

## **Artículos Breves. Mes de Octubre 2010**

Nota editorial: Las opiniones e informaciones recogidas no están necesariamente acordes con la línea editorial del Servicio Informativo de Bioética. En todo caso, se trata de información de actualidad de diversos medios de comunicación que pensamos es oportuno conocer.

### **Índice:**

- 1. Los médicos de paliativos son los más contrarios a la eutanasia**
- 2. El oscuro papel de los médicos ejecutores de políticas raciales**
- 3. La OMC insiste en que se debe regular la objeción**
- 4. Diez multinacionales farmacéuticas acaparan el 80% de la facturación del sector en España**
- 5. Formación sexual poco inocente. José Jara Rascón**
- 6. La propaganda gris de las farmacéuticas: destapan publicaciones científicas fraudulentas de una compañía**
- 7. Fundamentos biológicos para regular la objeción. Justo Aznar**
- 8. La SEGO pide que se fije qué son enfermedades graves e incurables del feto**
- 9. Hay que informar sobre la función del comité ético**
- 10. El médico tiene que dar las malas noticias al enfermo aunque se oponga la familia**
- 11. El Supremo rechaza un derecho a la objeción de alcance general, y admite que su existencia es indiscutible en el aborto**

## **1.- Los médicos de paliativos son los más contrarios a la eutanasia**

Acepresa: 3 Septiembre 2010.

Varios estudios han examinado la relación entre la religiosidad de los médicos y sus posturas sobre la eutanasia y la cooperación al suicidio. En general, los no creyentes son los más partidarios, y los creyentes que practican, los más contrarios. Lo confirma un nuevo trabajo del Dr. Clive Seale (Queen Mary University of London: "The role of doctors' religious faith and ethnicity in taking ethically controversial decisions during end-of-life care", Journal of Medical Ethics), que además muestra la diversidad de actitudes entre los médicos según su especialidad.

Tras revisar trabajos anteriores, que cita, sobre posturas y prácticas en relación con la eutanasia, Seale diseñó una encuesta para averiguar la relación de unas y otras con tres características de los médicos: origen étnico, religiosidad y especialidad. Respondieron 3.700 médicos que ejercen en Gran Bretaña.

El interés por la etnia se explica porque en Gran Bretaña es elevada la proporción de médicos de origen extranjero, en especial asiáticos. Pero el estudio muestra que no hay relación significativa entre la raza y las actitudes con respecto a la eutanasia, excepto en un caso: la opinión favorable a legalizarla es más frecuente entre los médicos blancos que entre los demás.

Los resultados confirman, en cambio, que hay relación en el caso de la religiosidad. La encuesta preguntaba si el médico había aplicado alguna vez medidas con intención de acelerar la muerte de un paciente. Los médicos que se declaran más alejados de la religión dicen haberlo hecho en proporción casi doble que los muy religiosos, como se ve en la tabla. Algo semejante ocurre con la sedación paliativa hasta la muerte (que no siempre es una práctica eutanásica). Los neutros o poco religiosos están en medio.

Sin embargo, el factor más influyente es la especialidad médica (cuidados paliativos, geriatría, medicina de familia y otras especialidades hospitalarias). Aquí los extremos son los profesionales de paliativos y los de otras especialidades. Estos últimos han acelerado la muerte de algún paciente en una proporción casi diez veces superior a los primeros. Siguen los geriatras y los médicos de familia. Aunque en cuidados paliativos hay más creyentes que en las otras categorías, la relación es independiente de las creencias religiosas: los médicos de paliativos son los más contrarios a la eutanasia, tengan fe o no.

En cambio, no hay relación estadísticamente significativa entre especialidad y práctica de la sedación paliativa.

La encuesta pedía también la opinión sobre la legalización de la eutanasia. Se repiten las diferencias entre creyentes y no creyentes, por una parte, y entre los médicos de paliativos y los demás, por otra.

Lo más significativo quizá sea el rechazo de los médicos de paliativos a adelantar la muerte de sus pacientes, que son todos terminales. Pese a que

presencian más muertes que cualesquiera otros colegas, no les afecta el cansancio que podría llevarles a acelerar el final. En el otro extremo, los médicos de otras especialidades parecen tener una actitud distinta respecto a la atención a enfermos terminales, dice Seale. Puede ser una cierta mentalidad utilitarista reforzada por la presión bajo la que trabajan en muchos hospitales.

## **2.- El oscuro papel de los médicos ejecutores de políticas raciales**

Diario Médico. Isabel Gallardo Ponce - Lunes, 6 de Septiembre de 2010

Coincidiendo con el 65 aniversario de la liberación del campo de concentración de Auschwitz, se ha celebrado en Madrid el curso Enseñanzas del Holocausto para la medicina actual, donde se ha puesto de relevancia el oscuro papel de algunos médicos en el exterminio judío.

Aktion T4, la Solución Final, los experimentos médicos, los dilemas bioéticos, y los testimonios de algunos supervivientes son algunos de los temas que se han repasado en el curso Enseñanzas del Holocausto para la medicina actual, celebrado en Madrid con la colaboración de la Casa Sefarad-Irae y la Universidad Autónoma de Madrid (UAM), cuando se cumplen 65 años de la liberación del campo de concentración de Auschwitz.

