

Parekh, S.: «Getting to the Root of Gender Inequality: Structural Injustice and Political Responsibility», en: *Hypatia*, 2n Feast, vol. 26, núm. 4, otoño de 2011, pp. 672-689.

Valcárcel, A.: *Feminismo en un mundo global*, Madrid, Cátedra, Instituto de la Mujer, Universitat de València, col. Feminismos, 2008.

Young, I.M.: *Justice and the Politics of Difference*, Princeton, Princeton University Press, 1990.

—*La Justicia y la Política de la Diferencia*, Madrid, Cátedra, Instituto de la Mujer, Universitat de València, col. Feminismos, 2000.

—*Responsabilidad por la Justicia*, Madrid, Ediciones Morata y Fundación Paideia, 2011.

Nuevas maternidades: justicia social y capacidad de elección

Josefina Goberna Tricas*

A partir de la lectura de dos noticias aparecidas en medios bastante distantes, pero ambas relacionadas con la maternidad, inicié la reflexión ético/sociológica que a continuación se expone:

Las noticias son las siguientes: La primera publicada, en varios medios de comunicación, el 1 de abril de 2012, se presentaba con el titular: *Angelina Jolie podría perder a uno de sus hijos adoptivos*. La madre biológica pidió ver al niño en Vietnam para que pase tiempo con su familia.

El texto que la acompañaba explicaba: *La famosa actriz Angelina Jolie y su marido Brad Pitt enfrentan un problema serio: podrían perder a uno de sus hijos adoptivos. Se trata del pequeño Pax, quien fue abandonado por su madre tras dos días de dar a luz. Sin embargo, la madre vietnamita quiere volver a ver al niño. La madre biológica del pequeño de 8 años habría contactado con la agencia de adopción, con el fin de volver a ver al niño, la mujer que es toxicómana, abandonó a Pax y ahora quiere retomar el contacto, según la revista National Enquirer. Se dice que la mujer ya está «limpia» y que quiere que el niño vaya a Vietnam para pasar tiempo con su familia biológica.*

Otra noticia totalmente distinta aparecía en la introducción del dossier «Maternitats» escrito por Bru Rovira¹

* Este artículo se inscribe dentro del proyecto de investigación: FEM2012-33067 «Maternidad, Tecnología y Relación Asistencial», financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad.

¹ Rovira, B.: *Maternitats*, Barcelona, Obra Social La Caixa, 2010.

como presentación de la exposición de fotografías que se presentó en Fundación la Caixa. El autor, fotógrafo y redactor de *La Vanguardia* y reportero internacional, recorrió todo el mundo para captar con su cámara fotográfica uno de los sentimientos humanos más profundos y universales: la maternidad. Rovira explica en el dossier que el inicio de su aventura fotográfica con el tema de la maternidad se forjó en 2001 cuando se encontraba en Cuito (Angola). Su interés periodístico le llevó a fotografiar la intervención quirúrgica de una niña de cinco años, herida por la metralla de una mina, mientras jugaba al lado de su casa. El cirujano tardó cinco horas en realizar la intervención quirúrgica; mientras el médico atendía a la niña en el quirófano llegó una chica de dieciséis años embarazada, que murió de una peritonitis en los pasillos del hospital, frente a la puerta del quirófano, porque no había ningún otro médico en el hospital que pudiera atenderla. El fotógrafo solo pudo estrechar su mano para acompañarla en su despedida de la vida. Al día siguiente, la imagen de la chica embarazada muerta todavía le perseguía, por lo que decidió no salir a tomar nuevas fotografías; mientras estaba sentado a la sombra de una cabaña, vio a otra adolescente de no más de 15 años, sentada y jugando con su pequeño bebé: riendo y besándolo; totalmente aislada de lo que sucedía a su alrededor, que no era otra cosa que hambre y pobreza.

Esta escena llevó a Rovira a formular la siguiente frase, lema asimismo de su exposición: *La relación entre una madre y su hijo pertenece a este universo inmaterial, privado e íntimo capaz de sobrevivir a cualquier situación por mal que vayan las cosas.*²

Estas dos noticias ponen en evidencia la relación directa de la maternidad/paternidad con decisiones íntimas y personales, pero al mismo tiempo muestran que estas decisio-

² *Ibid.*

nes deben tomarse en un medio y contexto social determinado, que las enmarca y en ocasiones las determina.

