

# NOTICIAS AEBI



## 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 religiones, 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 den-

tro 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 concurre 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 ano-

malías 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 embrio-fetal 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

## 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 infor-

mación 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 añada 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 sola-*

mente 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 cardiaco, 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 cautelosamente 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