Esteban González, médico y coordinador del curso, hace un recorrido por el oscuro papel que los médicos jugaron en aquella época: "Colaboraron activamente en la Solución Final, diseñaron la estrategia de exterminio de los judíos, calcularon las dosis, seleccionaron a las personas..." Esa es la parte más conocida de su labor en los campos de exterminio, "pero previamente en los inicios del nazismo colaboraron activamente en esterilizar a pacientes con discapacidad, y en asesinar a niños y adultos con enfermedades que no entraban en el ideal de pureza aria (ésta sería la iniciativa Aktion T4). Fueron los ejecutores de todas las políticas raciales".

Algunos médicos de la época, como Josef Mengele, se hicieron célebres por los experimentos aterradores que realizaron. Algunos ensayos tuvieron por objetivo conocer las reacciones del cuerpo a diferentes temperaturas y la reanimación para poder aplicarlos en los soldados alemanes heridos en las batallas.

Otros no tuvieron base científica y también se realizaron para la esterilización masiva de judíos y gitanos. Ese fue el caso de Mazaltob Behar Mordoh, superviviente de Auschwitz, a la que a los 17 años los médicos Karl Claubert y Horst Schumann le colocaron un dispositivo para emitir radiaciones a un ovario. Se escapó de la esterilización total y de la cámara de gas gracias a una enfermera alemana que la tomó bajo su protección y convenció a un médico judío para que le salvara el otro ovario cuando debía extirpárselo.

El médico murió cuando se descubrió su traición. González y Mario Sinay, director del departamento de habla hispana de la Escuela Internacional para el Estudio del Holocausto de Yad Vashem, coinciden en que, pese a todo, en los getos y en los campos, en situaciones absolutamente críticas y sin medios, ciertos médicos judíos "siguieron haciendo el bien y mantuvieron las esencias científicas y humanas de la profesión médica que los nazis habían prostituido".

Para Esteban, estos hechos han establecido los valores y los límites referentes a la investigación, al respeto por la vida, al uso de la fuerza, a la colaboración con el Estado, a la eficiencia y al gasto sanitario. Para él no se trata sólo de

dilemas bioéticos, sino de las dudas que surgen a diario al escoger a un paciente, al prescribir un tratamiento y no otro... "¿Dónde está la lealtad: con la persona o con el sistema sanitario?", se pregunta.

### **3.- La OMC insiste en que se debe regular la objeción**

DM, Soledad Valle | Marta Esteban - Lunes, 6 de Septiembre de 2010

La OMC reafirma la necesidad de que exista una regulación concreta del derecho a la objeción ante los argumentos que la Abogacía del Estado ha empleado para defender la ley del aborto en el Tribunal Constitucional.

La Abogacía del Estado ha reiterado los argumentos que empleó el Gobierno para justificar la ley del aborto en sus alegaciones ante el Tribunal Constitucional frente al recurso que presentó el Partido Popular y Navarra. El texto presentado por el abogado del Estado insiste en que "no existe un derecho a la objeción de conciencia frente a cualquier cuestión relacionada con el aborto, sino únicamente un derecho de objeción de conciencia a no intervenir directamente en el acto de interrupción del embarazo".

Ante estas alegaciones, Marcos Gómez Sancho, presidente de la Comisión de Deontología de la Organización Médica Colegial (OMC), reconoce la ambigüedad con que la ley del aborto recoge el derecho de objetar del médico e insiste en que "es un derecho que debe reglamentarse y desarrollarse". Aun así, Gómez Sancho afirma que "sería difícil de defender que un médico de atención primaria pudiera objetar a un aborto".

Por su parte, Ricardo de Lorenzo, abogado y experto en Derecho Sanitario, apunta que "la naturaleza jurídica constitucional de la objeción de conciencia es la de un derecho fundamental que forma parte del contenido del artículo 16 de la Constitución Española, más concretamente, la libertad de conciencia". De Lorenzo critica el vacío legal en esta materia y declara que "la ausencia de una regulación específica de la objeción plantea inseguridad jurídica". En cuanto al argumento del abogado del Estado de limitar el derecho de objeción a los que participen directamente en la interrupción del embarazo, De Lorenzo afirma que "no cabe esa limitación si se tiene en cuenta lo establecido en el derecho comparado".

Lejos de Europa

Así lo ponen de manifiesto normas como la Ley de Francia de 17 de enero 1975, que establece que ningún médico o auxiliar está obligado a cooperar o ejecutar un aborto; la ley alemana, de 18 de mayo de 1976, que dispone que nadie puede ser obligado a cooperar en una interrupción voluntaria del embarazo; la norma holandesa de noviembre de 1984, que dice que ningún personal del servicio sanitario puede ser discriminado por su negativa a la realización de prácticas abortivas, y, por último, la ley italiana de mayo de 1978, que establece que el personal sanitario y el que ejerza actividades auxiliares no vendrán obligados a la intervención para la interrupción del embarazo cuando planteen objeción de conciencia. En consecuencia, De Lorenzo afirma que "en ninguna regulación europea se limita el derecho de objeción exclusivamente al médico".

