

Informe de la Asociación Nacional de Bioética y Ética Médica (AEBI) acerca de la Declaración de la Comisión de Bioética de la SEGO sobre la Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

1. AEBI valora que la Comisión de Bioética de la SEGO asuma definir los aspectos médicos del apartado c) del artículo 15 de la Ley 2/2010 “Interrupción por causas médicas”, según el cual podrá interrumpirse el embarazo sin plazo alguno: *“Cuando se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida y así conste en un dictamen emitido con anterioridad por un médico o médica especialista, distinto del que practique la intervención, o cuando se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico y así lo confirme un comité clínico”*

La SEGO a través de su Comisión de Bioética responde a: qué se entiende por anomalía fetal incompatible con la vida, por enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico, y, finalmente, aborda lo que considera aspectos metodológicos del funcionamiento interno que deben tener los Comités Clínicos.

Aporta un listado, a título de ejemplo, de las anomalías fetales incompatibles con la vida –*“en general bien definidas”*- y de las enfermedades extremadamente graves, e incurables en el momento del diagnóstico, *“ante las cuales pueden generarse conflictos”* y *“deben considerarse caso a caso”*. En sí mismo, y con independencia de que se requieran algunas modificaciones -con la esclerosis tuberosa viven una vida digna miles de personas-, supone un instrumento valioso para dar la información completa a los padres, y un punto de inicio para el diálogo con los especialistas en Neonatología y las disciplinas médicas fetales, a fin de conocer con precisión el estado de las terapias adecuadas, o de las medidas paliativas.

El diagnóstico riguroso, y si es necesario consensuado con otros especialistas, es el acto médico previo a la estrategia terapéutica adecuada, o en su caso a la atención paliativa. Los Comités Clínicos, según la ley, deben confirmar el diagnóstico de que el feto padece *una enfermedad extremadamente grave e incurable* en ese momento.

La finalización de la gestación no es la alternativa a la acción médica propia y específica consistente en curar o paliar. La Comisión recuerda, en este sentido, que en su día se pronunció al respecto: *“Cuando la decisión de la finalización de la gestación sea una vez alcanzada la viabilidad fetal, lo aconsejable médica y éticamente sería la finalización del embarazo con los cuidados correspondientes al parto pretérmino”*.

Recuerda además que el nasciturus es un bien protegido por nuestro ordenamiento jurídico: *“Nasciturus es un término jurídico que designa al ser humano desde que es concebido hasta su nacimiento. Hace alusión, por tanto, al concebido y no nacido. Se encuentra protegido por el ordenamiento jurídico pues se le considera “un bien jurídico necesitado de tutela”.*

2. Ahora bien, la Declaración de la Comisión de Bioética de la SEGO traslada la labor de los Comités Clínicos a los que compete, según la ley, la confirmación de un diagnóstico a una evaluación de cada caso concreto. Plantea una metodología para evaluar cada caso y les traslada la responsabilidad *“de decidir sobre la interrupción de la gestación”.*

Hasta ahora, los promotores del aborto eugenésico repetían que ese aborto es siempre una situación singular y privada, que se toma en la intimidad de una consulta entre un Obstetra y unos padres. La SEGO propone ahora, más allá además de lo dispuesto en la ley, que unos Comités Clínicos sustituyan esa relación privada ante el dilema de dejar morir al hijo gravemente enfermo o anticiparle la muerte.

AEBI estima rechazable desde el punto de vista deontológico, trasladar la responsabilidad personal intransferible de cada Obstetra -en el diagnóstico del feto y la rigurosa y respetuosa información a los padres- a un Comité que nunca podrá asumir la responsabilidad médico-legal ante un caso de conflicto.

Y estima que conviene aclarar que una Declaración del Comité de Bioética nunca puede ser considerada como algo que se añade a la normativa ética, de la que no podrá excluirse ningún socio de la SEGO, respetando en todo momento el criterio personal de cada Obstetra.

3. La SEGO, a través de su Comisión de Bioética, declara que con el fin de facilitar el funcionamiento de los Comités Clínicos, *“ha realizado un análisis de las distintas circunstancias que podrían estar incluidas en los supuestos que marca la norma en su artículo 15 apartado c, y que tan solo a título de ejemplo, y teniendo presente que pueden existir casos no tipificados en esta relación que se adjunta, se presentan aquellas circunstancias en las que no es necesario la evaluación por un Comité Clínico”.*

La Declaración propone a los Comités Clínicos un conjunto de normas metodológicas para que puedan alcanzar y justificar sus decisiones. En esas normas se incluyen requisitos bioéticos y burocráticos de autenticidad nada fácil de obtener, lo cual facilita la evolución hacia su abandono o a su producción rutinaria. De esta forma, la Declaración puede convertirse en una lista de indicaciones para el aborto ante las que no sea necesario el dictamen del Comité Clínico, por entenderse que ya las ha evaluado la propia SEGO.