PROCREACIÓN: LIBERTAD INDIVIDUAL, CONTEXTO SOCIAL Y DESIGUALDAD

Son diversos los filósofos que han señalado cómo en la actualidad, y debido a las tragedias históricas ligadas a prácticas eugenésicas y a otras prácticas coercitivas relacionadas con la procreación por parte de los estados, no es admisible el derecho de injerencia política en las decisiones personales relacionadas con la procreación. Hoy en día se reconoce, desde un punto de vista legal, que cada mujer decide por sí misma en aquellos temas que atañen la fertilidad y la reproducción.

Esta libertad personal se ejerce en un entorno social determinado. Glen McGee escribe en su libro *El bebé perfecto*:³ «Moralmente, ninguna institución o sociedad ha reconocido nuestra responsabilidad colectiva para pensar al respecto de los temas relacionados con la procreación y las diferentes tecnologías y estrategias que desarrollamos». Añade también McGee que «las decisiones sobre los propósitos y las circunstancias de la reproducción ocurren siempre en un contexto social».

Es este contexto social lo que ahora pretendo analizar, para poner en evidencia las relaciones de injusticia social y falta de equidad que se dan en relación a la procreación y a la maternidad: Cuando el nivel socioeconómico es bajo, las mujeres tienen acceso muy limitado a los recursos materiales y a la educación básica; eso imposibilita tomar decisiones con información certera sobre la maternidad, la salud y la nutrición. En este sentido UNICEF declaraba en 1999: «Una nutrición inadecuada antes y durante el embarazo

³ McGee, G.: *El bebé perfecto*. Barcelona, Gedisa, 2003.

contribuye a la mala salud, problemas obstétricos, y morbi-mortalidad en las mujeres y sus bebés».⁴

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS),⁵ 358.000 mujeres murieron en el mundo durante el año 2008 como consecuencia del proceso de embarazo, parto y puerperio. Para mejorar estos resultados las agencias de salud recomiendan que las mujeres de todo el mundo reciban la atención de asistentes especializadas en el parto normal, como son las parteras y matronas profesionales, con el respaldo de servicios médicos, en caso de complicaciones. Las recomendaciones de la OMS indican que «la causa subyacente del problema de morbi-mortalidad materna y perinatal es que en los países pobres no hay suficientes parteras capacitadas para atender a las mujeres».

Estos datos hacen evidentes las diferencias entre países ricos y países pobres: Así en los países pobres las mujeres ven todavía peligrar su vida como consecuencia de los procesos del embarazo y parto, simplemente por falta de asistencia profesional, pero eso no es todo, demasiado a menudo se ven obligadas a separarse de sus recién nacidos por problemas sociales asociados a la pobreza y a la marginalidad. Mientras tanto, convertirse en madre se contempla en el imaginario social de Occidente como un proceso seguro desde el punto de vista sanitario y se convierte en un tema de realización personal; cuando una mujer, o una pareja, tienen dificultades para la procreación natural o, a pesar de no presentar problemas para reproducirse, quieren ser solidarios con los problemas de los niños en países pobres recurren a la adopción.

⁴ Health Section, Programme Division: *Programming for Safe Motherhood: Guidelines for Maternal and Neonatal Survival*, UNICEF, 1999.

⁵ Organización Mundial de la Salud: *Salud de la madre, el recién nacido, niño y adolescente, [on line]*, (consulta: 5 de abril de 2013), disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/en/index.html.

Cuando nos referimos a la maternidad por adopción debemos referirnos al Convenio de la Haya,⁶ firmado en 1993, que se preocupa por velar, de forma efectiva, por la prevención de sustracciones, venta o tráfico de menores fuera de un entorno legal a través de la cooperación de los países adoptantes y adoptados, haciendo hincapié en tres puntos fundamentales:

- Acudir a la adopción internacional cuando ha sido imposible encontrar un hogar idóneo para el menor en su propio país de origen.
- Por parte del país de los solicitantes de la adopción, las autoridades deben asegurarse de que éstos estén preparados y sean debidamente informados y formados para asegurar un entorno adecuado para el niño adoptado. Una medida para asegurar esta idoneidad de los candidatos es a través del Certificado de Idoneidad.
- El país de origen del menor en adopción debe garantizar que la adopción solicitada es la mejor opción para el niño, asegurando a su vez que el proceso se lleva a cabo con el consentimiento de la familia biológica o la institución pertinente, evitando coacciones o pagos ilegales.

