cuerpo responde a una pretensión moral de conexión de ésta con la sexualidad, que debe ser controlada y regulada en su higiene y en su ejercicio. Si hasta hace escasas décadas este control y esta regulación se expresaba en el ejercicio de la sexualidad femenina o bien en la castidad, hoy su expresión más generalizada se lleva a cabo a través de la estética y la función del cuerpo.

Esta novedad histórica descrita lleva a la mujer de hoy a ejercitarse en el culto al cuerpo, lo cual supone un desprecio latente al mismo tiempo que una fuente asegurada de frustración y complejo ante la posibilidad de no responder a los cánones estéticos vigentes o de ser portadoras de cualquier tipo de disfunción reproductiva. De nuevo, la libertad y con ello el principio de autonomía puede verse seriamente limitado por esta realidad.

Hoy la imagen de maternidad existente en nuestro medio es la de una mujer sana, madre de un hijo sano y deseado en el momento más oportuno afectiva, económica y profesionalmente y que, una vez finalizada la gestación, no presenta en su cuerpo ninguna secuela física y estéticamente significativa de la maternidad. Todo lo que pueda salirse de este canon, constituye en la mujer una experiencia aún mayor de pérdida de control y regulación de su propio cuerpo (no asumida como la pérdida "normal" de control que toda gestación y maternidad provoca). La influencia de todo ello en las decisiones referentes a la esterilidad, las técnicas de reproducción humana asistida, o en

---

<sup>18</sup> También en el desarrollo de este límite al principio de autonomía sigo a R. AMMICHT-QUINN, M. BOBBERT, H. HAKER, HILLE ET AL, *Op cit.*, 147-149.

<sup>19</sup> No entro aquí en el análisis del hecho por el que tradicionalmente la medicina ha sido una profesión exclusivamente de varones, mientras que actualmente las facultades de medicina y hospitales de nueva creación están constituidos mayoritariamente por mujeres.



el diagnóstico prenatal es clara. Además, las mujeres pueden identificar todas estas técnicas con una forma extrema de control y regulación del cuerpo en su función generadora de vida (reproducción sin sexualidad).

### 3.4. Reflexión histórica

Es importante también fundamentar la reflexión en el modo en que a lo largo de la historia las parejas (de muy diversa índole en su concepción, extensión o institucionalización) o bien los individuos han llevado a cabo el tipo de decisiones que nos ocupan. De nuevo serán las decisiones anticonceptivas<sup>20</sup> las que nos acerquen al ámbito de las decisiones de pareja, esta vez en la antigüedad.

Angus McLaren<sup>21</sup>, en su detallado estudio acerca de la historia de la anticoncepción, parte de la base de que el deseo de control de la población no se limita a un tiempo o a un espacio, sino que es una característica universal de la vida social. Así, tanto las ideas y prácticas de control de la fertilidad como los cambios en la configuración familiar y el papel social de ambos sexos se afectan mutuamente<sup>22</sup>. Parece que el control de la fertilidad ha constituido a lo largo de la historia “un símbolo y un síntoma de cambios en las relaciones de los hombres hacia las mujeres y de la familia hacia la sociedad”<sup>23</sup>. Los distintos métodos empleados responden a muy diferentes motivaciones, a cambios en los conceptos de maternidad o paternidad, a cambios en el valor económico de los hijos, a las influencias de la comunidad y la Iglesia en las decisiones sobre la reproducción. Y todo ello se impone como un límite a tener en cuenta en nuestra reflexión acerca del principio de autonomía, de cuño moderno.

A partir de aquí, las decisiones relativas a la reproducción tienen, según este autor, mayor importancia para las mujeres que para los varones. En occidente, concretamente, la procreación es el resultado de prerrogativas y objetivos opuestos entre los sexos. La sexualidad occidental ha sido entendida exclusivamente como el ejercicio del coito heterosexual ininterrumpido, mientras que otras formas de actividad sexual han sido

---

<sup>20</sup> También las abortivas, pero a lo largo de la historia vemos que en muchas ocasiones se ha entendido el aborto como un modo peculiar de anticoncepción, con características peculiares, que comportaba un mayor riesgo para la vida de la mujer. Así fue, sobre todo, antes de la irrupción del cristianismo y en los distintos estratos sociales.

<sup>21</sup> Seguiré básicamente la reflexión llevada a cabo desde el análisis histórico de la anticoncepción de: A. McLAREN, *Historia de los anticonceptivos. De la antigüedad a nuestros días*, Minerva, Madrid 1993.

<sup>22</sup> *Ibidem*, 14.

<sup>23</sup> *Ibidem*, 21.

reprimidas (es lo que constituye la ideología sexual). Se pone de manifiesto que las relaciones entre ambos sexos han sido de dominación, pero el poder reproductor se encuentra, ciertamente, en manos de las mujeres, pues son las que, de forma prohibida y oculta, han tratado (y conseguido en no pocos casos) de controlar la fertilidad<sup>24</sup>.

A continuación, paso a reseñar algunas concreciones históricas de esta importante limitación histórica:

- En la antigua Grecia parece constatarse que existía acuerdo entre mujeres y hombres sobre la necesidad de intentar la limitación de nacimientos en ocasiones, pero ciertamente que no parece que existiera acuerdo en el “cómo” ni en el “por qué”. Centrar esta reflexión en los métodos que mayoritariamente aparecen reflejados en los escritos, nos devuelve a la discusión sobre la preeminencia de la esfera pública sobre la privada (aborto o abandono de niños sobre el uso de brebajes como método anticonceptivo). Así, los hombres centraban el “por qué” en la defensa del patrimonio y apostaban por su propio derecho al abandono de niños. Las mujeres, por el contrario, experimentaban con diferentes anticonceptivos orales o el aborto, pues les confería una mayor independencia a la hora de afrontar problemas tales como su propia salud o la de sus hijos<sup>25</sup>.

- También en el mundo romano de principios de nuestra era, a pesar de los intereses imperiales por aumentar la población, había un interés compartido por mujeres y hombres por limitar el número de hijos, aunque también los motivos presentados eran diversos: el hombre, por reducir el número de hijos entre los que dividir sus bienes; la mujer, de nuevo, por su propia salud. El método más fácilmente empleado era la abstinencia sexual (puesto que además pensaban que era beneficioso para la salud)<sup>26</sup>.

- En los primeros siglos, el cristianismo no instituyó nuevas formas de matrimonio, pero sí añadió a las existentes en el imperio romano nuevas reglas como la bendición. La familia comenzó a ser, más que nunca, la unidad esencial de producción y reproducción. En principio, parece que el cristianismo cambió el matrimonio por imposición y consumado con la violación de la esposa (costumbre romana) por la “invención” de la

---

<sup>24</sup> *Ibidem*, 18.

<sup>25</sup> *Ibidem*, 49-50.

<sup>26</sup> *Ibidem*, 71-72.

igualdad conyugal. Pero la realidad era otra, ya que tanto en el cristianismo como en toda la cultura clásica se continuó fomentando la sumisión de la mujer hacia el hombre. Con todo, el deseo de las mujeres de controlar su propio cuerpo se mantuvo<sup>27</sup>.

- Es importante señalar el cambio en la institución familiar que acaece en la Edad Moderna<sup>28</sup>: se pasa de la familia autoritaria e instrumental del siglo XVI, marcada por los matrimonios concertados y la subordinación de las mujeres, a la familia sentimental igualitaria de finales del siglo XVIII, con relaciones más cercanas entre los esposos y la preocupación por el bienestar de los hijos.

Según A. McLaren la debilidad más patente de la institución familiar a lo largo de la historia es precisamente su desprecio a la participación activa de las mujeres en las decisiones relacionadas con la reproducción. Más de veinte siglos de historia “anti-autónoma” constituyen un límite sólido a este casi recién estrenado principio de autonomía.

### 3.5. Desde la ética cristiana: el Amor como límite

Voy a terminar este apartado dedicado a los límites del principio de autonomía presentando la gran objeción cristiana al mismo. La propuesta ética cristiana encuentra su eco en amplios sectores de nuestra sociedad, en todos aquellos que hacen de su fe en el Dios de Jesucristo principio configurador de sus decisiones éticas, sobre todo en los temas concernientes a la vida humana y ésta especialmente amenazada y vulnerable como lo es en sus inicios.

De la mano de E. Pellegrino y E. D. Thomasma<sup>29</sup> (médico y filósofo respectivamente, norteamericanos y profesores en universidades de la Compañía de Jesús) vemos que, desde una perspectiva cristiana, la autonomía es un principio limitado por el Amor. La noción de creación cristiana, por la que todo ha sido creado por Cristo y en Cristo, por y para el amor, convierte a la vida en un don de este amor de Dios del que cada uno de nosotros sólo podemos reconocernos administradores, de tal forma que no cabe cualquier decisión bajo el único sometimiento de la propia libertad. La concepción moderna (desde Kant y Locke) de autonomía no tendría lugar en la ética cristiana, según estos autores.

---

<sup>27</sup> *Ibidem*, 116-117.

<sup>28</sup> *Ibidem*, 174.

<sup>29</sup> E. D. PELLEGRINO y D. C. THOMASMA, *Las virtudes cristianas en la práctica médica* (Cátedra de Bioética n. 15), Comillas, Madrid 2008, 128-135.

Tanto Pellegrino como Thomasma son claros defensores de la ética de la virtud al presentarla como una ética al servicio del individuo, el bien y la comunidad moral concreta, mientras que las éticas principialistas son más válidas a la hora de buscar consensos públicos en sociedades cada vez más plurales. A lo largo del libro citado irán desarrollando el modo en que las virtudes teologales (y fundamentalmente la caridad) modelan las demás virtudes naturales y los principios que gobiernan las decisiones médicas, sin los cuales ya no es posible pensar la ética médica: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

La virtud del amor introduce una profunda modificación en la concepción misma de la autonomía al proporcionarle un marco de referencia que le hace salir del único individuo para hacerse sensible a las obligaciones de éste hacia la comunidad y hacia Dios. Se recupera así el concepto de libertad como libertad para hacer el bien, deseando y reconociendo el bien desde un “sentido revelado por la virtud de la prudencia y sostenido por la virtud del amor”<sup>30</sup>.

El reconocimiento de la pareja como criaturas creadas, al mismo tiempo que “cooperadores e intérpretes del amor de Dios Creador” (como veremos en capítulos posteriores del presente estudio) introduce necesariamente serias limitaciones en la concepción del principio de autonomía que estamos manejando y que habrán de tener en cuenta las mujeres y las parejas cristianas a la hora de tomar las decisiones en este campo. Si, en muchos casos, la sociedad parte del principio de que las decisiones respecto al principio de la vida conciernen sólo a la mujer (sobre todo en temas de anticoncepción y aborto, como hemos visto), la propuesta de excelencia ética de amplios sectores y también del presente estudio, amplía a la pareja el sujeto decisorio. La propuesta cristiana da un paso más, introduciendo un tercer “sujeto” que interviene en la toma de decisión y de quien parte la iniciativa de toda obra creadora, de la que la pareja se erige en cooperadora: Dios, y un Dios cristiano que es Amor. Al cómo de este proceso de decisión dedicaré un apartado en el capítulo V.

---

<sup>30</sup> *Ibidem*, 132.

#### 4. POSIBILIDADES DEL PRINCIPIO DE AUTONOMÍA EN LAS DECISIONES DE PAREJA

También, dentro del mismo concepto del principio de autonomía, en el caso concreto de las decisiones de pareja que nos concierne, encontramos algunos rasgos que merece la pena rescatar, subrayar y proponer, puesto que suponen un importante potencial al servicio de la verdadera humanización de la reproducción humana. Como veremos, los mismos límites constituyen también el germen desde donde podemos desarrollar fecundas posibilidades. Paradojas de la misma realidad humana.

##### 4.1. El principio de autonomía relacional

Ante la dura crítica que algunos sectores de la bioética feminista ha lanzado respecto de lo que consideran una comprensión liberal de la autonomía, proponen lo que llaman el “principio de autonomía relacional”. Esta concepción pone de relieve el hecho de que el individuo humano está integrado en multitud de relaciones, referencias e interacciones sociales que moldean, influyen y marcan (¿persuaden, manipulan, coaccionan? en no pocos casos, podría ser) las decisiones morales. Esta estructura relacional no constituye un límite a la libertad, ni mucho menos reduce la categoría del sujeto, sino que constituye su mismo núcleo esencial<sup>31</sup>.

