

Solicitud de la Asociación Española de Bioética y Ética Médica (AEBI), dirigida al Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos y Comisión Central de Deontología y Derecho Médico, acerca de la Objeción de Conciencia ante algunos aspectos de la Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Como Asociación de Bioética y Ética Médica de ámbito Nacional, AEBI desea colaborar con el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, especialmente con su Comisión Central de Deontología y Derecho Médico, así como con los diversos Colegios Oficiales de Médicos y su correspondiente Comisión Deontológica.

En esta línea, solicitamos – y ofrecemos nuestra colaboración si se considerara oportuno- un estudio que oriente a los colegiados acerca de algunas de las implicaciones de la Ley, en lo que se refiere a la Objeción de Conciencia.

De acuerdo con la excelente Declaración sobre la Objeción de Conciencia aprobada en la Asamblea General de 24 de octubre de 2009, proponemos – considerándolo de gran valor – desarrollar el principio ético formulado en el punto 3 de la Normativa Deontológica actual de dicha declaración a fin de precisar el contenido de “determinados actos”: *“la negativa del médico a realizar, por motivos éticos o religiosos, determinados actos que son ordenados o tolerados por la autoridad es una acción de gran dignidad ética cuando las razones aducidas por el médico son serias, sinceras y constantes, y se refieren a cuestiones graves y fundamentales”*.

Cumple ese requisito de cuestión grave y fundamental la implicación del profesional sanitario, particularmente el médico, en los supuestos contemplados en los artículos 14 y 15 de la Ley orgánica 2/2010. Por lo que sometemos a la consideración de ustedes los siguientes puntos:

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

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

a) Que se haya informado a la mujer embarazada sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad, en los términos que se establecen en los apartados 2 y 4 del artículo 17 de esta Ley.

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

1) La destrucción del feto en el seno materno no es un acto médico. Es, como se viene diciendo, un “*proceso que debe realizarse en condiciones sanitarias*” para evitar un daño físico a la madre.

Por ello, cualquier profesional sanitario puede oponerse a realizar tal acto, o a colaborar

en el, por no ser una obligación derivada del ejercicio de su profesión. Esta objeción de conciencia profesional deontológica, e independiente de las religiosas, exigiría que fuera el profesional, que acepte la realización o colaboración directa, quien pusiera en conocimiento del centro sanitario y del propio Colegio Oficial su postura favorable.

2) De igual forma, no puede obligarse a un médico, siguiendo el sistema que impone la Administración Sanitaria, a aportar la información que debe recibir la mujer embarazada que solicita la Interrupción Voluntaria de su Embarazo al amparo de una ley que instaura el derecho al aborto. Puesto que el médico no rechaza a las personas que están en el dilema del aborto, velará porque le llegue de forma adecuada, las consecuencias para su salud reproductiva y los riesgos de trastornos psíquicos, si éste dilema se le presenta dentro de la relación natural médico-paciente. Pero no puede ser obligado a participar en los sistemas que se creen para poner en funcionamiento el Art. 14 de la Ley.

3) Por otra parte, en el plazo de las 14 semanas que permite la ley en este artículo, se presenta un acto médico que plantea serias objeciones al profesional que le corresponde realizar el Diagnóstico Prenatal, en especial el Diagnóstico Genético Prenatal no invasivo. Por una parte, la utilización de técnicas de análisis de ácidos nucleicos fetales presentes en sangre periférica materna, empezará en breve a formar parte de la rutina de control diagnóstico fetal muy precozmente. Por otra, el aumento de la edad de la mujer en el primer embarazo, han convertido, de hecho, en una prioridad a nivel estatal el cribado prenatal.

Teniendo en cuenta, además, que en nuestro país no existe como especialidad médica la Genética Clínica, nos parece necesario establecer en la normativa deontológica la distinción entre el acto médico de control diagnóstico del feto (dirigido a las mujeres embarazadas que estén en una situación de alto riesgo, definido sobre la base de criterios médicos y deontológicos y con finalidad terapéutica para el feto para aquellas enfermedades con tratamiento precoz), de la participación en el programa de las autoridades sanitarias de uso del diagnóstico prenatal como medio de “prevención” de enfermedades, o defectos genéticos. Es un hecho que se ha establecido ya una conexión entre diagnóstico prenatal y aborto eugenésico en caso de un resultado positivo, que conduce a reforzar la imagen de la persona con discapacidad como un individuo a excluir de la sociedad.