En contra del TC

Una visión crítica muy similar es la manifestada por José Antonio Díez, jurista responsable de la Asociación Nacional para la Defensa del Derecho a la Objeción de Conciencia (Andoc). Díez ha destacado que "la interpretación que hace la institución estatal del derecho al aborto es totalmente opuesta a la que hace el Tribunal Constitucional en la sentencia de 1985". Según el responsable de Andoc, la Abogacía del Estado "restringe el derecho fundamental de manera injustificada y sin ningún apoyo legal", negando así la doctrina defendida por el Tribunal Constitucional que defiende que "no se pueden limitar los derechos fundamentales salvo por razones de orden público". La crítica más extendida a las alegaciones presentadas por la institución estatal es que responden únicamente a los intereses de un partido y no a los del Estado.

#### A VUELTAS CON LAS MENORES

El derecho a abortar que la ley reconoce a las mujeres entre 16 y 18 años vuelve ser objeto de polémica. La Abogacía del Estado justifica el reconocimiento de este derecho basándose en el "interés superior de protección de la menor". De hecho, ese interés supone que, a juicio del Estado, "la forma más correcta de proteger a la menor de edad es reconocer como suficiente su voluntad, a cuya formación pueden contribuir los padres o representantes". Arturo Canalda, Defensor del Menor de la Comunidad de Madrid, considera que los razonamientos de la Abogacía del Estado "son injustificables". Canalda afirma que la ley del aborto "pone en tela de juicio la relación paterno filial. La ley dinamita por la base esta relación e introduce un elemento de distorsión entre padres e hijas". Canalda recuerda que "los padres están para educar a sus hijos". Además, insiste en que la norma del Gobierno obvia lo que establecen las leyes y es que cuando haya discrepancia entre una menor y sus padres sea un juez el que decida.

#### **4.- Diez multinacionales farmacéuticas acaparan el 80% de la facturación del sector en España**

El sector obtuvo unos ingresos de 10.200 millones de euros en 2008, cifra que representa el 7% de toda la industria manufacturera del país.

DFarmacia.com Boletín quincenal septiembre 2010.

El 80% de la facturación del sector farmacéutico en España se queda entre diez de las principales multinacionales del sector, según un estudio elaborado por Deloitte sobre las mayores empresas manufactureras en España.

Según dicho informe, que recopila datos de ventas de 2008, el sector farmacéutico facturó 10.200 millones de euros en dicho año, lo que supone un 7% del total de la industria manufacturera, de los que hasta 8.136 se repartieron entre diez laboratorios.

El laboratorio que más facturó fue la compañía estadounidense Lilly, con 2.120 millones de euros; seguida de la francesa Sanofi-aventis (1.084 millones) y la norteamericana Wyeth (913 millones), ya absorbida por Pfizer.

El cuarto y quinto lugar lo ocupan las farmacéuticas suizas Novartis y Roche, con 776 y 703 millones respectivamente, mientras que la sexta es la anglosueca Astra Zéneca, con 580 millones de euros.

En séptimo lugar de la lista se sitúa la primera compañía de origen español, Laboratorios Esteve, que en 2008 facturó 571 millones de euros, a la que siguen las alemanas Bayer (548 millones), Boehringer Ingelheim (447 millones) y Merck SL (391 millones).

Catalunya y Madrid, sedes más elegidas

La importancia de las compañías farmacéuticas se reafirma al encontrar a las tres más importantes entre las treinta primeras empresas con mayores ingresos en la industria manufacturera, según los autores del informe.

Además, la cifra de negocio por empresa en la industria manufacturera es de 578 millones de euros, mientras que las compañías farmacéuticas tienen unas ventas medias de 538 millones de euros.

Por otro lado, las diez empresas con mayores ingresos en el sector manufacturero obtienen de media 4.300 millones de euros, frente a los 818 millones de euros que registra el Top 10 de la industria farmacéutica.

En lo que respecta a la sede que eligen los laboratorios para instalarse en España, las de mayores ingresos en España se sitúan principalmente en Catalunya y Madrid, donde se registran el 97% de la facturación.

Así, Catalunya (donde están Sanofi-Aventis, Novartis, Esteve, Bayer, Boehringer y Merck) representa el 52,5% de los ingresos, seguida de la Comunidad de Madrid, con un 44,5%, gracias a Lilly, Wyeth, Roche y Astra Zeneca, entre otras.



## **5.- Formación sexual poco inocente**

José Jara Rascón - Miércoles, 8 de Septiembre de 2010.  
Presidente Asociación de Bioética Comunidad de Madrid

El autor analiza la próxima implantación de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en los centros escolares. Afirma que, aunque su creación se anuncia como un plan preventivo de salud, debería analizarse su eficacia, ya que no ha tenido los efectos esperados en otros países.

Entre las novedades que previsiblemente nos traerá el nuevo curso académico se encuentra la implantación en los centros escolares de la nueva Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Esta medida se encontraba preanunciada en la Ley 2/2010, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Sin embargo, su desarrollo, que podría ser entendido inicialmente como un plan más de medicina preventiva, ha ido rodeado de una polvareda de polémica desde su planteamiento inicial.