A partir de aquí, podemos afirmar que las mujeres, como sujeto de decisión sobre técnicas reproductivas, constituyen un yo contextual, que vive y toma decisiones en su contexto, en sus vinculaciones y en su amplias redes relacionales. Sus decisiones, entonces, quedarán indeleblemente marcadas por su relación consigo misma, con su cuerpo, su biografía, sus relaciones personales, experiencias, las imágenes y normas sociales y, por supuesto, por las relaciones con los sanitarios y los instrumentos técnicos.

Desde esta concepción de autonomía relacional, se hace preciso poder crear ámbitos de libertad de acción en los que las mujeres puedan reflexionar en libertad sobre sus verdaderas motivaciones, imágenes, ideas, sobre las que construyen sus decisiones conceptivas o anticonceptivas (como hemos visto, esta reflexión sobre la mujer como sujeto sería más específica de la etapa gestacional, dentro del proceso de consecución del proyecto reproductivo común). También se hace necesario extender la reflexión a las responsabilidades que de esta decisión se derivan respecto de la pareja, los hijos o el futuro común. Así, la autonomía relacional trata de integrar los derechos de

---

<sup>31</sup> Sigo, de nuevo, a las autoras anteriormente citadas, R. AMMIGHT-QUINN, M. BOBBERT, H. HAKER, HILLE ET AL, *Op cit.*

los demás, y fundamentalmente los del cónyuge en este caso, en la propia decisión en libertad.

En último lugar también ponen el acento en los requisitos que la realización de su autonomía precisa: estructurales, personales, profesionales y sociales (tiempo y espacio suficientes, asesoramiento, información variada), así como la ausencia de presiones respecto de la decisión. Los ámbitos y agentes que deben responder a estos requisitos serán diversos y, de alguna manera y como en círculos concéntricos, reflejarán la implicación de toda la sociedad en la gestación de una nueva vida humana.

#### **4.2. Autonomía: horizonte hermenéutico del principio de beneficencia.**

En el apartado correspondiente a los límites del principio de autonomía señalábamos cómo el principio de beneficencia mal entendido, que no respete el de autonomía, puede constituir un límite importante a tener en cuenta en toda decisión ética. Pero el hecho de que exista conflicto evidente entre ambos principios no implica necesariamente que sean contrarios, o que donde esté presente la autonomía no puede estar presente la beneficencia (o viceversa).

A partir de esta puntualización, presentaré la propuesta que Augusto Hortal<sup>32</sup> desarrolla como posibilidad o potencialidad a explorar del principio de autonomía y que formula así: “abrir una perspectiva antropológica de una posible –no siempre fácil, no siempre exenta de posibles utilizaciones ideológicas- benevolencia que se prolonga en autonomía, y de una autonomía que acoge lo que le ha proporcionado la benevolencia: se sabe posible sólo desde ella, se sabe solidaria con el bien y se sabe comprometida con llevarlo adelante”<sup>33</sup>. Veámoslo más detenidamente.

Desde su propia autonomía, todo adulto habrá de tener en cuenta los bienes que están en juego en la acción de los que depende la decisión a tomar que, en principio, está encaminada a ser un beneficio para sí mismo. De este modo, lejos de oponerse a las imposiciones ajenas, el sujeto autónomo necesita formarse un juicio propio sobre los bienes y beneficios para llegar a una valoración adulta con la que poder tomar la decisión con un mayor o menor grado de libertad. Sin olvidar todas las esclavitudes y servilismos latentes en nuestra sociedad, como he señalado en apartados anteriores, podemos afirmar que quien solicita ayuda en su decisión a un profesional (o a su pareja,

<sup>32</sup> A. HORTAL, *Ética general de las profesiones*, Desclée de Brouwer, Bilbao 2002, 131-149.

<sup>33</sup> *Ibidem*. 145.

o a un acompañante de cualquier tipo) al considerar que solo no puede dar solución a su situación, es evidente que está más interesado en que se haga bien en lo que solicita o necesita que en su propia autonomía. Así pues, la autonomía se constituye en límite y, al mismo tiempo, horizonte hermenéutico del principio de beneficencia.

Partiendo de la afirmación de que sólo pueden entenderse cada uno de los principios después de haber comprendido las profundas relaciones existentes entre ellos, podemos descubrir que la autonomía, llevada a su núcleo absoluto, consiste en radicalizar el bien hasta llegar al que es su centro y objeto: la persona. De este modo, el bien moral consistirá en llevar a cabo un firme compromiso con el bien en sí, que es la misma persona y todo lo que contribuye a su realización personal. El bien es, pues, la dignidad de la persona, de la cual se deriva la autonomía que nos exige ser respetada.

### 4.3. Otra concepción del cuerpo es posible

La reflexión bioética no puede pasar por alto la concepción del cuerpo dominante que tiene la mujer y que hemos desarrollado en el apartado anterior, correría el riesgo de ser incompleta, parcial y carente de espíritu crítico respecto a muchos valores imperantes que la ha caracterizado durante sus más de treinta años de existencia. No se trataría de rechazar de plano el actual sistema y concepción, simplemente se trata de responder fielmente a su misión humanizadora y generadora de pensamiento en la sociedad y más concretamente en el ámbito biosanitario.

En la reflexión antropológica se tiende a distinguir entre “cuerpo” y “corporalidad”, entendiendo por “cuerpo” la realidad anatómica y fisiológica y por “corporalidad” la experiencia vivida del cuerpo como realidad fenomenológica. La corporalidad, pues, afecta a la totalidad de la persona, tanto en su exterioridad como en su interioridad<sup>34</sup>. Así, en su condición de corporalidad el hombre asume su existencia desde unas características especiales: pasividad e influjo del mundo, manifestación y ocultamiento, temporalidad, individuación permanente...<sup>35</sup> Otra concepción del cuerpo que exceda los límites físicos del propio sujeto enriquecerá, de forma evidente, toda implicación derivada del principio de autonomía.

<sup>34</sup> Muchos especialistas en antropología teológica emplean hoy la terminología “interioridad/exterioridad”, que subraya más la unidad del ser humano, frente al empleo de términos más confusos como los más extendidos de cuerpo/alma, cuerpo/espíritu.

<sup>35</sup> Estudios sobre el tema encontramos en J. B. METZ, *Corporalidad: conceptos fundamentales de la Teología*, I, Madrid, 1966; J. LÓPEZ IBOR y J. LÓPEZ IBOR ALIÑO, *El cuerpo y la corporalidad*, Madrid, 1974, 109. Citados en: M. VIDAL, *Moral de Actitudes II. Ética de la persona*, PS, Madrid 1978, 206.

En este sentido, puede ser importante la aportación que la teología de las últimas décadas (teología bíblica y antropología teológica fundamentalmente) puede ofrecer a la hora de proponer una nueva concepción del cuerpo. En el mundo bíblico existe una concepción integral del hombre, no vemos en él rastro de la concepción dicotómica helenística de la que somos herederos. Gracias a esta unidad en la constitución humana, estamos posibilitados para entrar en relación con Dios y con el mundo. Después de siglos de exageraciones, la actual valoración cristiana de la propia corporalidad está marcada por el equilibrio y la humanidad, subrayando la grandeza y la dignidad de la misma. Ya desde la famosa frase de Tertuliano “caro cardo salutis” (la carne es el quicio de la salvación) la reflexión teológica en torno a la encarnación ha dado numerosos frutos en la concepción de la corporalidad, ya que supone que la misma encarnación de Dios ha posibilitado la cercanía corporal, física, con un Dios al que se puede ver, oír, tocar en su presencia histórica en Jesús de Nazaret y sacramental-eucarística<sup>36</sup>.

Pueden ser también especialmente enriquecedores los comentarios bíblicos en torno al *Cantar de los Cantares*, libro del amor humano por excelencia del Antiguo Testamento cargado de alusiones corporales y sexuales<sup>37</sup>. En este libro, “El Mejor Cantar” como traduce L. A. Schökel<sup>38</sup>, el amor conyugal no parece conocer el pecado o la vergüenza, aunque no esté exento de fascinación. Por otro lado, también son numerosos los textos del Nuevo Testamento en los que se describe la irrupción del Reino de Dios en Cristo como salud del cuerpo, liberación de éste de las ataduras físicas, religiosas, culturales y sociales, liberación de la desconfianza, del control y la regulación que esclaviza.

#### 4.4. Posibilidades desde la historia

También la historia, desde la reflexión ya citada de Angus McLaren<sup>39</sup>, nos muestra algunos destellos de posibilidades abiertas ante las decisiones sobre el principio de la vida, más concretamente en lo referente a la anticoncepción (y aborto, como ya he especificado). En principio, vemos que antropológicamente se ha demostrado que el

---

<sup>36</sup> M. VIDAL, *Moral de Actitudes II. Ética de la persona*, PS, Madrid 1978, 207-208.

<sup>37</sup> En un magnífico libro del jesuita Daniel Izuzquiza podemos encontrar una profunda y sugerente reflexión en torno al Cuerpo de Cristo, con un capítulo dedicado a las implicaciones litúrgicas de la dimensión corporal desde la lectura de este poema veterotestamentario. D. IZUZQUIZA, *Con-spirar. Meditaciones en el Cuerpo de Cristo*, (Pozo de Siquem 197) Sal Terrae, Santander 2006, 28-36.

<sup>38</sup> L. ALONSO SCHÖKEL, *Símbolos matrimoniales en la Biblia*, Verbo Divino, Estella, 1997, 37-39.

<sup>39</sup> De nuevo, retomo a A. MCLAREN, *Historia de los anticonceptivos. De la antigüedad a nuestros días*, Minerva, Madrid 1993, 15-20.



proceso y la intención de las decisiones son frecuentemente tanto más importantes, como el resultado obtenido. Históricamente el matrimonio desempeñó el papel más obvio en la regulación de la natalidad, al mismo tiempo que se intentó reprimir la maternidad de las mujeres solteras, pues se concebía que la procreación servía a intereses familiares, no individuales. De esta forma, vemos que aún desde unas relaciones conyugales difíciles o incluso inexistentes, se ha concebido históricamente la procreación y sus consecuencias como una cuestión nuclear para la sociedad cuyos responsables son, tanto para su planificación como para su posterior cuidado, los matrimonios, de alguna manera institucionalizados.

Por otro lado, algunos modelos conyugales más paritarios o simétricos, como el modelo del “compañerismo conyugal”, propio de algunas culturas del siglo XX, son más proclives a determinadas opciones anticonceptivas desde métodos más “dependientes del coito” (preservativo o lavado vaginal, métodos del ritmo...). Cuando es patente la separación de varón y mujer en las relaciones conyugales, son éstas las que piden consejo a amigas o parientes del mismo sexo. Según este autor, independientemente de los métodos empleados y su eficacia a lo largo de la historia, la anticoncepción tiene un valor además de práctico, fuertemente simbólico: ha reforzado la solidaridad femenina, como poco, por medio del intercambio de “recetas” o brebajes que en ningún momento han quedado recogidas. Todo ello pone de manifiesto la puesta en práctica, a lo largo de la historia, de este modelo de “autonomía relacional” que en anteriores apartados he explicitado. El “yo relacional” de las mujeres ha sido ampliado, de forma soterrada, privada y en no pocas ocasiones clandestina, a una amplia red de mujeres que han transmitido sus experiencias y saberes, de boca en boca, a lo largo de los siglos.

Esta posibilidad de “solidaridad femenina” que presenta este autor la concreta en la paradoja histórica del cambio de la concepción familiar que se produce en la Edad Moderna. Así, la domesticidad que comienza a imperar en familias burguesas de Inglaterra, acompañada de una relación conyugal más íntima e igualitaria, al mismo tiempo que menos pública, llegó a limitar las opciones de las mujeres, haciéndolas más dependientes de sus parejas al verse apartada de la “comunidad femenina” circundante. Por el contrario, las mujeres francesas, que vivían un matrimonio menos simétrico y cercano, eran más libres en lo que a decisiones anticonceptivas se refiere. Retomando los datos arrojados por los estudios vistos en el capítulo anterior, vemos que

actualmente se vive una realidad semejante en algunos países africanos. La “solidaridad femenina” puede ser la mejor alternativa y la única posibilidad de ejercer la autonomía para muchas mujeres a las que por ley o por cultura ésta se les niega.

