

Globethics Repository

The logo for Globethics, featuring the word "Globethics" in white sans-serif font on a solid blue rectangular background.

Declaración sobre «la atención médica al final de la vida» [Statement "Medical care at the end of life"]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Article
Authors	Organización Médica Colegial de España
Publisher	Asociación Española de Bioética y Ética Médica
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-07-12 15:10:19
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/203533

DECLARACIÓN SOBRE

«LA ATENCIÓN MÉDICA AL FINAL DE LA VIDA»

Organización Médica Colegial de España
Una necesidad transformada en un derecho

El envejecimiento de la población y el aumento del número de personas con cáncer, otras enfermedades crónicas o degenerativas, representan un reto importante para las sociedades desarrolladas. Muchos de estos enfermos, que padecen al final de sus vidas un sufrimiento intenso, precisan una atención esmerada en la que debe estar implicada **toda la sociedad**. Todas las personas tienen derecho a una asistencia sanitaria de calidad, científica y humana. Por tanto, recibir una adecuada atención médica al final de la vida no debe considerarse un privilegio, sino **un auténtico derecho**. La Medicina Paliativa debe aplicarse desde **todos los ámbitos** asistenciales: Atención Primaria, Atención Especializada y Atención Sociosanitaria. Además, el médico, **cualquiera que sea su especialidad**, debe adoptar ante el sufrimiento una actitud particularmente compasiva y humana, con empatía, respeto y delicadeza. Abandonar al enfermo cuando necesita esta atención constituye una mala práctica médica.

La calidad de vida como prioridad

El objetivo en la atención a las personas con una enfermedad en fase terminal

es procurar su mejor **calidad de vida**, lo cual implica:

- Identificar, evaluar y tratar el dolor y otros síntomas de forma temprana, así como atender las necesidades psicosociales y espirituales. El tratamiento del dolor no es una cuestión opcional sino un imperativo ético.

- Procurar una **comunicación** respetuosa y sincera, que aporte **información** responsable y adecuada. Hay que facilitar al enfermo que pueda expresar sus emociones y siempre debe ser escuchado.

- Una **continuidad en los cuidados** a lo largo de la evolución de su enfermedad, estableciendo mecanismos de coordinación entre todos los niveles asistenciales, promoviendo y facilitando que el enfermo, si así lo desea, pueda morir en su casa.

- Conocer y respetar los **valores** del enfermo promoviendo así su autonomía y facilitar su participación en la toma de decisiones prestando una especial atención a las voluntades anticipadas.

- Reconocer la importancia de la familia y el entorno personal del enfermo, promoviendo su colaboración en los cuidados. Así mismo hay que prestar

atención esmerada a las necesidades de los cuidadores.

Las actuaciones asistenciales deberán evitar tanto la prolongación innecesaria de la vida por medio de la obstinación diagnóstica y terapéutica, como su acortamiento deliberado, o el abandono del enfermo y su familia.

La petición individual de la eutanasia o el suicidio asistido deben ser considerados generalmente como una demanda de mayor atención pudiendo hacer que desaparezca esta petición aplicando los principios y la práctica de unos cuidados paliativos de calidad.

Hacia una buena práctica médica

Para el control del dolor y de otros síntomas contamos con avances relevantes. El uso adecuado de la morfina y de nuevos analgésicos, entre otras medidas, consigue suprimir o aliviar el dolor en la mayoría de los casos.

La información y la comunicación entre enfermo, familia y equipo terapéutico es otro de los pilares fundamentales para una atención de calidad.

Se debe promover y practicar el trabajo en **equipo interdisciplinar**, sin olvidar el papel del médico como referente.

La **ética clínica**, entendida como la metodología que promueve la toma de

decisiones respetando los valores de quienes intervienen, debe ser usada como método de trabajo cotidiano.

El reto de la formación

El progresivo incremento de personas que precisan cuidados paliativos constituye actualmente un paradigma que ya no se puede considerar como cuestión marginal en la enseñanza de las Facultades de Medicina.

La demanda social de medicina paliativa es un buen ejemplo para entender la urgencia de reformas en los planes de estudio más adaptadas a las necesidades de la sociedad.