Para empezar, el borrador de dicha estrategia sorprendió a todos al incluir dentro de sus objetivos un matiz ideológico que incorporaba la visión de la sexualidad femenina como algo que debía ser vivido "de una manera integral, autónoma y diversa" sin mención al intercambio de afectos de la pareja, incidiendo además en una visión en extremo simplista de la sexualidad que oponía la procreación al erotismo. Esta visión tan sesgada de la sexualidad, más propia del feminismo radical que del consenso social sobre este tema, junto con las alusiones al cibersexo a través de internet como una práctica que debería ser presentada a los menores como "un modo físicamente seguro para experimentar diferentes prácticas sexuales", acabaron por propiciar una repulsa generalizada que favoreció su retirada antes de proponerse al Consejo Interterritorial.

La falta de consenso social en la que parece haber quedado esta estrategia formativa prevista en la ley no es nada deseable, ya que sus contenidos aparentemente han quedado al libre arbitrio del personal que los asuma, aunque se deberán impartir de modo obligatorio en todos los centros escolares, tanto públicos como privados, a menores desde los once años de edad o incluso antes. Los profesionales o el personal voluntario encargados de hablar de sexo a dichos menores serán ajenos a los centros, ya que a los docentes habituales no se les considera capacitados para impartir esta temática, según declaraciones del secretario general de Sanidad.

Por otra parte, sin entrar en el debate sobre la idoneidad de quién debería dar estos contenidos y si es ético o deseable que esta materia extra-académica se programe sin una información previa a los padres o responsables legales de los menores, desde un ámbito estrictamente asistencial, ya que dicha estrategia se plantea como un plan preventivo de salud, habría que interrogarse también por la eficacia esperable de éste y otros enfoques sobre materias de educación sexual en el ámbito escolar. Esto parece básico, ya que desgraciadamente los datos epidemiológicos aportados por otros países de nuestro entorno no permiten mucho optimismo. Un informe dado a conocer por el Gobierno

francés, titulado Evaluación de las políticas de prevención de embarazos no deseados y de apoyo a las interrupciones voluntarias del embarazo 2010, revela que la interrupción del embarazo ha aumentado pese a la libre dispensación de la píldora del día después y las clases de sexo en la escuela, implantadas en ese país vecino desde 2001. Estos resultados deberían ser considerados de gran trascendencia si se tiene en cuenta que se trata de una evaluación a los diez años de su implantación y que los postulados de partida son muy similares a los de nuestro propio ámbito nacional.

Sin embargo, quizás el más exhaustivo meta-análisis sobre efectividad de la educación sexual a nivel escolar sea el realizado por DiCenso y cols, publicado en el British Medical Journal (BrMedJ 2002; 324: 1426-35), revisando 26 estudios llevados a cabo en Estados Unidos, Australia, Nueva Zelanda y Europa, lográndose así reunir datos de 9.642 chicas adolescentes y encontrando que las estrategias de prevención realizadas hasta ahora, no ya mediante campañas de salud pública sino mediante educación directa impartida en centros escolares, no han logrado que las jóvenes retrasen las relaciones sexuales ni que se disminuya el índice de embarazos. Acudiendo a las recomendaciones del Institute for Clinical Systems Improvements (ICSI), una guía de práctica clínica que es producto de más de 55 organizaciones sanitarias de Estados Unidos de carácter independiente y objetivo, referencia de medicina basada en la evidencia, encontramos que se adjudica el nivel III (evidencia incompleta) para las intervenciones de asesoramiento sobre la prevención de embarazo y enfermedades de transmisión sexual ([www.icsi.org](http://www.icsi.org)).

Si se compara la tasa de abortos de nuestro país, situada en 11,7 por 1.000 mujeres en edad fértil, con la de otros países como Estados Unidos o el Reino Unido, podemos ver que en esas naciones la tasa es tres veces superior. Sin embargo, en Estados Unidos los programas de educación sexual basados en contracepción también han aportado poca evidencia en disminuir la tasa de embarazos entre adolescentes. En Canadá, donde los programas de sexualidad están establecidos en centros escolares desde hace más tiempo que en Estados Unidos, las enfermedades de transmisión sexual y las tasas de embarazos continúan estables y la evidencia clínica es que las estrategias de prevención no han funcionado.

#### La opinión de los tutores

Por todo ello, antes de que se nos informe al cumplirse el plazo de dos años previsto por la ley para evaluar sus resultados y que (como es previsible) se oferte como única solución dar aún más información y comenzar a edades más tempranas, parece más lógico abordar otros posibles enfoques. Teniendo en cuenta que en nuestra sociedad conviven cosmovisiones claramente opuestas sobre cómo debe vivirse la sexualidad, las intervenciones sobre menores, ya que éstos no pueden dar su consentimiento, deberían ser extremadamente respetuosas con las convicciones morales individuales. Por eso, se hace imprescindible contar con la opinión de sus tutores legales, los progenitores en la mayoría de los casos. En la situación concreta de las intervenciones educativas sobre hábitos sexuales estas intervenciones conllevan además un trasfondo moral ineludible, de modo que más allá de la consecución de efectos sanitarios habrá que sopesar si se está manteniendo el respeto hacia los

valores del propio joven o los queridos por su entorno familiar propio, tal como aconsejó el Consejo de Estado al evaluar este aspecto de la ley.