#### 4.5. Ensanchar la autonomía en el Amor

Lo que E. D. Pellegrino y D. C. Thomasma presentan como un límite claro del principio de autonomía, el Amor, también se nos revela como una propuesta cristiana que puede llevar a la mujer y a la pareja hacia posibilidades que podríamos calificar de ilimitadas (o santas, si hacemos uso de términos religiosos).

La autonomía iluminada (ya no limitada) por el amor reconoce la soberanía de Dios sobre todo lo creado y entiende al individuo como miembro de una comunidad de hermanos en el Señor. La esterilidad de una pareja, la nueva vida que nace (sana o discapacitada), el sufrimiento y la alegría que acompaña a toda decisión sobre el principio de la vida es incorporado a toda la comunidad, al mismo tiempo que adquiere un valor salvífico al identificarse con el mismo sufrimiento y pasión de Cristo. De este modo encontramos, por ejemplo, una alternativa al imperativo tecnológico, según el cual todo lo que puede hacerse para superar la esterilidad, debe hacerse. Ya hemos visto en apartados anteriores que no faltan voces que denuncian que esta situación supone un sometimiento más para la mujer y no un camino llano hacia la deseada liberación.

En esta misma línea se manifiesta el Magisterio eclesial a través de la propuesta que la encíclica *Donum vitae* hace para todas aquellas parejas estériles: “Los esposos que se encuentran en esta dolorosa situación están llamados a descubrir en ella la ocasión de participar particularmente en la cruz del Señor, fuente de fecundidad espiritual”. Y añade que es toda la comunidad cristiana la que está “llamada a iluminar y sostener el sufrimiento de quienes no consiguen ver realizada su legítima aspiración a la paternidad y a la maternidad”<sup>40</sup>.

También la autonomía iluminada por la caridad reconoce la obligación de conservar la salud, cuidar la vida (nacida y por nacer), no abusar de ella ni ponerla en peligro. Pero esto, lejos de suponer una coartación de la libertad de la pareja, se presenta como una profunda dignificación del ser humano que ha sido constituido dueño, al

---

<sup>40</sup> CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Instrucción Donum vitae*, Sobre el respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación, 22 de febrero de 1987.

mismo tiempo que servidor de toda la creación, cooperador de la obra creadora de Dios en el amor.

## IV. PROPUESTA ÉTICA

---

Una vez delimitada y conocida la realidad objeto de nuestro estudio, valorado el principio de autonomía desde las decisiones de pareja, con sus limitaciones y todas las posibilidades que cada una de ellas entraña, y analizado el parecer del ordenamiento jurídico español, me dispongo a finalizar el presente trabajo con algunas propuestas reales, en la medida de lo posible, para llevar a cabo un adecuado proceso que desemboque en la decisión ética que cada pareja necesite para la consecución de su proyecto procreativo común.

A lo largo de la historia del pensamiento ético han sido muchos los intentos de superación del relativismo moral, gran tentación y límite de la bioética y mucho más cuando de cuestiones de pareja se trata. Para ello, vemos que las diferentes fundamentaciones teóricas tienden a proporcionar una serie de normas éticas similares: la verdad, la fidelidad, la santidad de vida, la racionalidad, la beneficencia, la justicia, el respeto por las personas, la autonomía, la igualdad... En estos principios éticos rectores parece haber un cierto consenso en torno a ellos, el problema fundamental podríamos situarlo entonces a lo que se ha dado en llamar el “pensamiento moral competente”, es decir, pasar por ciertas etapas intelectuales para llegar a una decisión. El paso de los sentimientos morales a la ética se lleva a cabo a través de estrategias para realizar evaluaciones morales<sup>1</sup>.

Pero, antes de iniciar el desarrollo de este tema, es preciso puntualizar que ningún método ni ninguna estrategia pueden compensar el retraso de la madurez ética o las fallas en el carácter de la persona que toma decisiones<sup>2</sup>. Aquellas personas

---

<sup>1</sup> J. F. DRANE, *Métodos de Ética Clínica*: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 108 n. 5-6 (1990) 416.

<sup>2</sup> Para conocer más de cerca el sujeto que en muchas ocasiones decide sobre estos temas trascendentales del comienzo de la vida humana recomendando la película *Juno*, de Jason Reitman, 2007. En ella, una adolescente de 16 años embarazada decide no abortar, una vez que ha llegado a la clínica abortiva. Al volver, explica las siguientes razones a su amiga: “No he podido hacerlo: allí huele a dentista y había unas

excesivamente impulsivas, con personalidad border-line, rallando en el narcisismo o egocentrismo patológico, difícilmente podrán llegar a realizar procesos de discernimiento ético adecuados. En lo que respecta al tema que nos ocupa, encontramos la dificultad sobreañadida de que el sujeto a discernir es doble: la pareja, dos individuos entre los cuales existe una especial relación afectiva, social, legal y, para muchos matrimonios, también espiritual.

En los capítulos dedicados a la introducción y al análisis de datos ya pusimos de manifiesto los posibles problemas de comunicación sexual de la pareja. En tales casos podríamos decir que realmente no existe un verdadero “nosotros” conyugal. Pero también encontramos no pocos casos en que sí que hay un “nosotros”, pero éste se revela como patológico. Serían aquellas situaciones problemáticas que harían muy difícil la existencia de un sujeto adecuado para el discernimiento ético. Sin pretender ser exhaustiva, simplemente pondré algunos ejemplos clarificadores<sup>3</sup>:

- Puede haber “nosotros” *enfermizo*: cuando alguno de los cónyuges vive realmente de forma enfermiza (o incluso desde alguna patología psiquiátrica de fondo) la realidad matrimonial. Puede ocurrir cuando uno de los cónyuges absorbe o se deja absorber por la arrolladora personalidad que posee o percibe en el otro. Puede ocurrir también que la misma pareja viva de forma enfermiza su propia situación matrimonial, de forma problematizada, angustiada, rallando en la fobia a la propia realidad o a todo lo que la rodea.

- En algunos casos podemos encontrar un “nosotros” *narcisista*: Es la formación de un “nosotros” ciertamente egocéntrico, vanidoso, que vive del reconocimiento de los otros y para el propio reconocimiento y contemplación. Será muy difícil así alcanzar decisiones en las que esté presentes la justicia, la beneficencia o incluso la verdad.

- No es infrecuente reconocer la existencia de un “nosotros” *acomplejado*: es aquel en el que domina la inseguridad, el sentimiento de incapacidad e impotencia y todo ello dará lugar a la inhibición de todo proyecto común, la demora indefinida de toda decisión que, en el caso del proyecto de fecundidad dispone de plazos biológicos muy concretos que apremian a la elección.

---

revistas horribles con manchas de agua (...) y estaba Sue Chi diciendo que los bebés tienen uñas... Voy a seguir embarazada”. Son las razones explicitadas, las implícitas pueden ser muy distintas.

<sup>3</sup> Me sirvo de la reflexión realizada sobre el “nosotros comunitario” realizada en M. MARTÍNEZ, *El Discernimiento. Teoría y práctica*, Publicaciones Claretianas, Madrid, 1984, 254-264.

▪ Y los más frecuentes pueden ser los casos en que existe un “nosotros” *gregario*: El que aparece cuando los individuos viven desde la inercia, la pasividad, de forma despersonalizada, sin los elementos indispensables de conocimiento, libertad y decisión para discernir convenientemente. Puede aparecer en parejas excesivamente dependientes de sus familias de origen (sobre todo sus progenitores), del ambiente sociocultural en que se muevan o de grupos de presión afectivos o laborales. Es un mundo muy complejo del que, al menos, hemos de ser conscientes de las influencias que ejercen, reconociendo que en algunos casos pueden llegar a imposibilitar el discernimiento ético en pareja.

Supuesto un sujeto conyugal válido para llevar a cabo una decisión bioética sobre el principio de la vida (con un sustrato psicológico y afectivo suficiente), trataré a lo largo de este capítulo de presentar dos propuestas procedimentales que han nacido en ámbitos morales muy diferentes pero que pueden servir de ayuda a aquellas parejas que quieran llevar a cabo fielmente su proyecto de fecundidad.

En el ámbito de la ética médica clínica han nacido multitud de metodologías basadas en la teoría de la decisión racional. De aquí partió la reflexión del profesor Diego Gracia, cuyo pensamiento fue evolucionando hasta llegar a afirmar que “el problema real no está al final del proceso, en la decisión; la verdadera cuestión es el proceso en sí mismo”<sup>4</sup>. Así nació la “Deliberación moral como método de la razón práctica”.

De un contexto diametralmente distinto nace nuestra segunda propuesta metodológica: el discernimiento espiritual. Cuatro siglos de distancia, un autor célibe (Ignacio de Loyola, fundador de la Compañía de Jesús) que escribe para aquellos que buscan la voluntad de Dios en sus vidas y su adhesión a ella, así como una larga y fecunda tradición espiritual que lo avalan, nos servirán para ampliar el abanico de propuestas a todos aquellos matrimonios cristianos que reconocen en la maternidad-paternidad un nuevo “estado de vida” digno de ser discernido, buscando en ello ser fieles a la voluntad de Dios en sus vidas.

---

<sup>4</sup> D. GRACIA, “La deliberación moral. El papel de la metodología en ética clínica”, en: J. SARABIA y M. DE LOS REYES (Ed.). *Comités de ética asistencial*, Asociación de Bioética Fundamental y Clínica; Madrid 2000, 33.

## 1. DELIBERACIÓN ÉTICA

Los procedimientos de decisión que se han dado a lo largo de la historia y, de forma más extendida y plural, a lo largo del siglo precedente, bien podrían constituir en sí mismos el tema monográfico de otro estudio semejante al presente. Simplemente me limito a enumerar algunos de ellos<sup>5</sup>: el enfoque principialista, el procedimiento casuístico (el de Jonson, Siegler y Winslade, el de Galveston), las éticas de la virtud y el método narrativo, los que presentan un enfoque claramente clínico (Hansen, Bergsma, el procedimiento de D. Thomsma o el de D. Pellegrino, G. H. Kieffer, C. Viafora, C. M. Strong, H. T. Engelherdt, L. McCullough, H. M. Sass...) o los procedimientos sincréticos (J. F. Drane, E. L. Erde, B. Brody, D. Candee y B. Puka, G. C. Graber y D. C. Thomsma, Grundstein-Amado).

Entre todos ellos, considero importante para nuestra propuesta una consideración algo más detenida de algunos métodos basados en la decisión racional aplicados a la práctica clínica, ya que, como hemos visto, el mismo profesor Diego Gracia partirá de ellos en un primer momento para desembocar más adelante en la deliberación moral. Históricamente se ha concedido una importancia mayor a la decisión final que al mismo proceso, tanto en la ética como, por supuesto, en la bioética. No podemos soslayar las importantes aportaciones que nos ofrecen, también para la toma de decisiones de la pareja en los problemas surgidos en el principio de la vida.

### 1.1 Teorías de la elección racional desde la ética clínica

La teoría de la elección racional se fundamenta en que los dos elementos básicos a tener en cuenta a la hora de tomar decisiones, los hechos y los valores, pueden ser cuantificados de algún modo siempre. La tesis central es que las decisiones deben ser tomadas según las probabilidades y el grado de deseabilidad de cada uno de las posibles opciones a tomar en última instancia. Los resultados pueden ser entonces cuantificados, clasificados ordenadamente, según el valor ordinal o cardinal absoluto o relativo más elevado<sup>6</sup>. Esta teoría es la que sustenta los procedimientos que, a continuación, vamos a estudiar.

<sup>5</sup> D. GRACIA, *Procedimientos de decisión en ética clínica*, Eudema Universidad, Madrid, 1991.

<sup>6</sup> D. GRACIA, "La deliberación moral. El papel de la metodología en ética clínica", en: J. SARABIA y M. DE LOS REYES (Ed.). *Op. cit.*, 33.

A partir de los bruscos cambios sufridos por la relación médico-paciente de los años setenta, como puede ser la emancipación de los pacientes y la aparición de los primeros códigos de derechos de los enfermos, comenzaron a surgir metodologías para la toma de decisiones que integraran a los mismos pacientes en el proceso de la toma de decisión. El rol pasivo de éste ha ido desapareciendo, pasando de la ética de la obediencia a la ética de la autonomía y así, nuevos conflictos comenzaron inevitablemente a surgir.