En coherencia con la afirmación de que *“ha de poder recomendar, pensando en el nasciturus, una alternativa que incluya la estrategia terapéutica adecuada, y no solamente la simple finalización de la gestación”*, solicitamos encarecidamente continuar el análisis realizado estudiando, debatiendo y publicando, para las anomalías fetales y especialmente para las enfermedades extremadamente graves e incurables reseñadas, los aspectos médicos y los avances terapéuticos que debe tener

en cuenta el médico a fin de informar a los padres, que son los que han de tomar la decisión, y a los que se refiere la Declaración en su apartado:

1º- Aspectos médicos:

Antes de plantear el análisis de un caso es imprescindible que se hayan cumplido los preceptos de la máxima calidad asistencial, y que se estudien los siguientes aspectos:

Diagnóstico cierto: *que se hayan utilizado todos los medios para llegar a un diagnóstico cierto. Debe mencionarse que la norma estipula la posibilidad de que (el propio CC), en aras a establecer un diagnóstico más exacto y certero de la situación, pueda solicitar información adicional e incluso pueda él mismo indicar pruebas adicionales a fin de esclarecer, en la medida de las posibilidades actuales, el diagnóstico de las anomalías fetales.*

Posibilidades reales de tratamiento y alternativas posibles. *De manera parecida al anterior párrafo, el CC puede requerir el concurso adicional de un especialista en un aspecto concreto de la patología, a fin de poder determinar las posibilidades reales de tratamiento en este caso concreto.*

Análisis de las consecuencias de cada alternativa, *es decir, de la finalización o no del embarazo. En este caso las consecuencias deben de evaluarse no sólo sobre el feto/neonato sino también sobre la propia madre.*

No sería posible la máxima calidad asistencial si el médico no realiza el diagnóstico -confirmable después-, e informa a los padres de las alternativas de tratamiento y las consecuencias de cada alternativa.

4. Por último, y no menos importante, el traslado de evaluación a los comités Clínicos, se hace imponiendo una visión de la medicina, ajena a la misma, que no admite la deficiencia y acepta la eugenesia prenatal. Por ello, lo que es un avance en la definición de las anomalías y enfermedades graves, y una posibilidad de buscar la adecuación de terapias para el feto con deficiencias o enfermo, puede convertirse en una cooperación necesaria desde la Ginecología y Obstetricia, al proyecto eugenésico programado desde la ley.

a) Al tratar de la posición previa de cada Comité Clínico sobre cómo y qué considera que es la vida humana, se decide que hay vidas tan carentes de calidad que no son dignas de ser vividas, y, por tanto, se puede prescindir de esas personas: *“si la considera que es un conjunto de procesos metabólicos destinados a mantener el latido cardíaco, es decir, algo exclusivamente biológico, o si la considera que es algo más: un valor básico, fundamental, y que debe incluir una cierta calidad de vida para mantener la obligatoriedad de conservarla, y que el deber de conservarla puede no urgir en condiciones particularmente difíciles”.*

No corresponde a la Medicina, menos aún a un Comité Clínico, decidir que es la vida humana, ni el nivel de calidad de vida que es necesario alcanzar para poder conservarla. El Código de Ética y Deontología Médica en vigor establece:

Art.24.1. *Al ser humano embriofetal enfermo se le debe tratar de acuerdo con las mismas directrices éticas, incluido el consentimiento informado de los progenitores, que se aplican a los demás pacientes.*

Art 27.1. *El médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. Y cuando ya no lo sea, permanece su obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir el bienestar del enfermo, aún cuando de ello pudiera derivarse, a pesar de su correcto uso, un acortamiento de la vida.*

b) Opta por la ideología de la calidad de vida y la impone a los Comités:

“3º. Calidad de vida:

El CC deberá analizar cuidadosamente los aspectos relacionados con la calidad de vida del sujeto. De entre ellos deberán tener en cuenta: El tiempo de supervivencia previsible. El grado de desarrollo neurológico previsible. El tipo y grado de dependencia, previsible y las condiciones futuras de vida

El feto no aparece como un paciente que haya que atender y tratar, al menos paliativamente, sino más bien alguien sometible a control patológico *“a fin de poder establecer un correcto asesoramiento reproductivo ulterior”*. Transmite el mensaje de que no hubiera otra solución que anticipar su muerte, y la de los futuros hijos de esos padres, enfermos en edad fetal.

Supone así una grave discriminación de los nacidos que padecen enfermedades incurables.

Madrid, septiembre de 2010