La convención de la Haya pretende garantizar el bienestar de los menores que son dados en adopción, pero quiero volver de nuevo a la cuestión de la maternidad y al contexto histórico y social en que tiene lugar. Una mirada retrospectiva nos muestra cómo el movimiento feminista sufragista que se desarrolló en la Europa de inicios de siglo XX reclamaba el derecho de ciudadanía para las mujeres, desde la convicción de la maternidad como la condición unificadora del sexo femenino. La maternidad se concebía como

⁶ Hague Conference on Private International Law. Convenio relativo a la Protección del Niño y a la Cooperación Internacional en Materia de Adopción Internacional, La Haya, 1993.

el principio unificador de todas las mujeres por encima de las diferencias de clase social o de estatus ocupacional, pero más de cien años después, la maternidad sigue mostrando fuertes diferencias en cómo es afrontada entre las mujeres que forman parte de sociedades pobres, para quienes supone un riesgo vital y quienes forman partes de sociedades ricas en las que se concibe como un factor de desarrollo y realización.

En la Declaración Universal de los derechos Humanos de 1948⁷ se reconoce a toda persona «la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad», así como el derecho a «un nivel de vida adecuado que le asegure... la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios».

Rawls,⁸ en su teoría de la justicia, afirma dos principios que deben servir de orientación para que las instituciones básicas realicen los valores de libertad e igualdad. Quiero hacer énfasis en el segundo de los principios que proclama:

Todas las personas son iguales en punto a exigir un esquema adecuado de derechos y libertades básicos iguales, esquema que es compatible con el mismo esquema para todos; y en ese esquema se garantiza su valor equitativo a las libertades políticas iguales, y solo a esas libertades.

Las desigualdades sociales y económicas tienen que satisfacer dos condiciones: primero, deben ir vinculadas a posiciones y cargos abiertos a todos en condiciones de igualdad equitativa de oportunidades; y segundo, deben promover el mayor beneficio para los miembros menos aventajados de la sociedad.

⁷ Asamblea General de las Naciones Unidas: *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, París, 1948.

⁸ Rawls, J.: *Teoría de la Justicia*, 2ª ed., Madrid, Fondo de Cultura Económica, 1995, p. 35.

Rawls reconoce que aunque los planes racionales de vida que la gente formula para sí pueden variar, todos ellos requieren para su ejecución ciertos bienes primarios, naturales y sociales. El problema está en valorar los bienes primarios de los menos aventajados. Para ello, propone situarnos en el lugar del individuo que representa al grupo más desaventajado y preguntarnos qué combinación de bienes sociales primarios sería racional que prefiriésemos.

Nino⁹ no establece el principio de justicia en el que se centra Rawls como principio separado de la autonomía, la inviolabilidad o la dignidad de la persona pero, en su opinión, los derechos económicos, sociales y culturales son indispensables para hacer efectivo el reconocimiento de la dignidad de las personas. Así nos dice:

El derecho a la vida y a la integridad corporal, por ejemplo, no solo comprende el verse libre de actos que puedan involucrar muerte o lesiones sino también el contar con los beneficios de una medicina preventiva y curativa adecuada, con albergue, abrigo y posibilidades de descanso satisfactorias...

En este sentido, también Boladeras¹⁰ expone:

Es preciso que la sociedad en su conjunto y todos los individuos se esfuercen en mantener el principio de igualdad como justicia equitativa en sus decisiones, a fin de no contribuir a ampliar el mal ya existente de los desequilibrios de la desigualdad y de la pobreza.

Por tanto, aunque reconozcamos la capacidad individual para la toma de decisiones en todos aquellos temas rela-

⁹ Nino, C.S.: *Ética y Derechos Humanos: Un ensayo de Fundamentación*, Barcelona, Ariel, 1989, p. 349.