En el mundo de las relaciones de pareja también hemos visto que ha habido un cambio espectacular a lo largo del siglo XX, fundamentalmente en las sociedades occidentales y occidentalizadas, que podríamos decir que tiene muchas semejanzas con el cambio ocurrido con las relaciones médico-pacientes. Las relaciones de dominación del hombre sobre la mujer se han ido diluyendo, éstas han alcanzado la “mayoría de edad” tanto de forma privada (relaciones simétricas en la toma de decisiones y en las responsabilidades asumidas) como pública (desde el derecho al voto, hasta nuestro conocido Ministerio de Igualdad).

Si en la ética clínica se plantea la relación médico-paciente como un proceso conjunto de toma de decisiones en el que el paciente aporta un sistema de valores y la misma enfermedad, mientras que el sanitario aporta también un sistema de valores y una serie de conocimientos cualificados, podemos establecer desde aquí un paralelismo con las relaciones de pareja. En las decisiones que afectan al proyecto de fecundidad común, la mujer aporta un sistema de valores y una concepción del cuerpo que afecta a la misma gestación de la que es sujeto en primera persona. El varón, por otro lado, también aporta su propio sistema de valores y su sentido de la paternidad que afectará profundamente a las decisiones a tomar.

Veamos algunos métodos propuestos que, adaptados al ámbito de las relaciones conyugales, pueden suponer un propuesta sugerente, digna de tener en consideración.

- El procedimiento de D. C. Thomasma: Este método trata de articular los hechos y valores en la misma relación clínica (digamos también conyugal), dando a los hechos una importancia ética fundamental, que llegarían a funcionar “como una regla moral”<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> G. C. GRABER y D. C. THOMASMA, *Theory and Practice in Medical Ethics*, Nueva York, Continuum 1989, 101. Citado en D. GRACIA, *Procedimientos de decisión en ética clínica*, Eudema Universidad, Madrid 1991, 61.



Desde la forma primitiva de 1978, los seis pasos de que consta han sufrido algunas modificaciones. Presento la formulación que el autor realizó en 1990:

1. Describir todos los hechos de la situación a analizar, también los hechos que, aunque no estén presentes, puedan ser relevantes para la resolución final. Tendríamos aquí la fase de recogida de información acerca de las posibilidades de fertilidad o infertilidad, riesgos de cada una de las intervenciones, consecuencias previsibles, posibilidades científicas, técnicas, económicas, legales... en el caso concreto de la pareja en cuestión. En este primer punto, el profesional sanitario juega un papel fundamental, y habrá de tener presente también sus principios y valores así como el modo en que éstos pueden afectar a la información ofrecida. No se puede prescindir de ellos, sí podemos, al menos, ser conscientes de ellos para actuar con la mayor objetividad que pueda ser exigida.
2. Describir los valores, metas, intereses de ambos cónyuges. Es necesario que se expliciten todos los valores implicados: afectivos, religiosos, económicos, profesionales, bienestar personal, familiar (incluso social), justicia social... En este punto es importante tener en cuenta los valores de otras partes implicadas, como pueden ser otros miembros de la familia (hijos mayores de edad, o menor maduro).
3. Determinar cuál es el principal valor amenazado o el conflicto de valores más importante. La casuística nos llevaría a poner infinidad de ejemplos que se plantean frecuentemente en las parejas, sólo apuntaré algunas de especial relevancia social y que ya han aparecido en el presente estudio: la vida de la madre frente a la del hijo (aborto por "indicación terapéutica"), la fecundidad de todo acto procreativo por motivos religiosos frente a la salud propia o del cónyuge (uso de anticoncepción de barrera en enfermos de sida en el seno de la Iglesia católica), cumplimiento de los deseos genésicos frente a altos costes psicológicos, económicos y de justicia social (técnicas de RHA)...
4. Determinar las posibles medidas que podrían proteger el mayor número posible de valores presentes. Aquí es importante haber realizado bien el primer paso, puesto que actualmente existe un amplio abanico de opciones técnicas, con diversas consideraciones éticas, para las situaciones bioéticas del principio de la

vida: múltiples métodos anticonceptivos, abortivos (con riesgos según la edad gestacional), de RHA...

5. Elección del curso de acción.

6. Defender y llevar a cabo la decisión tomada.

▪ El modelo ético de J. F. Drane: Este método trata de separar los diferentes elementos y niveles discursivos y mostrar cómo los sujetos a decidir pasan de un elemento a otro. Consta de cuatro fases:

1. Fase expositiva: En este primer momento se trata de señalar los factores médicos (información clínica respecto a la pareja concreta y sus posibilidades), los factores personales y comunes de la pareja (intereses, deseos, sentimientos, preferencias...) y los factores socioeconómicos.

2. Fase racional: A continuación se analizan las categorías o expresiones relacionadas con la ética médica (consentimiento con conocimiento de causa, aborto, responsabilidad...), también los principios y máximas (beneficencia, autonomía, respeto, verdad, fidelidad, santidad de vida...) y finalmente las decisiones de índole jurídica, que en el caso concreto que nos ocupa podría suponer un acercamiento al ordenamiento jurídico español para saber qué está dentro y qué está fuera del marco legal vigente (elección de sexo, maternidad subrogada, supuestos de despenalización del aborto...).

3. Fase volitiva: Es el paso de los hechos y la reflexión a la toma de decisiones a través de:

- Ordenamiento de los beneficios: elaborar un orden de preferencias según los beneficios que se desean obtener.
- Ordenamiento de los principios: si hay principios incompatibles, se tratará de ordenarlos según las creencias personales o el mismo sistema de valores.
- Adopción de la decisión.

4. Fase pública: En el caso que nos ocupa esta fase podría ser puesta en entredicho por la inmensa mayoría de las parejas, al reconocer que su proyecto procreativo forma parte de la propia intimidad de la pareja. Pero todos somos conscientes de

que cualquiera de nuestras acciones tienen una ineludible dimensión pública que hemos de estar preparados para afrontar, también con argumentos de razón.

Ambos procedimientos, como tantos otros que podíamos haber reflejado, tienen la ventaja del orden, la racionalidad y la seguridad que confiere toda cuantificación que aspira a dar soluciones de manera completamente racional. Pero cualquier observador podría señalar una seria dificultad en todos ellos, en lo que respecta a las decisiones objeto de nuestro estudio: qué ocurre cuando en el proceso no hay acuerdo en la pareja en cualquiera de sus fases, en los principios, en los valores en juego, en los fines perseguidos... Podría tratarse de dos monólogos paralelos cuyas líneas estén condenadas a no cruzarse jamás.

Es éste el motivo por el que presento como propuesta la deliberación moral, tal y como la desarrolla el profesor Diego Gracia, propuesta que se basa en la argumentación y no en la cuantificación, en el mismo proceso y no en la decisión final. La aspiración que pretende no será la completa "racionalidad" sino simplemente "ser razonable", presentando así un carácter abierto en el mismo discurso.

## 1.2. Ética dialógica y deliberativa

Antes de presentar la deliberación moral es preciso puntualizar la fundamentación filosófica en que esta propuesta hunde sus raíces. Algunos autores consideran que la ética dialógica<sup>8</sup> constituye en la actualidad el paradigma dominante en la discusión bioética<sup>9</sup>. Sus fuentes principales serían los planteamientos de John Rawls acerca de la justicia como equidad y la propuesta de la ética comunicativa de Jürgen Habermas y Karl-Otto Apel que presentan el diálogo como praxis moral. Los trabajos de estos autores han sido fundamentales para comprender "cómo las normas y las decisiones sólo deben ser consideradas correctas si pueden ser razonablemente admitidas por todos los participantes"<sup>10</sup>. Estamos ante el "principio de universalización" o principio (U), según la denominación del mismo Habermas: "En el caso de las normas válidas los resultados y consecuencias laterales que, para la satisfacción de los intereses de cada

<sup>8</sup> Podemos considerar, a los efectos, sinónimas las denominaciones "ética dialógica", "ética del discurso", "ética comunicativa" o "ética democrática".

<sup>9</sup> J. M. BARRIO, *La aporía fundamental del llamado 'debate bioético'*: Cuadernos de Bioética XIV n. 51-52 (2003) 229-240.

<sup>10</sup> D. GRACIA, "La deliberación moral. El papel de la metodología en ética clínica", en: J. SARABIA y M. DE LOS REYES (Ed.). *Op. cit.*, 35.

uno, previsiblemente se sigan de la observancia de la norma, tienen que poder ser aceptados sin coacción alguna por todos”<sup>11</sup>.

Partiendo de esta base, vemos que la participación de todos se presenta como una condición de posibilidad para que este principio (U) pueda efectuarse. Por ello, Habermas añade otro principio, el llamado “principio del discurso ético” o (D): “Toda norma válida encontraría la aprobación de todos los afectados siempre que éstos puedan tomar parte en el discurso práctico”<sup>12</sup>.

También hay otra condición imprescindible para el principio (U) sobre el que se sustenta la ética dialógica: la posibilidad de argumentar en el curso de un diálogo verdadero. Y es precisamente en este punto donde encuentro mayores visos de realidad y concreción en el mundo en que vivimos de esta teoría ética frente a las anteriormente descritas: se plantea si realmente es posible el diálogo verdadero y estas condiciones de posibilidad descritas. Aquí, la respuesta de Apel distingue en el discurso ético dos partes, la ideal o canónica y la real o empírica. Habermas afirma que las condiciones ideales deben poder cumplirse en el mundo real por medio de las estructuras políticas y sociales; el problema estaría en cómo adecuar los hechos y las normas. En este punto, el autor propone transformar las democracias representativas por otras más participativas y más deliberativas. Su gran logro, según Diego Gracia, es haber entendido la democracia éticamente al mismo tiempo que la ética democráticamente, proponiendo un método para que este objetivo propuesto pueda llevarse a cabo: la deliberación.

Apoyándose en teóricos de la filosofía política como Joshua Cohen, Habermas analiza los postulados de la democracia deliberativa que trata de proponer un prodecimiento válido tanto para las cuestiones sociales como para las políticas o éticas, también desde el ámbito de las relaciones interpersonales. Los postulados son los siguientes:

“(a) Las deliberaciones se efectúan de forma argumentativa, es decir, mediante el intercambio regulado de información y razones entre partes que hacen propuestas y se someten a crítica. (b) Las deliberaciones son ‘inclusivas’ y públicas. En principio no puede excluirse a nadie; todos los que pueden verse afectados por las resoluciones han de tener las mismas oportunidades de acceso y participación. (c) Las deliberaciones están exentas de coerciones externas. Los participantes son soberanos en la medida en que sólo están ligados a los presupuestos comunicativos y reglas procedimentales de la

<sup>11</sup> J. HABERMAS, *Escritos sobre moralidad y eticidad*, Paidós/ICE de la Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona 1991, 101-102.

<sup>12</sup> J. HABERMAS, *Conciencia moral y acción comunicativa*, Península, Barcelona 1991, 143.

argumentación. (d) Las deliberaciones están exentas de coerciones internas que puedan mermar la igual posición de los participantes. Todos tienen las mismas oportunidades de ser escuchados, de introducir temas, de hacer contribuciones, de hacer propuestas y de criticarlas. Las posturas de afirmación o negación vienen sólo motivadas por la coerción sin coerciones del mejor argumento.”<sup>13</sup>

Pero estas condiciones de simetría relacional, de ausencia de coerciones externas e internas, no parecen darse en la realidad humana. ¿Es imposible, ideal, este tipo de deliberación? Diego Gracia afirma que, aún en condiciones no ideales o reales, puede ser pensada un tipo de deliberación posible y necesaria, más realista, y hace su propuesta para el ámbito clínico que, a continuación, voy a presentar.

### **1.3. Deliberación moral como método de la razón práctica**

Según el profesor Diego Gracia, la deliberación es un proceso que todos hacemos continuamente en la vida diaria consistente en intentar tener en cuenta todas las circunstancias que intervienen a la hora de tomar una decisión, cualquiera que sea, de tal forma que éstas sean tomadas de forma prudente y gestionando la certidumbre. La deliberación partiría de la base de que cualquier sujeto puede aportar sus propias razones, pero ha de tener en cuenta que éstas nunca son absolutas, pues los otros también poseen las suyas y la comunicación mutua podrá llevar al avance en el conocimiento de la realidad que forma parte de la discusión.