En definitiva, quizás lo más prudente y eficaz, siguiendo las directrices de organizaciones sanitarias internacionales como Onusida, sea dirigir las estrategias de prevención a grupos específicos de riesgo y, si queremos cambiar estilos de vida, buscando la evitación de conductas no saludables, se debería asumir que los temas de salud habitualmente deben ser planteados respetando su carácter de voluntariedad, ya que la imposición formativa es ajena a una práctica racional de la medicina. Queda mucho por hacer para implicar de modo eficaz a los familiares directos de los menores en esta tarea, siendo ellos quienes, en muchos casos, podrían hacerlo más eficazmente. Esta actitud sería más respetuosa con la libertad individual y probablemente permitiría una más eficiente gestión de recursos.

## **6.- La propaganda gris de las farmacéuticas**

### **Destapan publicaciones científicas fraudulentas de una compañía**

El Mundo. Cristina de Martos | Madrid. Actualizado miércoles 08/09/2010

Durante años, la compañía Wyeth pagó los servicios de una empresa de comunicación para que produjera artículos y revisiones que después aparecieron en las revistas médicas bajo el nombre de los médicos que accedían a ello. Igual que el escritor que paga a un 'negro' para que le escriba un libro. En esos artículos, se ensalzaban las supuestas virtudes de Prempro - terapia hormonal sustitutiva para la menopausia- y se pasaban por alto sus peligros, una práctica que contribuyó a la expansión de su uso entre las mujeres que no lo necesitaban.

"Las revisiones [publicadas] en las revistas médicas son vehículos cruciales para alentar los usos para los que un fármaco no está aprobado, promocionar los beneficios no comprobados y minimizar los daños", explica Adriane Fugh-Berman, de la Universidad de Georgetown (Washington DC, EEUU) en la revista 'PLoS Medicine'. La autora analiza en un artículo los más de 1.500 documentos sobre las prácticas promocionales de Wyeth, que han salido a luz con motivo del juicio que se celebra en EEUU contra esta compañía por los casos de cáncer de mama causados por Prempro.

"Utilizo estos artículos para mostrar cómo la industria usa a los 'falsos autores' para insertar mensajes publicitarios en los estudios publicados en revistas médicas", subraya Fugh-Berman. Los documentos, disponibles en el web de 'PLoS', dan cuenta de cómo el fabricante de este fármaco trabajó durante años (entre 1997 y 2003) con DesingWrite, especializada en comunicación.

#### Una curiosa colaboración

En ese tiempo, esta empresa produjo decenas de estudios y otro tipo de información científica, que aparecieron en prestigiosas revistas médicas, acerca de la terapia hormonal sustitutiva (THS) fabricada por Wyeth.

El sistema de producción, con algunas variantes, era el siguiente. Los manuscritos se hacían en las oficinas de DesingWrite. Por ejemplo, diseñados para promover el uso de Prempro para prevenir la degeneración macular. Después se remitían a Wyeth, que realizaba las acotaciones pertinentes y, por último, a los médicos que aparecerían como firmantes. Los comentarios de estos últimos se podían incluir siempre y cuando "no comprometieran el mensaje publicitario", señala Fugh-Berman. El resto del proceso de publicación y revisión quedaba en manos de la empresa de comunicación.

Gracias a este fraudulento proceso, el uso de Prempro se asoció con la prevención del riesgo cardiovascular, del Alzheimer, el Parkinson, la osteoporosis e, incluso, de las arrugas. Muchos ginecólogos recetaban los fármacos a todas las mujeres que entraban en la menopausia, sin reparar en si éstas sufrían síntomas o no.

"Hoy, a pesar de que hay datos científicos sobre lo contrario [por ejemplo, el estudio WHI], muchos ginecólogos creen aún que los beneficios de la THS superan a los riesgos en mujeres asintomáticas", señala la autora. "Esta percepción podría ser el resultado de décadas de influencia cuidadosamente orquestada en la literatura médica", añade.

La ausencia de pruebas acerca de la prevención y el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares, la demencia y otras patologías "no disuadió a Wyeth/DesingWriter a la hora de promulgar numerosos mensajes publicitarios que posicionaban la THS como la panacea", concluye.

## **7.- Fundamentos biológicos para regular la objeción. Justo Aznar**

El director del Instituto de Ciencias de la Vida de la Universidad Católica de Valencia, Justo Aznar, aboga por que la regulación de la objeción de conciencia en el ámbito sanitario se sustente en razones biológicas.

DM, Enrique Mezquita Valencia - Jueves, 9 de Septiembre de 2010

Muchos de los debates sobre cuestiones éticas o morales, ya sean relacionadas o no con el ámbito sanitario, se han visto alterados o mediatizados por cuestiones de carácter ideológico o religioso. Uno de estos campos es el de la objeción de conciencia, y según Justo Aznar, director del Instituto de Ciencias de la Vida de la Universidad Católica de Valencia (UCV), es necesario regularla buscando y aplicando razones biológicas que la sustenten y consoliden, además de desterrar la utilización de "moral" y "religioso" como sinónimos en este campo.

El primer aspecto que debe tenerse en cuenta es que "la objeción de conciencia es un derecho constitucional y no tendríamos ni que dar razones para ponerlo en práctica, sino que se debería poder ejercer simplemente porque uno lo estima conveniente". Este derecho "se ejerce cuando hay una razón de orden moral que sustente que el ejercicio de una ley puede ir en contra de la conciencia de esa persona".