¹⁰ Boladeras, M.: *Bioética*, Madrid, Síntesis, 1998, p. 79.

cionados con la procreación, no podemos olvidar que esta libertad de decisión se actualiza en un contexto social que puede determinarla y nos muestra las profundas desigualdades que se producen entre el acceso a la maternidad en países ricos y países pobres. La reflexión desarrollada hasta este punto pretende, simplemente, un toque de atención a la vulnerabilidad que supone para las mujeres de países pobres alcanzar el estatus de madre en ciertos entornos sociales.

MATERNIDAD Y VULNERABILIDAD

España es el segundo país en número de adopciones internacionales, pero muchas veces pensamos simplemente en lo mejor para los menores, aunque ello puede suponer que los conceptualizamos como desencarnados, como si nunca hubieran nacido de vientre de mujer, y pocas veces pensamos en las condiciones a que debe haber hecho frente la madre biológica, es decir la mujer que lo dio a luz.

En los países ricos, afortunadamente, la maternidad puede ser vivida como un evento dichoso y podemos asumir que las personas toman sus decisiones procreativas en un entorno social adecuado para llevarlas a cabo con garantías aceptables de éxito. Los estados de los países occidentales avalan las libertades personales de naturaleza negativa garantizando a los ciudadanos que estarán libres de interferencias públicas para decidir cuándo y cómo procrear; y además, han pretendido asegurar una libertad positiva entendida como la obligación de la sociedad de proporcionar ayudas para procrear en casos de infertilidad y esterilidad.

Este entorno político y social capaz de garantizar esta libertad individual no puede llevarnos a pensar que la interferencia del Estado contemporáneo en las decisiones sobre la reproducción no exista. Los organismos oficiales reglamentan sobre los matrimonios, sobre las pruebas prenatales

e incluso, en unos pocos casos, los tribunales pueden instar a la mujer embarazada a que actúe para proteger el feto que lleva en el vientre, o puede privar a los padres de la patria potestad, cuando se comprueba que su acción hacia los hijos no es adecuada.

Sin embargo, esta evidente ventaja social que se da en occidente no implica que no exista cierta vulnerabilidad en la toma de decisiones procreativas. Los progenitores deben tomar decisiones, no siempre fáciles, sobre tener hijos: referentes a cuándo y cómo engendrarlos, con quién, y en qué circunstancias, y estas circunstancias se inscriben en un contexto social. Los cambios sociales y demográficos de las últimas décadas han contribuido a modificar el escenario en el que se desarrolla la maternidad. Se ha producido un retraso en la edad de lo que suele denominarse el reloj biológico. La edad en que las mujeres tienen su primer hijo ha aumentado sensiblemente.

En 1988 Holanda tenía el récord de ser el país europeo donde las mujeres accedían a la maternidad a edades más altas; puesto que la edad en que tenían su primer hijo se situaba alrededor de los 29 años,¹¹ pero esta tendencia se ha ido generalizando en todos los países occidentales. En 2005 la edad de las mujeres españolas en el momento de dar a luz a su primer hijo era de 29,36, y solo Reino Unido presentaba una cifra ligeramente más alta en el entorno europeo.

En 2010, la edad media de las mujeres españolas para dar a luz a su primer hijo fue de 29,79.¹² Así mismo, el número medio de hijos por mujer en edad fértil se situaba en 2005 en 1,34 hijos por mujer; siendo esta cifra el resultado de

¹¹ Smeenk, A.D.; Have, H.A.: «Medicalization and Obstetric care: An Analysis of development in Dutch midwifery», en: *Medicine, Health and Philosophy*, 6, 2003, pp. 153-165.

¹² Instituto Nacional de Estadística, *Indicadores Demográficos. Datos europeos. Natalidad y fecundidad. Edad media del primer hijo por países y periodo*, [on line], Madrid, Eurostat. Consulta 5 de abril de 2013. Disponible en: <http://www.ine.es/inebase/cgi/axi>.

un largo periodo de descenso desde los 2,8 hijos por mujer del año 1975; el punto más bajo se alcanzó en 1998 con 1,16 hijos, aunque el ligero ascenso a partir de este año se debió a los nacimientos aportados por madres extranjeras afincadas en España. En los últimos años las cifras habían alcanzado los 1,46 hijos por mujer en 2008 descendiendo a 1,38 en 2010.