A partir de aquí, el objetivo de la bioética no será otro que promover prácticas prudentes y responsables desde actitudes deliberativas. Pero la realidad de nuestras sociedades es que la deliberación no forma parte de la educación de los individuos, pues se enseña, muy al contrario, a hacer triunfar la propia voluntad por encima de todo. Por tanto, es imprescindible aprender a deliberar, comenzando por admitir que el otro puede tener razón, de este modo las relaciones entre los seres humanos se irán haciendo más razonables y morales.

Nuestro citado autor define la deliberación como *“la fe en la inconmensurabilidad de la realidad y, por tanto, en la necesidad de incluir todas las distintas aproximaciones y perspectivas, a fin de enriquecer el debate y la comprensión de las cosas y los hechos. (...) Es la capacidad de relativizar la propia perspectiva acerca de los fenómenos, teniendo en*

---

<sup>13</sup> Citado en: J. HABERMAS, *Facticidad y validez: Sobre el Derecho y el Estado democrático de derecho en términos de teoría del discurso*, Trotta, Madrid 1998, 381.

*cuenta las perspectivas de los demás, discutiendo racionalmente sus puntos de vista y modificando la propia visión del proceso.”<sup>14</sup>*

No se muestra, entonces, la deliberación como un comportamiento natural, sino moral; es un arte, todo un proceso de auto-educación (“*ascesis*” del pensamiento, llamarían algunas tradiciones espirituales) y autoanálisis que requiere ciertos conocimientos, algunas habilidades y determinados rasgos de carácter para que pueda llevarse a cabo. Comenzaba el presente capítulo con una presentación de las “parejas-sujeto” que no estarían en condiciones de llevar a cabo un ejercicio común de discernimiento moral. La deliberación estaría fuera del alcance de aquellos individuos con importantes restricciones psicológicas, como pueden ser miedos inconscientes o rígidos prejuicios, por ejemplo.

A partir de aquí, hemos de precisar que tanto la coacción como la neutralidad son incompatibles con la deliberación. En cuestiones de valor, no es posible ser neutral, pues la neutralidad axiológica no es posible y así lo han insistido sobre todo los autores comunitaristas. Sin embargo, no-neutralidad no tiene por qué significar beligerancia, sino implicación en el mundo de los valores, también en el de los valores de los demás y, por tanto, se presenta como deliberación conjunta de esos valores. “No neutralidad no significa beligerancia sino deliberación”<sup>15</sup>.

La deliberación, a diferencia de las metodologías desarrolladas anteriormente, no trata de poner de acuerdo dos (en nuestro caso, pues nos referimos a las parejas) decisiones ya tomadas previamente, difícilmente irreductibles, donde indefectiblemente uno tiene que ceder a la voluntad del otro, doblegando su propia razón. Se trataría, más bien, del ejercicio de un modo de conocimiento conjunto en el que ambos se hallan en continuo proceso pacífico (no coactivo ni manipulador) de evaluación y cambio de los propios puntos de vista. La prueba de que el proceso deliberativo se ha llevado a cabo correctamente estará precisamente en la decisión final adoptada en común: si ésta no coincide con ninguna de las opciones defendidas por los participantes en el principio del proceso. Vemos así que la deliberación no descansa en la decisión sino en el compromiso conjunto adoptado.

---

<sup>14</sup> D. GRACIA, “La deliberación moral. El papel de la metodología en ética clínica”, en: J. SARABIA y M. DE LOS REYES (Ed.). *Op. cit.*, 35.

<sup>15</sup> D. GRACIA, *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética* (Humanidades Médicas nº 11), Triacastela, Madrid 2004, 290.

Realmente, el autor no presenta la deliberación moral como una alternativa a las teorías de elección racional, sino más bien un complemento imprescindible que constituye, más que una fase más del método, toda una actitud ante la vida y las relaciones interpersonales.

A partir de aquí y basándome en los pasos presentados por Diego Gracia como el método deliberativo para la ética clínica, me dispongo a proponer para el caso concreto que estudiamos, los siguientes cinco pasos, elegidos y adaptados de entre las ocho fases desarrolladas por el autor<sup>16</sup>:

1. Análisis de los aspectos médicos, sanitarios, económicos, familiares, sociales... que rodean y forman parte del objeto a deliberar: condiciones de salud de la mujer para gestar o no, posibilidades de fertilidad de la pareja, riesgos para ambos, distintas opciones técnicas o metodológicas, costes (de todo tipo, no sólo económico...). Pueden confluír decenas de ellos en cada pareja y verse modificados a lo largo de la vida conyugal. Imprescindible contar con auténticos “buenos datos” para poder decidir moral y responsablemente.
2. Identificación de los problemas morales se presentan: pueden ser múltiples según el objeto concreto de deliberación. Es importante en esta fase, como en la anterior, servirse de la ayuda de una tercera persona en la que la pareja deposite su confianza, por sus conocimientos al respecto y la autoridad moral que éstos les confieran, pues puede ayudar a objetivar la realidad y a ver problemas ocultos a la misma subjetividad que conlleva las situaciones de esterilidad, de gestaciones no deseadas, de control de la natalidad... En muchos casos, el desconocimiento científico puede llevar a la inconsciencia moral: desconocer el mecanismo de acción de algunos anticonceptivos (DIU, píldora RHU 486...), los embriones “desechados” necesarios para la elección de sexo ante la posibilidad de transmisión de enfermedades congénitas...
3. Identificación de los cursos de acción posibles: es importante señalar todos los posibles (económica, técnica y socialmente posibles) y analizarlos detenidamente, sin rechazar ninguno de antemano, pues el análisis detallado y comparativo con otras opciones puede arrojar luz en la deliberación.

---

<sup>16</sup> D. GRACIA, *La deliberación moral: el método de la ética clínica*: Medicina Clínica 117 n. 01 (2001) 18-23.

4. *Deliberación* del curso de acción óptimo: aquí entraría el proceso difícil y, en ocasiones, tortuoso que estamos señalando en el presente apartado y que a continuación trataré de sistematizar a la luz del autor que venimos estudiando.
5. Decisión final que conjuntamente se va a adoptar y que responsablemente se va a asumir. Esta decisión habrá de ser respaldada por argumentos que la pareja estaría dispuesta a defender públicamente si así fuera necesario.

Para llevar a cabo la deliberación, nuestro autor propone realizarla en dos tiempos: uno primero en que se deben contrastar las diferentes opciones con los principios y valores en juego; y un segundo momento en que se evalúan las circunstancias y las consecuencias, por si éstas exigieran hacer una excepción a los principios.

A lo largo de la historia conjunta de la pareja, son muchas las ocasiones en que, en el curso de multitud de decisiones tomadas conjuntamente, se han explicitado los valores y principios por los que ambos rigen sus vidas, personal y matrimonialmente. El ejercicio de la jerarquización de éstos en momentos cruciales para la vida de la pareja se presenta como imprescindible, pues, necesariamente, pueden entrar en conflicto. Entran aquí en juego los ya presentados: la santidad de vida, la justicia, la autonomía, el respeto a la vida, el bienestar personal o familiar, la salud propia o de la familia...

Las consecuencias derivadas de los diferentes cursos de acción u opciones posibles para la pareja pueden llevar a eximir del cumplimiento de algún principio o valor (el autor dirá que ello ocurrirá cuando “en esas circunstancias parece que la aplicación indiscriminada del principio es incompatible con el respeto debido a los seres humanos”). En realidad, hay que tener en cuenta qué son excepciones y cuándo éstas se convierten en principios por el uso indiscriminado o la irreflexión que conlleva la vorágine de la vida diaria. Ante las grandes decisiones reproductivas de la vida de la pareja, las consecuencias pueden perdurar años y, en las más de las ocasiones, las consecuencias llamadas “hijos” los habrán de acompañar por todo el resto de la vida conyugal. Merece la pena analizarlas detenidamente para que éstas vayan dando forma al proceso conjunto pacífico, abierto y constructivo que es la deliberación moral.

Como vemos, la gran aportación de la deliberación respecto a las teorías de decisión racional consiste en integrar a todas las partes implicadas en la decisión y ofrecer una propuesta de posibilidad de integración de las posturas diversas desde la



igualdad, la escucha, la humildad y la sincera búsqueda conjunta de la mejor y más ética opción posible.

## 2. PROPUESTA CRISTIANA: EL DISCERNIMIENTO EN PAREJA

Como ya he señalado en distintas ocasiones, el Concilio Vaticano II, con la filosofía personalista que lo inspira, ha supuesto un antes y un después en la reflexión moral acerca de la concepción de la sexualidad, el cuerpo, la mujer (en lo que respecta al laicado) y, sobre todo, la paternidad responsable. En el número 50 de la constitución pastoral *Gaudium et spes* (GS) encontramos el gran alegato en favor del discernimiento en pareja para la toma de decisiones conceptivas o anticonceptivas, justificado en la común misión de los cónyuges llamados a ser “*cooperadores del amor de Dios Creador*” así como sus intérpretes. Presento, a continuación, el texto:

*“En el deber de transmitir la vida humana y de educarla, lo cual hay que considerar como su propia misión, los cónyuges saben que son cooperadores del amor de Dios Creador y como sus intérpretes. Por eso, con responsabilidad humana y cristiana cumplirán su misión y con dócil reverencia hacia Dios se esforzarán ambos, de común acuerdo y común esfuerzo, por formarse un juicio recto, atendiendo tanto a su propio bien personal como al bien de los hijos, ya nacidos o todavía por venir, discerniendo las circunstancias de los tiempos y del estado de vida tanto materiales como espirituales, y, finalmente, teniendo en cuenta el bien de la comunidad familiar, de la sociedad temporal y de la propia Iglesia.”*

En este mismo sentido, en el n. 52 anima el documento a los cónyuges a vivir “*unidos con el mismo cariño, modo de pensar idéntico y mutua santidad...*”.

Pablo VI, con su encíclica *Humanae vitae* (HV, 1968), desencadenó no pocas reflexiones del Magisterio episcopal para la aplicación de esta encíclica en los casos conflictivos de pareja. La idea que se repitió en numerosas ocasiones fue la importancia del discernimiento de pareja: “*los cónyuges deben formarse una conciencia recta y seguirla*”; “*la doctrina del Papa (HV) no elimina la decisión que se deba tomar en conciencia*”<sup>17</sup>... Así entendió la Conferencia Episcopal Suiza el discernimiento de pareja: “*la formación de una recta conciencia es de máxima importancia. Los esposos deben examinarse, reexaminarse delante de Dios acerca de las razones y de los motivos de la decisión de conciencia y preguntarse cuál es la responsabilidad que pueden asumir delante de Dios*”.

<sup>17</sup> *Lettere pastorali 1968-1969*, Magistero Episcopale, Verona, 1970, 21-23. Citado en: *El discernimiento ético de pareja: un desafío al machismo/feminismo actual*: Cuestiones Teológicas 33 n. 79 (2006) 129.

Juan Pablo II también hace referencia al tema que nos ocupa en la encíclica *Familiaris consortio* (FC): “conviene tener presente que en la intimidad conyugal están implicadas las voluntades de dos personas, llamadas sin embargo a una armonía de mentalidad y de comportamiento. Esto exige no poca paciencia, simpatía y tiempo”<sup>18</sup>.

Así vemos que el ser humano, ser eminentemente relacional, no puede prescindir del “otro” para hacer sus opciones de vida y, mucho menos, cuando ese “otro” es la pareja con la que constituye la “comunidad de vida y amor”.

Tras tanta insistencia magisterial en la necesidad de un verdadero discernimiento en pareja, observo con perplejidad la ausencia bibliográfica existente sobre el modo de llevar a cabo dicho discernimiento. No entro en el análisis de este hecho, simplemente me limito a constatarlo y a intentar hacer una propuesta válida para aquellas parejas cristianas que experimentan en el ejercicio de la sexualidad una oportunidad de responder responsablemente a la voluntad del Dios Creador. Para ello me voy a servir de un instrumento sobradamente conocido y reconocido por millones de cristianos desde el siglo XVI para la búsqueda de la voluntad de Dios: las llamadas “Reglas para el discernimiento de espíritus” (“Reglas para en alguna manera sentir y cognoscer las varias mociones que en la ánima se causan, las buenas para recibir, y las malas para lanzar” [EE 313]) que Ignacio de Loyola nos legó en sus *Ejercicios Espirituales*<sup>19</sup>.