\* Se trata de un derecho que se ejerce cuando hay una razón de orden moral que sustente que el ejercicio de una ley puede ir en contra de la conciencia

Al sustentarse en una razón de orden moral, "hay sectores o grupos que piensan, haciendo una especie de analogía, que es de tipo religioso, pero no es así, ya que el orden moral se establece sobre las bases biológicas". El experto ha hecho hincapié en este matiz señalando que "lo fundamental es desligar la objeción de conciencia en estos campos de una posible valoración religiosa del hecho, lo que no significa ni mucho menos que no se pueda objetar por cuestiones religiosas".

### **Razones de peso**

La objeción de conciencia en el ámbito sanitario puede ejercerse ante muy diversas prácticas, pero tal como se refleja en el último artículo del Observatorio de Bioética de la UCV, las más significativas son el aborto, los fármacos contraceptivos, la contracepción de emergencia, la reproducción asistida y el diagnóstico genético preimplantatorio. "El punto de apoyo para ejercerla en el aborto es obvio: la vida de un feto de 14 semanas tiene casi todas las características físicas de un adulto y realmente merece la pena salvaguardar esa vida. Además, como la ley establece las 14 semanas de gestación y en el mismo texto o en el de la ley de reproducción humana asistida se estipula que la gestación se inicia con la consolidación de la implantación, ya estamos hablando de hasta 16 semanas de vida. Basta con las nuevas tecnologías para poder observar objetivamente que estamos hablando de un ser humano". En relación con los métodos contraceptivos antiimplantatorios, "como la vida humana se inicia con la fecundación, cualquier interrupción posterior es un hecho inaceptable". Respecto a la píldora del día después, "los médicos y farmacéuticos tienen una base objetiva para oponerse:

que termina con la vida humana. Y eso no es un criterio religioso, sino biológico".

En relación, al diagnóstico genético preimplantacional y la reproducción asistida, "el hecho biológico que puede sustentar la objeción es la pérdida de embriones, ya que hoy en día la eficiencia de las técnicas de reproducción asistida ronda el 30 por ciento". Otro aspecto es que "los embriones sobrantes se congelan y se guardan para experiencias que son ajenas a la dignidad de la vida humana".

#### UNA NORMA CON MATICES

Justo Aznar se ha mostrado esperanzado ante los probables avances en la regulación. "Vamos a rebufo de las leyes europeas en estos terrenos y hay unas disposiciones que animan a los países para que establezcan normas concretas sobre la objeción de conciencia. En un tiempo no muy lejano se irán sentando las bases legales y objetivas para que esté regulada esta práctica". Sin embargo, "no creo que esa regulación alcance a todos los temas: en el aborto es algo médica y biológicamente tan evidente que es difícil que no pueda salir adelante, pero en otros como la píldora del día después creo que no se regularán". Según el experto, "han solventado el problema diciendo que la vida no comienza con la fecundación".

## **8.- La SEGO pide que se fije qué son enfermedades graves e incurables del feto**

Europa Press. Madrid - Viernes, 10 de Septiembre de 2010

La Comisión Bioética de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) ha solicitado que se establezcan los criterios que definan las enfermedades extremadamente graves e incurables del feto para que los especialistas que formen parte de los comités clínicos para la interrupción voluntaria del embarazo puedan "determinar y dilucidar en cada caso lo más oportuno".

La comisión de la SEGO recuerda que la Ley de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo no define, "basado en la evidencia científica", qué se entiende por anomalía fetal incompatible con la vida; qué se entiende por enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico, y, finalmente, los aspectos metodológicos del funcionamiento interno que deben tener los comités clínicos. A su juicio, estos comités deben poder recomendar la opción de la interrupción del embarazo pensando en el nasciturus, "una alternativa que incluya la estrategia terapéutica adecuada, y no solamente la simple finalización de la gestación".

Desde la SEGO se recuerda que los comités clínicos han de ser conocedores de todas las alternativas, es decir, "han de estar constituidos por personas expertas en las materias que van a tratar, así como de los distintos caminos y soportes sociales que el sistema sanitario y social dispone". Asimismo, la Comisión de Bioética, presidida por el ginecólogo Luis Cabero, entiende que es muy necesario que cuando se decida finalizar la gestación, el caso sea estudiado posteriormente por un patólogo experto a fin de poder establecer un correcto asesoramiento reproductivo ulterior.

El listado de las graves

Las enfermedades que se catalogan como anomalías fetales incompatibles con la vida son: anencefalia, exencefalia, acráneo; hidranencefalia; holoprosencefalia alobar; atresia laríngea; atresia traqueal; agenesia diafragmática; agenesia renal bilateral; patología renal bilateral con secuencia potter y de comienzo precoz; ectopia cordis; pentalogía de cantrell; síndrome de bandas amnióticas; limb-body wall complex; displasia esquelética letal con hipoplasia torácica y afectación precoz, y cromosomopatías -- trisomía 18, trisomía 13, trisomía 9, triploidias--.

En cuanto a las enfermedades extremadamente graves e incurables a tenor del conocimiento científico disponible en el momento del diagnóstico, serían las malformaciones cardíacas como las formas graves de anomalía de Ebstein, con insuficiencia tricúspide severa y gran cardiomegalia, entre otras.