Las mujeres han igualado a los hombres en su acceso a los estudios universitarios y han accedido en buena medida al mercado laboral.¹³ Es evidente la relación entre la disminución de la natalidad y el retraso de la misma con la decisión, por parte de las mujeres y sus parejas, de anteponer la finalización de los estudios y el acceso al mercado laboral a su proyecto procreativo. En este contexto es muy difícil que una persona haya podido planificar su futuro antes de los 30 años.

Para las mujeres y parejas que no consiguen acceder al mercado laboral, cada vez más numerosas, las dificultades para tener hijos se asocian a los problemas económicos. En caso de las mujeres cuyo trabajo se desarrolla en el mercado de la economía sumergida, ni siquiera tienen el derecho al descanso perceptivo por nacimiento de un hijo.¹⁴

El retraso en la edad de la maternidad ha aumentado el porcentaje de hijos que nacen cuando las madres tienen más de 35 años. Las madres de mayor edad presentan mayor riesgo de tener complicaciones durante el embarazo y el parto, así como de bajo peso del recién nacido; la posibilidad de que el recién nacido presente defectos cromosómicos, especialmente síndrome de Down, también aumenta en las madres de más de 35 años. Dado que no se conocen métodos de prevención, la única forma actual para detec-

¹³ Instituto Nacional de Estadística; *Encuesta de Población Activa 2003*; a Maroto-Navarro, G.; *et al.*: «El reto de la maternidad en España: dificultades sociales y sanitarias», en: *Gac San*, 18, sup. 2, 2004, pp. 13-23.

¹⁴ Vid., Maroto-Navarro, G., *op. cit.*, p. 17.

tarlo se basa en el cribado y el diagnóstico prenatal de anomalías congénitas, que se ha integrado como una práctica más en los rituales de seguimiento sanitario del embarazo. En el modelo actual de atención sanitaria al embarazo el diagnóstico prenatal se presenta como una forma de reducir la frecuencia de defectos congénitos; para ello las mujeres, después de obtener la información adecuada, pueden ejercer su derecho a la autonomía y decidir si se someten a las pruebas de cribado y diagnóstico. En caso de confirmarse la presencia de un feto afectado por una cromosomopatía pueden decidir entre diferentes opciones: la mujer puede interrumpir el embarazo de forma legal, continuar con el mismo y criar al niño, o continuar con el embarazo y dejar el niño en adopción.

Pero no todos los autores están de acuerdo con un razonamiento de este tipo, que enfatiza la autonomía y capacidad de elección de la mujer embarazada; para Marsico¹⁵

cuando el diagnóstico prenatal se presenta únicamente como lenguaje tranquilizador, el tema se simplifica extraordinariamente, ya que, si consideramos que la sociedad deja sobre la mujer la carga y la responsabilidad de cuidar de los hijos, podemos interpretar que al mismo tiempo las induce a la necesidad de producir hijos sanos.

Las mujeres embarazadas asumen el deber de cumplir con ciertas instrucciones de comportamiento que la sociedad en general y los profesionales en particular les recomiendan con el fin de mejorar su salud y la de sus recién nacidos; por lo tanto, seguir las recomendaciones de los protocolos de atención al embarazo y someterse a las pruebas de cribado entraría dentro del conjunto de instrucciones que provienen de los profesionales sanitarios. Desde

¹⁵ Marsico, G.: *Bioética: Voces de Mujeres*, Madrid, Nancea, p. 155.

este punto de vista, el ejercicio de la autonomía entendido como una simple cuestión de elección se complica extraordinariamente.

En este punto es necesario referirnos al impacto social y personal de las cromosopatías y malformaciones congénitas. Es innegable que todas estas patologías, especialmente las más graves, comportan sufrimiento y muchas dificultades tanto para las personas que las sufren como para los padres de los niños afectados; cabe tener en cuenta que en el modelo de sociedad actual es difícil aceptar ciertas deficiencias, especialmente cuando la pareja y especialmente la madre ha tenido la posibilidad de detectarlo y, a pesar de ello, ha decidido continuar con el embarazo. Para Lippmann,¹⁶ las mujeres embarazadas no tienen otra alternativa que someterse a las pruebas de diagnóstico y a la interrupción del embarazo, si el diagnóstico de cromosopatía se confirma. Lippmann se pregunta:¹⁷

¿Continuar un embarazo cuando se ha visto que el feto tiene síndrome de Down, puede ser realmente una elección cuando la sociedad no acepta niños deficientes o no les garantiza la ayuda suficiente para su atención? ¿Puede una mujer tener una alternativa realista al diagnóstico y aborto de un feto afectado por una patología, cuando la sociedad ve el embarazo de una mujer «un éxito» si el niño nace sano?