En la presente propuesta ética, los posibles objetos de discernimiento quedan reducidos para las parejas cristianas que, tras la instrucción *Donum vitae*, han visto mermarse la posibilidades anticonceptivas y conceptivas, quedando fuera todos los procedimientos llamados “artificiales”. Por ello, voy a centrar el objeto a las decisiones concernientes a la paternidad responsable, tal y como propone GS en la cita que ha encabezado este apartado.

En primer lugar hemos de considerar cuál debería ser el sujeto más adecuado para que el discernimiento pueda ser posible. Ciertamente que se puede considerar una excepción (no creo que existan muchas más de una) la pareja perfecta que “tiene los hijos que desea, en el momento preciso, sin rupturas interiores ni costes afectivos, capaz de prescindir del entorno cultural, compenetrada cien por cien, sin fisuras y con ciclos

---

<sup>18</sup> FC 34.

<sup>19</sup> *Ejercicios Espirituales de San Ignacio de Loyola*, Sal Terrae, Santander 1995.

biológicos permanentemente regulares”<sup>20</sup>. Hablamos de un “nosotros” conyugal que abarque, por un lado, el “sentido del nosotros” que apunta a la verdadera unión en Cristo que les hace ser “una sola carne” viviendo en comunión profunda el proyecto vocacional común al que han sido llamados; y por otro lado, el “sentimiento del nosotros” que abarca las dimensiones más afectivas, psicológicas y relacionales. Este “nosotros” conyugal habrá de articular tanto el sentido como el sentimiento de forma fecunda y se verá caracterizado en su forma ideal como un “nosotros” verdadero, integrado, entregado, personalizado y éticamente válido (es decir, en búsqueda conjunta de los valores definitivos que exigen el desprendimiento de las cosas de este mundo)<sup>21</sup>. Un “nosotros” que nace de la reciprocidad en el amor de dos “yo” que se constituye en un símbolo, un sacramento de la relación de Dios con la humanidad que se establece en términos de alianza, amor y fidelidad. Posiblemente no sea éste modelo una realidad en la inmensa mayoría de las parejas cristianas, pero al menos sí ha de ser un horizonte a alcanzar y un deseo común que puede irse construyendo a lo largo de la vida en común.

Paso a continuación a desarrollar el proceso a seguir tomando como punto de partida el discernimiento comunitario llevado a cabo por Ignacio de Loyola<sup>22</sup> y los primeros compañeros en 1539 cuando tomaron la decisión de fundar la Compañía de Jesús<sup>23</sup>. Creo que el modelo de proceso puede servirnos de punto de arranque aunque, obviamente tendrá características muy peculiares, dadas las diferencias evidentes en el sujeto (peculiar comunidad de dos), el objeto (proyecto de fecundidad) y los tiempos.

Consciente de la dificultad que pueda entrañar cierta terminología teológica, bíblica o de la misma espiritualidad ignaciana he optado por no renunciar a tal riqueza en favor de una supuesta accesibilidad o pastoralidad. Por no asumir el riesgo de perder profundos matices, experiencias vitales que hombres y mujeres han vivido durante siglos o todo el peso de una larga historia, he querido conservar en el desarrollo de este punto el uso de términos en todo su rigor teológico-espiritual. Su “traducción” al lenguaje de las parejas de hoy formará parte de un segundo momento en la realización de este trabajo que consistirá en su puesta en acto.

Veamos el método propuesto.

<sup>20</sup> GRUPO MARÍA, *Una mirada de mujer a la Humanae vitae*: Sal Terrae 96/7 n. 1.125 (2008) 584.

<sup>21</sup> M. MARTÍNEZ, *El Discernimiento. Teoría y práctica*, Publicaciones Claretianas, Madrid 1984, 254-264.

<sup>22</sup> *Monumenta Historica Societatis Iesu*, vol. 63; Constituciones I, p. 1.

<sup>23</sup> J. Cl. DHÔTEL, *Discernir en común. Guía práctica del discernimiento comunitario*, Sal Terrae, Santander 1989.

**2.1. Las mociones.** La libertad está sometida a la influencia de fuerzas contrarias que Ignacio llama “mociones”. Dios ayuda a la libertad del ser humano para que pueda realizar fielmente la común vocación de formar una familia abierta a la vida, Iglesia doméstica. Será lo que el mal espíritu quiera impedir. En el inicio del discernimiento, por el mero hecho de la disposición de la pareja a llevar a cabo este proceso (intención de orientar el proyecto común al mayor servicio de Dios), podemos inducir que la acción del “enemigo” consistirá en desalentar en este propósito. Dios, por el contrario, infundirá confianza y fortaleza a la pareja para que, con alegría y paz, “proceda adelante” (EE 315).

La opción de decir sí a Dios pasará por la actitud de *indiferencia*. Es querer únicamente lo que Dios quiere y vaya dando a conocer a lo largo de la vida matrimonial, toda una vida juntos. Es importante que esta actitud forme parte fundamental y explícita del proyecto de la pareja, aunque de forma personal cada cónyuge tenga sus preferencias y las manifieste.

**2.2. Ponderar las razones y conversión de la inteligencia.** Todo análisis minucioso y equilibrado de las razones permitirá un más consciente y libre ejercicio de la libertad. La pregunta fundamental que está en la base del discernimiento en pareja que nos ocupa puede ser: dentro de nuestro proyecto de amor de fecundidad, *¿pueden ser los actos concretos abiertos a la vida en el deseo de hacer realidad ahora nuestra común vocación a la maternidad/paternidad?*

Las razones que se exponen pueden ser ordenadas en cuatro listas que ordenen y sistematicen las múltiples mociones que han sido consideradas:

a) Hipótesis 1<sup>a</sup>:

Llevar a cabo el proyecto de fecundidad  
en la actual situación

{ Ventajas  
Inconvenientes

b) Hipótesis 2<sup>a</sup>:

Demorar la puesta en acto  
del proyecto de fecundidad

{ Ventajas  
Inconvenientes

Se consideran aquí argumentos de todo tipo en los que los factores sociales, económicos, profesionales, sanitarios (de salud o enfermedad de alguno de los cónyuges), familiares (de las familias de procedencia), institucionales o personales de cualquier tipo jugarán un papel muy importante. En este punto es importante tener presentes los criterios del Magisterio eclesial<sup>24</sup>.

No se tratará de exponer las razones haciendo valer la voz del más fuerte, pues en una comunidad de dos, tan especial como es la comunidad matrimonial, la ponderación democrática resulta del todo ineficaz. Por otro lado no se trata en este punto de llegar a la solución más racional o consensuada, sino de buscar juntos la voluntad de Dios, que supera y sobrepasa toda consideración personal. Ésta no se impondrá “desde fuera”, sino que brotará desde el conjunto ejercicio de la libertad, para el que será necesario buscar con la mayor objetividad que sea posible, las ventajas y los inconvenientes de las dos hipótesis que se están valorando.

Esta fase, como no podía ser de otra manera, se llevará a cabo en dos tiempos: primero de realización personal y segundo de expresión y realización común.

**2.3. Inspiraciones de los espíritus. Consolación y desolación.** En el matrimonio que discierne puede darse que la decisión brote del acuerdo común que genera dinámicos conyugales de confianza en Dios, de apertura a los otros, de afrontar las dificultades con esperanza y alegría, fruto del “*aumento de esperanza, fe y caridad*” [EE 316]. Pero, a no ser que esta consolación se haya dado “sin causa precedente” [EE330], hay que tener en cuenta que puede no venir de Dios y, por tanto necesitará de confirmación exterior e interior, que trataré más adelante.

También en este momento del proceso de discernimiento puede vivirse una experiencia de desolación, que puede mostrarse con múltiples rostros, aunque siempre conllevará el sentimiento de desintegración y separación. En el desacuerdo pueden aflorar las más nefastas polaridades del amor que hemos cualificado en el apartado III: el sentimiento se torna ciega, la decisión se debilita, la donación plena se torna cicatera y la fecundidad se representa como una amenaza al presente bienestar que se ha convertido en estéril rutina que a ninguno de los dos renueva. Ante el desacuerdo pueden aparecer mecanismos de aislamiento personal y hasta la misma cerrazón

<sup>24</sup> “En la regulación de la procreación, no les es lícito a los hijos de la Iglesia, en virtud de estos principios, seguir unos caminos que son reprobados por el Magisterio, al explicar la ley divina”. GS 51

matrimonial. En este momento es importante *“mudarse contra la misma desolación, así como es en instar más en la oración, meditación...”* [EE 319], que se traduce en volver a los momentos iniciales de oración personal y conyugal, tratando de disponerse a la actitud de indiferencia ya mencionada que relativice la propia postura al respecto, solicitando incluso del Señor que mueva hacia el sentimiento contrario [EE 157]. Desde aquí, la apertura a un nuevo diálogo, la ayuda del acompañante que actúe de cauce de objetivación y la creación de nuevos espacios de libertad serán mediaciones indispensables para reestablecer el sano equilibrio conyugal.

**2.4. La elección.** En la deliberación de 1539 encontramos una expresión que nos servirá de punto de arranque para nuestra reflexión: *“... finalmente, con la ayuda del Señor, concluimos no por mayoría de pareceres, sino por unánime juicio sin contradicción alguna”*<sup>25</sup>. En el caso de esta especial comunidad de dos, no existen mayorías ni minorías, no hay posibilidad de que nadie salga perdedor o vencedor. La unanimidad como unidad en el amor es, no sólo un proyecto o una esperanza, sino la única vía posible de elección en pareja.

Cuando se trata de llevar a cabo la elección realizada, tanto si es para la consecución de la vocación a la paternidad/maternidad en el momento actual como para demorarlo, se necesitará de una actitud firme y decidida por parte de ambos. Del mismo modo, como en toda decisión tomada desde la búsqueda sincera de la voluntad de Dios, las dificultades no serán pocas y necesitarán de una voluntad firme (dos voluntades unidas en la vocación común) para afrontar todas las situaciones, que pueden llegar a ser dramáticas para la pareja: esterilidad de alguno de los cónyuges, dificultad en el seguimiento de determinados métodos anticonceptivos empleados (fundamentalmente naturales), la concepción de algún hijo con malformaciones graves, embarazos patológicos, embarazos múltiples, embarazos de alto riesgo...

Por todo ello podemos pensar que la unanimidad no es frecuentemente fruto de un momento concreto sino que, desde una decisión tomada con sus luces y sombras, se va construyendo poco a poco a medida que el ejercicio de la paternidad responsable va formando parte importante de la historia común de la pareja.

**2.5. La confirmación de la elección.** En el proceso de los Ejercicios la confirmación de la elección la vemos expresada en el *“ir la persona que tal ha hecho, con mucha diligencia,*

---

<sup>25</sup> J. Cl. DHÔTEL, *Op cit.*, 8.

a la oración delante de Dios nuestro Señor y ofrecerle la tal elección para que su divina majestad la quiera recibir y confirmar, siendo su mayor servicio y alabanza” [EE 183] que aparece al final del recorrido realizado para la elección. Esta confirmación habrá de ser en un doble sentido: interior y exterior.

La confirmación interior, como reconocimiento de que es el Espíritu el que ha inspirado, se suele dar a lo largo de la ejecución de la elección realizada, cuando cada uno de los cónyuges ve fortalecida su vocación a constituir una comunidad de amor y vida desde el amor mutuo y el proyecto de apertura a la vida. La decisión no sólo abre a una nueva realidad en la pareja en lo que concierne a la paternidad responsable, sino que cambiará también el modo de proceder y los dinamismos internos de amor y entrega mutuos. Todo ello se puede traducir en los más diversos dones del Espíritu que traspasan las fronteras del mismo matrimonio: el amor, la alegría, la paz, la paciencia, la fidelidad, la templanza...