## **9.- Hay que informar sobre la función del comité ético**

María Dolores Espejo, presidenta de la Fundación Bioética, analiza cómo deberían ser los futuros comités que se creen en Andalucía.

Marta Esteban - Viernes, 24 de Septiembre de 2010

Mientras en algunas autonomías los comités de ética asistenciales (CEA) están completamente implantados y desarrollados en los hospitales, en otras como Andalucía no se han puesto en marcha. La ley andaluza de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte, que entrará en vigor el próximo mes de marzo, sólo prevé la creación de comités de ética provinciales.

Para analizar la función, fines y normativa de estos órganos de asesoramiento ético a los profesionales la Fundación Bioética ha organizado una jornada que contará con especialistas en Bioética y Derecho. María Dolores Espejo, presidenta de la Fundación Bioética, lamenta que en Andalucía "no se hayan desarrollado los comités de ética como en el resto de España", por lo que la previsión de la ley de muerte digna que va a entrar en vigor "es una oportunidad para su implantación, aunque todavía no sabemos en qué términos se van a desarrollar".

Espejo afirma que los órganos provinciales que se creen "deberían tener las mismas funciones que las desarrolladas por el resto de CEA que hay en España". Es decir, su objetivo debe ser "informar y formar a los profesionales en temas de bioética que se les plantean en su práctica asistencial".

Sin embargo, el éxito de un comité de ética va vinculado también a la necesidad de una previa formación de los profesionales sanitarios.

Según Espejo, "la mayoría de los profesionales desconoce dónde se encuentra el comité y qué funciones realiza".

### **Órgano consultivo**

Es importante que el sanitario sepa que un comité de ética está para "asesorar en cuestiones bioéticas, pero que el último responsable es el médico. El comité, que debería estar ubicado en un lugar accesible, puede asesorarle sobre una determinada cuestión, pero la decisión que el médico adopte junto con la familia será la que realmente valga".

Además, el profesional sanitario también debe ser consciente de que "lo que se consulta al comité forma parte del secreto profesional, aunque es posible que los casos consultados sean publicados omitiendo siempre el nombre de quién ha hecho la consulta".

### **Autonomía, justicia y no maleficencia**

Trece años al frente de un comité de ética asistencial dan mucha experiencia para alguien que lleva toda la vida dedicándose a la bioética. Por eso la jornada de la Fundación Bioética no podía dejar de contar con la presencia de Jesús González Cajal, presidente del CEA del Hospital de La Princesa de Madrid, el

comité más antiguo de España. En una entrevista concedida a Diario Médico, González Cajal recordaba la importancia que la bioética tiene en la sanidad y el papel fundamental que desempeña en la relación entre médico y paciente. González Cajal abogaba por una sanidad pública basada en principios éticos, pues de lo contrario nada aportaría la resolución ética de un caso aislado por parte de un comité. Además, el experto en bioética exigía la humanización de la Medicina, el respeto a la autonomía de los pacientes, no hacer maleficencia y velar por la justicia como pilares básicos de las instituciones sanitarias.

## **10.- El médico tiene que dar las malas noticias al enfermo aunque se oponga la familia**

La Comisión de Deontología de la Organización Médica Colegial aprobó el pasado mes de julio un documento con recomendaciones al profesional sobre cómo comunicar las malas noticias al enfermo.

DM, Z M. Esteban - Viernes, 24 de Septiembre de 2010.

La declaración, que se espera sea aprobada por la Asamblea General de la OMC que se reúne este fin de semana en su sede en Madrid, aborda qué debe hacer el médico si la familia del paciente se niega a que se le informe sobre un mal pronóstico. Según el texto, "ante la negativa familiar a que informemos al enfermo debemos recordar que nuestra obligación ética y profesional es con el enfermo, no con la familia". En cualquier caso, la Comisión de Deontología dice que en estos casos "es obligado hacer un esfuerzo de comunicación con los familiares para implicarles en la información al paciente".

A lo largo de diecinueve recomendaciones la Deontológica aborda cómo debe ser el proceso de información, cuánta debe suministrarse y cuáles son las circunstancias excepcionales en las que el médico está legitimado para no dar la información.

\* Es inevitable establecer pronósticos sobre expectativas de vida, pero hay que evitar que sean demasiado taxativos

El dictamen afirma que el proceso de información deber ser "individualizado. Es imprescindible que se adapte a las necesidades y valores del enfermo, teniendo en cuenta a los familiares y el contexto en el que se realiza la información". Se debe valorar "cuánta información puede asumir el paciente" y buscar un "ambiente adecuado, sin prisas ni interrupciones, con la debida privacidad donde el enfermo y familiares puedan expresar libremente sus emociones". Asimismo aconseja "evitar tecnicismos que el enfermo y la familia no puedan comprender".

Las excepciones

La declaración, a la que ha tenido acceso Diario Médico, describe dos situaciones en las que el facultativo no está obligado a informar de las malas noticias: "Cuando el enfermo expresa su deseo de no ser informado o no permita que lo sean sus familiares, y cuando hay una sospecha bien fundada de que la información puede perjudicarle por razones de necesidad terapéutica y de forma temporal". En cualquier caso, estas excepciones se harán constar de forma justificada en la historia clínica.

La comisión aborda también el tema de los pronósticos ante las enfermedades. "Aunque es inevitable establecer pronósticos sobre expectativas de vida, hay que evitar que sean demasiado taxativos".