Adrienne Asch¹⁸ afirma que tener hijos con enfermedades o defectos genéticos graves va en contra de los intereses personales de las mujeres, ya que generalmente son ellas las

¹⁶ Lippmann, A.: «Prenatal Genetic Testing and Screening: Constructing Needs and Reinforcing Inequities», en: *American Journal of Law and Medicine*, 18, 1991, pp. 15-50.

¹⁷ Citado en Marsico, G., *op. cit.*, p. 156.

¹⁸ Citado en Tong, R.M.: *Feminist approaches to bioethics*, Colorado, Westview Press, p. 233.

que se hacen cargo del cuidado, en el propio domicilio, de los niños y de los adultos discapacitados; y es generalmente la mujer quien renuncia a su carrera personal y profesional. La reflexión de Asch también recuerda, que muchas mujeres eligen estos sacrificios para no sentirse marcadas por sentimientos o acusaciones de egoísmo personal o crueldad.

La perspectiva feminista, sin embargo no es homogénea; así Tong¹⁹ afirma que desde una perspectiva política y social la preocupación de algunas autoras se centra en el hecho de que los gobiernos y las autoridades sanitarias aseguren que la oferta de las pruebas de cribado diagnóstico y la posibilidad de interrumpir el embarazo lleguen a todas las mujeres, puesto que en caso contrario se produce una situación de injusticia y las clases económicamente desfavorecidas acumularían, sin posibilidad de pruebas de diagnóstico prenatal, un mayor número de niños afectados por problemas cromosómicos.

Desde otro punto de vista la existencia de pruebas de diagnóstico prenatal facilita que socialmente se etiqueten de irresponsables a aquellas mujeres que no quieran someterse a estas pruebas con el fin de establecer el estatus de su feto. Para la mayoría de las autoras feministas el hecho de que la sociedad actual haya implantado de forma rutinaria y haya normalizado el cribado genético, especialmente el cribado prenatal, es un signo de que nuestra sociedad sigue conservando aspiraciones eugenésicas.²⁰

A MODO DE CONCLUSIÓN

Si pasamos de esta reflexión social al ámbito individual de toma de decisiones, nos damos cuenta de que en los

¹⁹ *Ibid.*

²⁰ *Ibid.*, p. 234.

países ricos las mujeres no conciben la maternidad como una situación peligrosa para sus vidas y pueden afrontarla como un proceso de felicidad y realización personal, pero este mismo contexto social que les permite unas mejores condiciones de vida y que las sitúa en mejores perspectivas para afrontar la procreación con éxito, las anima también a retrasar la edad de la procreación, haciéndolas más vulnerables a que sus fetos puedan estar afectados por algún tipo de cromosomopatía, debiendo afrontar, en caso que las pruebas disponibles de diagnóstico prenatal den un resultado positivo, la difícil decisión de continuar con un embarazo de un feto afectado por una grave enfermedad o interrumpir la gestación. Aunque las reflexiones al respecto podrían continuar profundizando en los temas enunciados, creo que esta breve exposición ha sido suficiente para poner en evidencia las desigualdades ante la procreación por parte de las mujeres, según su lugar de nacimiento y la vulnerabilidad que unas y otras deben asumir por motivos económicos y sociales.

Vulnerabilidad de profesionales y usuarios en el ámbito socio-sanitario

M. Carmen Giménez Segura

En el año 2005, la Conferencia General de la UNESCO, en su Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, adoptó la vulnerabilidad humana y la integridad personal como principios éticamente vinculantes para los estados miembros. Desde entonces han proliferado numerosos estudios sobre el tema y se han hecho variadas propuestas acerca de la protección de personas y grupos vulnerables. Sin embargo, ni en la declaración de la UNESCO, ni en otros documentos anteriores o posteriores se especifica el alcance y los límites del concepto de vulnerabilidad.

En consecuencia, la noción de vulnerabilidad se aplica a un sinnúmero de realidades o situaciones distintas que, directa o indirectamente, inciden en la susceptibilidad, la salud y el bienestar de los seres humanos.