La confirmación exterior ayudará a no identificar una decisión humana con la voluntad de Dios. El Magisterio es claro a este respecto:

*“Este juicio, en último término, deben formarlo ante Dios los esposos personalmente. En su modo de obrar, los esposos cristianos sean conscientes de que no pueden proceder a su antojo, sino que siempre deben regirse por la conciencia, lo cual ha de ajustarse a la ley divina misma, dóciles al Magisterio de la Iglesia, que interpreta auténticamente esta ley a la luz del Evangelio.”<sup>26</sup>*

No son raros los casos en que puede verse la pareja en situación de tomar decisiones que contravenga la interpretación que el Magisterio realiza de la ley divina. Considero que en tales casos se constituye en inestimable ayuda el acompañamiento por parte de pastores bien formados en toda su profundidad (declaraciones de Magisterio pontificio, episcopal, corrientes diversas existentes en nuestra plural Tradición eclesial...) en el tema concreto que concierna a la pareja.

En último término, la confirmación de la decisión conyugal vendrá dada en la misma fidelidad de la pareja a la continua búsqueda de la voluntad de Dios a lo largo de toda la historia común que, a lo largo de los años, se verá enriquecida por nuevos miembros, fruto del mutuo amor.

---

<sup>26</sup> GS 50.

---

## CONCLUSIÓN

---

Después de más de dos siglos de reflexión filosófica en torno a la autonomía moral, desde que I. Kant sistematizara el pensamiento en torno a este principio; después de conquistar la secularmente arrebatada autonomía del paciente respecto a las decisiones que incumben a su enfermedad; después de más de siglo y medio de reivindicación del papel público y privado de la mujer; después de unas décadas del descubrimiento de un nuevo mundo de relaciones conyugales simétricas... se nos hace imprescindible hacer uso de la misión “pontifical” del discurso bioético en torno al comienzo de la vida para matizar, enriquecer y dar nuevas respuestas al mundo cambiante que nos toca vivir.

Los grandes avances científico-técnicos en el ámbito biosanitario han puesto de manifiesto realidades ancestrales y han descubierto realidades nuevas que tienen como sujeto no a un individuo, sino a una pareja a las que les une el especial vínculo afectivo, legal y, en muchas ocasiones, espiritual-sacramental que es el matrimonio (en cualquiera de sus innumerables modalidades de institucionalización). La historia nos muestra que, aun con muy escasas posibilidades de intervención, tanto en la concepción como en la anticoncepción, siempre ha habido un poder dominante decisorio por parte del varón, al mismo tiempo que un oculto poder “efectivo” por parte de la mujer, que ha intervenido sobre su cuerpo (privilegio de la naturaleza que no nos hace iguales de facto) para protegerse a sí misma y a sus hijos ya nacidos de las múltiples agresiones a las que la naturaleza hostil nos expone.

Tomando como punto de partida la institución matrimonial tal y como es concebida en nuestras actuales sociedades occidentales, podemos inducir que las decisiones que han de tomarse en orden a un proyecto conyugal común de fecundidad no se sitúan en un marco de lucha de poderes donde la mujer tiende a tener la última



palabra legal en no pocos casos. Desde los datos arrojados por la realidad mundial y española podemos ver que cada vez es más generalizado el deseo de decidir en pareja el modo de llevar a cabo la común identidad de maternidad/paternidad, pero también son manifiestas las dificultades que tal acuerdo entraña, debido precisamente a los obstáculos inherentes a la comunicación interpersonal entre dos personas que viven, desde su género, dos cosmovisiones diversas de esta única realidad.

Pero, ciertamente y asumiendo todas las dificultades señaladas y la misma limitación de la realidad humana, podemos afirmar con el Prof. Diego Gracia que es posible la toma de decisiones por parte de dos sujetos sin que ello suponga hacer valer la voz del más fuerte al mismo tiempo que acallar la del débil, el dominio o la dejación de responsabilidad en la toma de decisiones por parte de ninguno de los dos cónyuges. La deliberación, dentro de una adecuada metodología de elección racional hace posible, no sin un ejercitado esfuerzo deliberativo por parte de ambos, que la decisión tomada no sea el resultado de una compleja ecuación de dos componentes, ni tampoco la victoria final de la difícil justicia democrática de dos votos. Salir de la realidad individual, incluso de la misma realidad conyugal, para abrirse a la verdad y las posibilidades que el otro ofrece puede llegar al compromiso mutuo, actitud procesual que abarca todo un largo camino que incluye, como un momento más, la decisión tomada. Ésta, en la mayoría de los casos, constituye un momento puntual en el proyecto de fecundidad de la pareja del que con dificultad pueden posteriormente retractarse por las consecuencias inferidas. Sin embargo, el compromiso elaborado a lo largo del proceso deliberativo es una realidad dinámica que asume la limitación personal y conyugal y puede enriquecerse y fortalecerse a lo largo del tiempo a través del fortalecimiento de los vínculos interpersonales y la apertura a nuevos miembros de la comunidad familiar. El compromiso, así entendido, responde mejor a las mismas exigencias de la comunicación en pareja que, como ya señalábamos en el capítulo referente a los datos, es una realidad dinámica y difícilmente valorable desde medidas puntuales y concretas, en el espacio y en el tiempo.

También el discernimiento espiritual, con siglos de validación en la comunidad eclesial, propone un método para los matrimonios cristianos que, asumiendo la realidad santa y pecadora de la condición humana, posibilita el compromiso mutuo desde un único eje vertebrador que sostiene todo el proceso: la voluntad del Dios de Jesucristo

que ha constituido a la pareja cooperadora en su obra creadora. Difícil e inestable equilibrio entre tres “voluntades” peculiares que sólo podrán integrarse desde el don del Espíritu Santo que juntos invocan y gratuitamente reciben.

Por todo ello, estamos en condiciones de afirmar que, aun en situaciones de desacuerdo manifiesto, es posible alcanzar un compromiso común, también en la búsqueda de la única voluntad de Dios cuando se ejercita una verdadera actitud deliberativa y de apertura de uno mismo a la razón y la argumentación del otro, así como a la voluntad del Otro, que no es otra que la vida del hombre. Es posible, sí, pero no sencilla ni exenta importantes obstáculos, que en algunos casos pueden llegar a ser insalvables (tanto de personalidad individual como de identidad conyugal, que hemos ido desgranando a lo largo de nuestra propuesta ética).

Siendo así posible la toma de decisiones en pareja, ¿qué lugar le queda al principio de autonomía que ha sostenido a la reflexión en bioética clínica de los últimos treinta años y ha dado lugar en nuestro medio a toda una legislación al respecto? ¿Cómo resituarlo en el contexto de las decisiones en torno al comienzo de la vida?

Hemos señalado cinco importantes limitaciones de este principio, que es preciso tener en cuenta para su reflexión, aunque no por ello lo anulan como tal. También hemos visto cómo estas mismas limitaciones están preñadas de otras tantas posibilidades que pueden enriquecer el discurso bioético en torno a la autonomía, respondiendo, de este modo, a su inherente vocación al ejercicio del diálogo plural.

Algunas de las limitaciones presentadas son fruto de la aportación de ciertas éticas feministas que han visto en la misma conceptualización del principio de autonomía la ausencia de toda referencia a las asimetrías de poder existentes en todas las sociedades. Esta situación influye en todos los individuos en mayor o menor medida, pero muy especialmente en la mujer, y ésta en una vulnerable situación como es la gestación o la imposibilidad de ésta. De este modo, tampoco se ha tenido en cuenta en la reflexión de este principio su especial concepción del cuerpo que lo constituye en una realidad dinámica capaz de ampliarse a un nuevo ser que crece o a otros a los que cuidar y de los que hacerse cargo.

Siendo ciertas las carencias que estas bioéticas feministas señalan, quisiera apuntar un peligro latente que desde el comienzo del presente estudio ha estado presente y contra el que sistemáticamente he pretendido huir: comprender las

decisiones en torno al principio de la vida como propiedad exclusiva de la mujer, que es la que, en definitiva, aporta la inevitable corporalidad que el desarrollo de una nueva vida precisa. Es la reivindicación realizada desde hace más de treinta años por parte de muchos sectores del feminismo y del que no se ha sustraído ni el colectivo sanitario ni la sociedad en general de la que todos formamos parte. Por otro lado tampoco se trata de contrarrestar a toda una historia de dominio masculino mediante una inversión de términos por la que toda aportación masculina (incluso biológica, ahora que técnicamente es posible) queda relegada a un segundo plano o simplemente a ningún plano. Ya explicité suficientemente el modo en que las intervenciones en las tres fases en que podemos dividir el proceso de fecundidad conllevan otras tantas consideraciones en torno a la simetría o asimetría relacional en el sujeto “bimembre” que decide, según tengan lugar las consecuencias de las decisiones tomadas en la corporalidad personal del miembro femenino del sujeto decisorio o no. Entiéndase “sujeto” en singular cuando se demanda una única decisión de la que forman parte dos sujetos que han de establecer los valores integrantes y calibrar las consecuencias que para ambos traerá la decisión tomada.

Parece que, de alguna manera, la legislación española se hace eco de esta misma distinción, puesto que podemos observar en el ordenamiento jurídico referente al principio de la vida las siguientes constataciones: en primer lugar, en las técnicas “pregestacionales” (técnicas de RHA, por ejemplo) se precisa el consentimiento de ambos miembros de la pareja, siempre y cuando sea solicitada por una mujer casada o que viva en pareja de alguna manera institucionalmente reconocida<sup>1</sup>; en segundo lugar, en las técnicas encaminadas a intervenir directamente en el proceso de gestación (fundamentalmente el aborto), sólo se solicita el consentimiento informado de la mujer; finalmente, en las intervenciones realizadas directamente sobre el llamado “preembrión” se solicitará el consentimiento de ambos cónyuges, en condiciones similares a las intervenciones sobre un hijo menor de edad. Llama la atención cómo tiene distinta consideración el embrión preimplantatorio in vitro que se desea tratar o crioconservar que el embrión o feto no deseado por la madre. Como ya he señalado en otra ocasión, el Derecho no pretende indicar qué es ético y qué no lo es en un tema tan

---

<sup>1</sup> “Pareja progenitora”, “marido, con anterioridad a la generación de preembriones”, “varones a ellas vinculados”, “cónyuges”, “consortes”... Los términos empleados por nuestro ordenamiento jurídico son múltiples, como podemos apreciar.

complejo, simplemente señala los mínimos éticos que para esta sociedad concreta nuestra pueden ser exigidos para todos. Toda otra consideración respecto a la excelencia ética queda fuera del ámbito del Derecho.

También de la mano de las éticas feministas que nos aportaron dos importantes limitaciones al principio de autonomía hemos presentado otras tantas posibilidades que enriquecen en gran medida la reflexión bioética en el ámbito concreto que nos ocupa. El principio de autonomía relacional muy ligada a una nueva concepción del cuerpo desde la reflexión femenina, vienen a completar en este principio todo su concepto y en ningún modo a sustituir u obviar cualquier otra anterior reflexión.

No podemos prescindir en nuestra reflexión de la limitación que supone la necesaria e inevitable asimétrica relación de la mujer o la pareja con los profesionales sanitarios, lo cual nos ha llevado a abordar el tema del paternalismo, límite indudable en una concepción liberal de la autonomía, así como en una comprensión de la beneficencia que entiende al otro desde una situación de minoría de edad y que, por tanto, no respeta su autonomía. Pero esta beneficencia también puede hacer alcanzar al principio de autonomía otras potencialidades al reconocerse posible desde la benevolencia, encontrando en el bien el valor común a perseguir por todos los sujetos que intervienen en el hecho en sí y la clave de bóveda desde la que comprender todas las relaciones que se establecen a partir de una situación concreta que demanda una respuesta científica, técnica y, por supuesto, ética.

¿Es la vivencia de la fe cristiana un límite o bien una nueva condición de posibilidad para la toma de decisiones autónomas referentes al principio de la vida? No ha sido mi pretensión a lo largo de este estudio entrar a las complejas consideraciones en torno a la “teonomía participada” vs. “autonomía teónoma”, pues en sí mismas podrían constituir el tema de un nuevo estudio. La propuesta de vida (no sólo moral) del Dios de Jesús de Nazaret es el amor, virtud teologal que entra en colisión con un determinado concepto del principio de autonomía basado en la libertad sin limitación alguna.