Por último, el texto recuerda que el médico no debe informar al paciente del diagnóstico y el pronóstico "exclusivamente porque nos obliga la ley, sino porque es un compromiso profesional, ético y humano".

## **11.- El Supremo rechaza un derecho a la objeción de alcance general, y admite que su existencia es indiscutible en el aborto.**

Marta Esteban - Lunes, 27 de Septiembre de 2010 - Actualizado a las 00:00h.

La Sala Contenciosa del Tribunal Supremo ha abordado el derecho a la objeción de conciencia en un caso en el que dos profesionales sanitarios invocaban su aplicación frente la implantación de un programa de intercambio de jeringuillas en un centro penitenciario al cuestionarse la eficacia del mecanismo como medio de prevención del contagio de enfermedades. Los magistrados hacen un análisis previo de la doctrina en esta materia y rechazan la aplicación de la objeción en el caso analizado.

El fallo recuerda que el único supuesto en el que la Constitución "contempla la objeción frente a la exigencia del cumplimiento de un deber público es el previsto en el artículo 30.2", que regula el servicio militar. Es más, el fallo aclara que la doctrina del Constitucional sólo ha admitido fuera de este caso la objeción en el ámbito sanitario "en la práctica del aborto en las modalidades en que fue despenalizado".

En cualquier caso, el tribunal reconoce que "nada impide al legislador, siempre que se respeten las exigencias derivadas del principio de igualdad ante la ley, reconocer la posibilidad de dispensa por razones de conciencia de determinados deberes jurídicos". En este caso "se trataría ya de un derecho a la objeción con rango puramente legislativo, no constitucional [...]".

Contra la opinión de que el derecho a la objeción de conciencia con carácter general derivaría del artículo 16 de la Constitución, que regula el derecho a la libertad religiosa e ideológica, los magistrados afirman que estos derechos "encuentran un límite en la necesaria compatibilidad con los demás derechos y bienes constitucionalmente garantizados, que es algo común a prácticamente todos los derechos fundamentales". Pero es que, además, esta interpretación choca con "el mantenimiento del orden público protegido por la ley" que establece el artículo 16.1 de la Constitución. Por tanto, el articulado constitucional "no permite afirmar un derecho a la objeción de conciencia de alcance general".

### Difícil extensión

Desde la óptica de la doctrina jurisprudencial, la Sala Contenciosa recuerda que el Constitucional permite "oponer razones de conciencia para abstenerse de participar en intervenciones dirigidas a la interrupción del embarazo". Ahora bien, "a partir de ahí es muy difícil extraer un principio general por constituir claramente un supuesto límite".

Otro de los supuestos a los que se refiere el fallo es el pronunciamiento del Constitucional sobre la condena penal a unos padres que no autorizaron la transfusión a su hijo por sus creencias religiosas, del que tampoco permitiría "extraer un principio general".

En consecuencia, "la jurisprudencia constitucional española no ofrece base para afirmar la existencia de un derecho a la objeción de conciencia de alcance general".

En el caso analizado se desestima la petición de los enfermeros. El Supremo dice que "no existe un precepto legal que reconozca y regule la objeción de conciencia en el ámbito de la actividad que desarrollan los recurrentes", lo que, según el fallo, "sería ya suficiente para la desestimación del motivo". Tampoco permite invocar el derecho de objeción previsto en el Código Deontológico de la Enfermería, pues "no se trata de una norma con rango legal".

Por último, la disconformidad de los enfermeros con el programa de salud "es legítima en el plano ético [..], pero no trasciende al plano jurídico ni puede conducir al reconocimiento del derecho a la objeción de conciencia, que les exoneraría de toda participación en dicho programa y del cumplimiento de sus deberes como funcionarios".

#### Principio de igualdad

Uno de los argumentos de la demanda para solicitar el reconocimiento del derecho de objeción de conciencia es el del principio de igualdad teniendo en cuenta la doctrina del Constitucional sobre la interrupción voluntaria del embarazo. El TSJ de Castilla-La Mancha en el fallo de instancia, que es asumido por el Tribunal Supremo, recuerda que para que la vulneración de este principio sea aplicable es necesario "acreditar la esencial semejanza entre los supuestos de hecho comparados". Esta analogía no se da, toda vez que en el caso analizado "no se habla de la eliminación de un ser vivo, sino de la atención sanitaria a un problema concreto, que se sabe existente y que no se confía en suprimir de raíz, mediante el suministro de material que evite determinados perjuicios para la salud de los internos del centro penitenciario". La doctrina del Supremo permite interpretar que si la objeción está reconocida en una norma concreta, como es el caso de la ley del aborto, no habría dificultad para su ejercicio. El problema surge con actos médicos como la atención a enfermos terminales en los que la objeción no se contempla por norma.

#### Objetivo prioritario

Regular la objeción de conciencia no es un capricho de los médicos sino algo necesario para cuidar los valores de las conciencias. Este es el mensaje que el presidente de la Organización Médica Colegial, Juan José Rodríguez Sendín, reclama como objetivo prioritario para la entidad colegial. Además, hace un llamamiento a los colegios para que acojan los registros de objetores y guarden la confidencialidad de su contenido (ver DM del 24-IX-2010).