En estas circunstancias, es esencial asegurar el control y calidad de esta prestación médica, motivada por una sospecha clínica, garantizando además la información a los padres pre-diagnóstico y de un consejo post-diagnóstico, de forma que la utilización masiva del diagnóstico prenatal para *selección fetal* no disminuya su autonomía a la hora de la toma de decisiones.

Puede ser muy clarificador que la OMS reconozca el derecho a la Objeción de Conciencia al Diagnóstico Prenatal de quienes se oponen al aborto, por la relación directa entre el diagnóstico y el aborto, de forma que no tiene sentido ofrecerlo si no es con la opción de proponer la IVE (Review of Ethical Issues in Medical Genetics. Report of Consultants to WHO).

2. Artículo 15. Interrupción por causas médicas.

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

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

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

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

1) En relación al apartado a), el diagnóstico de ambos supuestos tiene que basarse en evidencias científicas. El avance de la medicina hace que sea muy excepcional que la solución, o la única solución, ante un grave riesgo vital para la gestante sea la eliminación del feto. Ese mismo avance permite establecer que un embarazo no deseado, con todas las tensiones, estrés y problemas reales que conlleva a la madre y que pueda motivar un trastorno depresivo, o disminuir de alguna forma la salud psíquica de la mujer, no tiene nunca como medida terapéutica la eliminación del feto. Parece por ello necesario especificar en la Normativa deontológica que la certificación del trastorno psiquiátrico exigible por ley para la IVE especifique las razones que acreditan que la única solución terapéutica sea la IVE, realizada antes de la semana 22.

2) En relación al apartado b) El diagnóstico tiene que ser cierto, no un mero dictamen de riesgo, sino de anomalías definidas médicamente como graves. Ni el tipo de circunstancias, como por ejemplo haber realizado en la madre un estudio radiológico, ni anomalías como la trisomía 21, el labio leporino, etc., constituyen un dictamen de riesgo, ni son médicamente graves.

Parece evidente que en ambas situaciones un médico puede objetar en participar y colaborar en ambos dictámenes.

3) Por último, respecto al apartado c), aportamos algunos aspectos de las reflexiones enviadas por AEBI al Presidente de la SEGO, a raíz de la reciente Declaración de su Comisión de Bioética.

-El diagnóstico de las anomalías fetales incompatibles con la vida y de las enfermedades extremadamente graves es un acto médico que debe acompañarse como tal de las terapias adecuadas, si existen, o de las medidas paliativas. La Declaración aporta uno de los presupuestos necesarios –el central- para que pudiera realizarse de acuerdo con la ética y deontología médicas: *lo aconsejable médica y éticamente sería la finalización del embarazo con los cuidados correspondientes al parto pretérmino*".

- Sin embargo, a los Comités Clínicos -a los que sólo compete, según la ley, la confirmación del diagnóstico- se les traslada la labor de una evaluación de cada caso concreto, con la responsabilidad *“de decidir sobre la interrupción de la gestación”*, y les propone una metodología prácticamente imposible de llevar a cabo. De tal forma, que traslada la responsabilidad del médico, en el diagnóstico del feto y la rigurosa y respetuosa información a los padres, a un Comité de expertos. En esa relación esencial del acto médico se sustituye al Obstetra ante el dilema, que puede surgir en los padres, de dejar morir al hijo gravemente enfermo o anticiparle la muerte abortándole.

- No se define si tal Declaración del Comité de Bioética de la SEGO conlleva la consideración de algo que se añade a la normativa ética. Junto a esto la Declaración presenta en la normativa para la evaluación de los Comités Clínicos una visión de la Medicina, ajena a la misma, que no admite la deficiencia, acepta la eugenesia prenatal y genera una grave discriminación de los nacidos y adultos que padecen enfermedades incurables.

- No corresponde a la Medicina, menos aún a un Comité Clínico, decidir qué es la vida humana, ni el nivel de calidad de vida exigible para 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,...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...* La alteración del acto médico en este caso debería permitir que los médicos que están en desacuerdo con estos comités pudieran ejercer su objeción de conciencia profesional, desde la deontología médica, a participar en los mismos.

Reiteramos nuestra disposición de colaborar, si se considerase conveniente, en la desarrollo de la Declaración de Objeción de conciencia para el caso de la ley recientemente aprobada.

Madrid, septiembre de 2010