Vivir y decidir desde el amor integra en sí mismo buena parte de las posibilidades propuestas: concibe la autonomía desde toda una red de relaciones que supera todo

individualismo<sup>2</sup>; busca el bien como dignidad de la persona, cualificando así una benevolencia bien entendida<sup>3</sup>; comprende el propio cuerpo como don para ser dado a todos<sup>4</sup>; une a todos en comunidad solidaria en favor de la vida<sup>5</sup> (y no sólo a la “comunidad femenina”); y constituye al matrimonio cristiano en cooperadores (que no meros empleados o subalternos) en la obra creadora de su amor<sup>6</sup>.

El principio de autonomía queda, pues, redefinido por el amor. Estamos en condiciones de afirmar que es posible tomar decisiones suficientemente autónomas cuando son dos los sujetos que en primera persona se ven afectados por la decisión concerniente al comienzo de la vida humana. El matrimonio, comunidad de dos individuos unidos por amor, en amor y para el amor, lejos de suponer un obstáculo para el ejercicio del principio de autonomía, queda erigido como un tipo de relación interpersonal “modelo” para llevar a cabo decisiones consensuadas, tan numerosas y en progresión creciente en el ámbito bioético.

---

<sup>2</sup> 1Co 12, 12-27: “Porque en un solo Espíritu hemos sido bautizados, para no formar más que un cuerpo (...) Y no puede el ojo decir a la mano: ‘¡no te necesito!’ Ni la cabeza a los pies: ‘¡no os necesito!’ (...)”

<sup>3</sup> Mt 25, 35-40: “Porque tuve hambre y me disteis de comer (...) cuanto hicisteis a uno de estos hermanos míos más pequeños, a mí me lo hicisteis”.

<sup>4</sup> Lc 22, 19b: “Éste es mi cuerpo que es entregado por vosotros; haced esto en recuerdo mío”.

<sup>5</sup> Jn 15, 12-13: “Éste es mi mandamiento: que os améis los unos a los otros como yo os he amado.” Y Jn 17, 22-23: “Yo les he dado la gloria que tú me diste para que sean uno como nosotros somos uno: yo en ellos y tú en mí, para que sean perfectamente uno y el mundo conozca que tú me has enviado y que los has amado a ellos como me has amado a mí.”

<sup>6</sup> Gn 1, 27-28: “Creó Dios al ser humano a imagen suya, a imagen de Dios le creó, hombre y mujer los creó. Y los bendijo Dios y les dijo: ‘Sed fecundos y multiplicaos y llenad la tierra y sometedla’”. Y Jn 15, 15: “No os llamo ya siervos, porque el siervo no sabe lo que hace su amo; a vosotros os he llamado amigos, porque todo lo que he oído a mi Padre os lo he dado a conocer.”

---

## BIBLIOGRAFÍA

---

### LIBROS

- ALBURQUERQUE, E., *Matrimonio y familia. Teología y praxis cristiana*, San Pablo, Madrid 2004.
- BEAUCHAMP, T. L. y CHILDRESS, J. F., *Principios de ética Médica*, Masson, Barcelona 1999.
- BLONDEL, M., *Ensayo de una crítica de la vida y de una ciencia de la práctica*, BAC, Madrid 1996.
- DHÔTEL, J. C., *Discernir en común. Guía práctica del discernimiento comunitario*, Sal Terrae, Santander 1989.
- Ejercicios Espirituales de San Ignacio de Loyola*, Sal Terrae, Santander 1995.
- ELZO, J., *Los jóvenes y la felicidad. ¿Dónde la buscan? ¿Dónde la encuentran?*, PPC, Madrid 2006.
- FERRER, J. J. y ÁLVAREZ J. C., *Para fundamentar la bioética. Teorías y paradigmas en la bioética contemporánea* (Cátedra de Bioética 8), Desclée de Brouwer-UP Comillas, Madrid 2003.
- GAFO, J. y ELIZARI, F. J., *Conflicto entre vida y realización personal* (El valor de la vida humana 4), Fundación Santa María, Madrid 1984.
- GONZÁLEZ-ANLEO, J. y GONZÁLEZ BLASCO P. (Dir.), *Jóvenes españoles 2010*, Fundación SM, Madrid 2010.
- GONZÁLEZ MORÁN, L., *De la Bioética al Bioderecho. Libertad, vida y muerte* (Cátedra de Bioética n. 14), Dickinson-UPCO, Madrid 2006.
- GRACIA, D., *Fundamentos de Bioética*, Eudema Universidad, Madrid 1989.
- \_\_\_\_\_, *Procedimientos de decisión en ética clínica*, Eudema Universidad, Madrid 1991.
- \_\_\_\_\_, *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética*, (Humanidades Médicas n. 11), Triacastela, Madrid 2004.

- HABERMAS, J., *Escritos sobre moralidad y eticidad*, Paidós/ICE de la Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, 1991.
- \_\_\_\_\_, *Facticidad y validez: Sobre el Derecho y el Estado democrático de derecho en términos de teoría del discurso*, Madrid, Trotta, 1998.
- HÄRING, B., *Libertad y fidelidad en Cristo*, vol. II, Herder, Barcelona 1981.
- HORTAL, A., *Ética general de las profesiones*, Desclée de Brouwer, Bilbao 2002.
- IPAS, *Explorando los roles de los hombres en las decisiones de las mujeres de interrumpir el embarazo. Una revisión del material publicado con sugerencias para la toma de acción*, Chapel Hill, Carolina del Norte, 2009.
- MARTÍNEZ, M., *El Discernimiento. Teoría y práctica*, Publicaciones Claretianas, Madrid 1984.
- MASIÁ, J., *Bioética y Antropología* (Cátedra de Bioética n. 3), Comillas, Madrid 2004.
- MCLAREN, A., *Historia de los anticonceptivos. De la antigüedad a nuestros días*, Minerva, Madrid 1993.
- NOONAN, J. T., *Contracepción. Desarrollo y análisis del tema a través de los canonistas y teólogos católicos*, Troquel, Buenos Aires 1967.
- PELLEGRINO, E. D. Y THOMASMA, D. C., *Las virtudes cristianas en la práctica médica* (Cátedra de Bioética n. 15), Comillas, Madrid 2008.
- PONTIFICIO CONSEJO PARA LA FAMILIA, *Lexicon. Términos ambiguos y discutidos sobre familia, vida y cuestiones éticas*, Palabra, Madrid 2006.
- VÉLEZ, J., *Bioéticas para el siglo XXI. 30 años de Bioética (1970-2000)*, Universidad de Deusto, Bilbao 2003.
- VIDAL, M., *El matrimonio. Entre el ideal cristiano y la fragilidad humana. Teología, moral y pastoral*, Desclée de Brouwer, Bilbao 2003.
- \_\_\_\_\_, *Moral del matrimonio* (EAS 20), PS, Madrid 1980.
- \_\_\_\_\_, *Moral de Actitudes II. Ética de la persona*, PS, Madrid 1978.

#### CAPÍTULOS DE LIBROS

- BELLIOTTI, RAYMOND A. "La sexualidad", en: SINGER, P., *Compendio de Ética*, Alianza, Madrid 2004, 433-448.
- DI DOMÉNICO, C., "El consentimiento informado en la Reproducción Asistida", en: LOYARTE, D. (Coord.), *Bioética: cuestiones abiertas. Inicio, desarrollo y fin de la vida humana*, Eledé, Buenos Aires 1996, 81-93.
- ELIZARI, F. J., "Procreación responsable", en: VIDAL, M., *Conceptos fundamentales de ética teológica*, Trotta, Madrid 1992, 607-620.

- GRACIA, D., "La deliberación moral. El papel de la metodología en ética clínica", en: SARABIA, J., Y DE LOS REYES, M. (Ed.), *Comités de ética asistencial*, Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, Madrid 2000, 21-41.
- JONSEN, A. R., "Un mundo feliz': la racionalidad en la reproducción", en: THOMASMA, D. C. Y KUSHNER, TH., *De la vida a la muerte. Ciencia y Bioética*, Cambridge University Press, Madrid 1999, 66-73.
- TORRE, J. DE LA, "La recuperación del paternalismo en la relación médico-paciente", en: VV. AA., *Los avances del Derecho ante los avances de la Medicina*, Aranzadi, Madrid 2008.

#### ARTÍCULOS

- AMMIGHT-QUINN, R., BOBBERT, M., HAKER, HILLE, HEIMBACH-STEINS, M., KOSTKA, U., MENSINK, D., SCHMEDDERS, M., SCHMIDT, S. Y SCHNEIDER, M., *Las mujeres en la práctica de la medicina reproductiva y en el discurso bioético*: Concilium 314 (febrero de 2006) 139-158.
- BARRIO MAESTRE, J. M., *La aporía fundamental del llamado 'debate bioético'*: Cuadernos de Bioética XIV n. 51-52 (2003) 229-240.
- BOTERO, J. S., *La conciencia del nosotros conyugal: raíces en el pasado y perspectivas de futuro*: Laurentianum 43 (2002) 397-415.
- \_\_\_\_\_, *El discernimiento ético de pareja: un desafío al machismo/feminismo actual*: Cuestiones Teológicas 33 n. 79 (enero-junio 2006) 117-137.
- \_\_\_\_\_, *Hacia una conciencia del nosotros conyugal*: Moralia 14 (1992) 177-194.
- DRANE, J. F., *Métodos de Ética Clínica*: Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 108 n. 5-6 (1990) 415-425.
- GAFO, J. S.J., *Una ética sexual en el interior de la ciudad humana*: Sal Terrae 80/7 n. 948 (febrero 1994) 83-97.
- GONZÁLEZ, M. M., *Nuevas familias monoparentales: Madres solas por elección. Año 2008-2010*, Trabajo de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla. En: < <http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/estudios/estudioslinea2012/docs/nuevasFamiliasMonoparen.pdf> > 7 de junio de 2014.
- GRACIA, D., *La deliberación moral: el método en ética clínica*: Medicina Clínica 117 n. 01 (2001) 18-23.
- GRUPO MARÍA, *Una mirada de mujer a la Humanae vitae*: Sal Terrae 96/7 n. 1.125 (2008) 583-594.
- MARTÍNEZ CORTÉS, J., *Sociología y psicología de una fragilidad: la del matrimonio*: Sal Terrae 82/2 n. 965 (febrero 1994) 99-111.
- SARMIENTO, A., *El 'nosotros' del matrimonio. Una relectura personalista del matrimonio como comunidad de vida y amor*: Scripta Theologica 31 (1999) 71-102.



VERGARA F., ABEL F., MARTÍNEZ, J. M., ALVAREZ D., COLL C., GONZÁLEZ-MERLO J., MATEU S. Y ZAMARRIEGO J., *Bioética y Reproducción Asistida: Progresos de Obstetricia y Ginecología* 10 n. 44 (2001) 397-415.

VV. AA., *Salud reproductiva: Nuevas perspectivas sobre la participación de los hombres: Populations Reports XXVI* n. 2 (octubre de 1998) serie J, n. 17.

VV. AA., *Elección informada en la planificación familiar: Populations Reports XXXI*, n. 2 (2003), serie M, n. 17.

#### LEGISLACIÓN

*Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal* (BOE n. 166, de 12 de julio de 1985, 22041 - 22041).

*Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre Técnicas de Reproducción Asistida* (BOE n. 282, 24 de noviembre de 1988, 33373-33378).

*Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica* (BOE n. 274, de 15 de noviembre de 2002, 40126 - 40132).

*Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida* (BOE n. 126, 27 de mayo de 2006, 19947-19956).

*Sentencia del Tribunal Constitucional 53/1985, de 11 de abril* (BOE n. 119, de 18 de mayo de 1985, 10 - 25).

*Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo* (BOE n. 55, 4 de marzo de 2012, 21001-21014).

#### DOCUMENTOS MAGISTERIALES

*Código de Derecho Canónico*, Madrid, 1983.

CONCILIO VATICANO II, Constitución Pastoral *Gaudium et spes*, sobre la Iglesia en el mundo actual, 7 de diciembre de 1965.

CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE, Instrucción *Donum vitae*, sobre el respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación, 22 de febrero de 1987.

JUAN PABLO II, Exhortación Apostólica *Familiaris consortio*, sobre la misión de la familia cristiana en el mundo actual, 22 de noviembre de 1981.

PABLO VI, Carta Encíclica *Humanae vitae*, sobre la regulación de la natalidad, 25 de julio de 1968.