Si lo tomamos en su sentido más genérico —es decir, como posibilidad de sufrir daño— el término vulnerabilidad tiene un significado muy claro. Pero cuando de él han de derivarse medidas de prevención y protección eficaces y acordes con la realidad, tras esa aparente simplicidad se despliega una compleja red de significados, implicaciones y matices que atañen tanto a la variedad de los sujetos susceptibles de daño (sistemas, personas, grupos, etc.), como a los diferentes tipos de daño (físico, psíquico o moral) que se

BIOÉTICA: JUSTICIA Y VULNERABILIDAD

Margarita Boladeras, ed.

Los autores de este libro han realizado un trabajo extraordinario para abordar la relación entre justicia y vulnerabilidad en la realidad de nuestro país. La especial referencia a los problemas de vulnerabilidad de ciertas personas es una manera de orientar las decisiones ante ellos. La aplicación del principio de una reflexión crítica permanente se lleva a cabo con el rigor y el sentido que esta obra pretende facilitar esta tarea en el

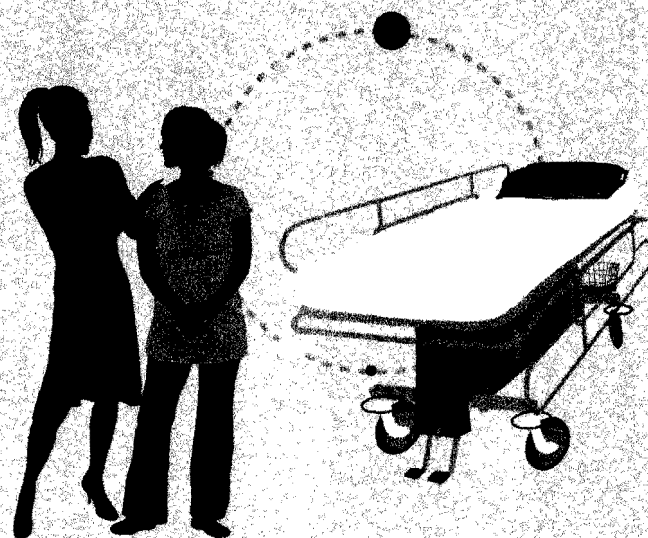


www.editorialproteus.com

BIOÉTICA: JUSTICIA Y VULNERABILIDAD

BIOÉTICA: JUSTICIA Y VULNERABILIDAD

Margarita Boladeras, ed.



Dirección editorial: Miquel Osset Hernández
Diseño editorial: Ana Varela

Queda rigurosamente prohibida, sin la autorización escrita de los titulares del «copyright», bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamo públicos.

Primera edición: septiembre 2013

© de todos los autores
© Editorial Proteus
c/ Rossinyol, 4
08445 Cànoves i Samalús
www.editorialproteus.com

Depósito legal: B. 21565-2013
ISBN: 978-84-15549-95-6
BIC: PSAD

Impreso en España - Printed in Spain
El Tinter, SAL. - Barcelona
Empresa certificada EMAS
Impreso en papel 100% reciclado

Índice

Prólogo Margarita Boladeras	p.11
La medicina de «enhancement» y la cuestión de la justicia y la vulnerabilidad Jean-Noël Missa	p.19
Vulnerabilidad: injusticias y cuidados María Xosé Agra	p.49
Vulnerabilidad de las mujeres, política transnacional y justicia cosmopolita Neus Campillo	p.83
Nuevas maternidades: justicia social y capacidad de elección Josefina Goberna Tricas	p.107
Vulnerabilidad de profesionales y usuarios en el ámbito socio-sanitario M. Carmen Giménez Segura	p.121
El cuidado enfermero y la vulnerabilidad Montserrat Guillaumet	p.137
El anonimato en la donación de gametos Màrius Morlans Molina	p.157
Contra el anonimato de las donaciones en las técnicas de reproducción asistida (TRA) Francesca Puigpelat Martí	p.175
La vulnerabilidad del embrión y del clon en <i>El futuro de la Naturaleza humana</i> de J. Habermas Marcel Cano Soler	p.191
Vivir con justicia el proceso de morir Margarita Boladeras	p.211
Modelos de relación médico-paciente: el papel de la autonomía, la vulnerabilidad y las relaciones interpersonales Michelle Piperberg	p.233