Los cuidados que un pueblo presta a sus ciudadanos más frágiles es un exponente de su grado de civilización. En este esfuerzo colectivo, los médicos, fieles a nuestra mejor tradición humanística y humanitaria, siempre deberemos estar comprometidos.

MIEMBROS DE LA COMISIÓN:

Rogelio Altisent Trota, Jacinto Bátiz Cantera, Luis Ciprés Casasnovas, L. Pablo Corral Collantes, Marcos Gómez Sancho, Juan Luis González Fernández, José Antonio Herranz Martínez, Javier Rocafort Gil, Juan José Rodríguez Sendín. Coordinador: Marcos Gómez Sancho. Madrid, enero 2009.

DECLARACIÓN DE LA COMISIÓN CENTRAL DE DEONTOLOGÍA SOBRE LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA DEL MÉDICO

Introducción

1. La objeción de conciencia del médico se ha convertido últimamente, tanto dentro como fuera de la profesión, en objeto de debate. Es lógico que, en la medida en que se multiplica y se hace más explícito el pluralismo ético de nuestra sociedad, crezca el número de episodios en que el médico presente objeción de conciencia, es decir, se produzcan situaciones e conflicto entre, por un lado, lo que prescriben las leyes, ordenan los gestores sanitarios o desean los paciente y, por otro, lo que los médicos pueden hacer en conciencia.

2. La Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado ha sido interrogada en tiempos recientes sobre algunos aspectos de la objeción de conciencia del médico, tales como su dignidad ética, las acciones a las que puede ser aplicada, o la extensión e intensidad de la protección corporativa al médico objeto.

3. No son muchos los puntos de referencia deontológicos y jurídicos sobre la objeción de conciencia. El Código de Ética y Deontología Médica vigente no la soslaya, pero la trata de modo in-

completo. Por su parte, ninguna de las normas legales específicas sobre materias objetables (leyes vigentes sobre el aborto o la reproducción asistida humana, por ejemplo) incluyen referencia alguna a la objeción de conciencia del médico.

4. Para orientar la conducta de los médicos, la Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado estima conveniente ofrecer la presente Declaración para completar y confirmar la doctrina deontológica sobre la objeción de conciencia, para orientar la conducta profesional de los médicos, y para contribuir al debate social y a abrir camino a una regulación omnicompresiva, legal y deontológica, sobre la materia.

Principios éticos, sociológicos y jurídicos

1. La negativa del médico a realizar, por motivos éticos o religiosos, determinados actos que son ordenados o tolerados por la autoridad es un acción de gran dignidad ética cuando las razones aducidas por el médico son serias, since- ras y constantes, y se refieren a cuestiones graves y fundamentales. El objetor siente hacia los actos que rechaza en conciencia

una repugnancia moral profunda, hasta el punto de que someterse a lo que se le ordena o pide equivaldría a traicionar su propia identidad y conciencia, a manchar su dignidad de agente moral. Como dice el art. 18 de la Guía de ética Médica Europea, y nuestro Código de Ética y Deontología Médica repite casi literalmente, *«Es conforme a la ética que el médico, en razón de sus convicciones personales, se niegue a intervenir en procesos de reproducción o en casos de interrupción de la gestación o abortos»*.

2. Como signo de madurez cívica y de progreso moral y político, las sociedades modernas aceptan el gesto de la objeción pacífica, sin tomar represalias o ejercer discriminaciones contra el objetor, en el común respeto a los principios de libertad ideológica y de no discriminación como derechos fundamentales de las personas, consagrados en todas las Constituciones. La tolerancia a la genuina objeción de conciencia es algo connatural a la sociedad de hoy, en la que el pluralismo ético es aceptado como una realidad privilegiada, a la que han de sacrificarse otros valores, de alta funcionalidad y eficacia, pero de dignidad ética inferior.

3. La objeción de conciencia es también un bien jurídico básico, que no existe porque haya sido reconocido por la ley, sino que es reconocido por la ley porque significa y manifiesta el respeto civil debido a la identidad moral de las personas. La sentencia de Tribunal Constitucional de 11 de abril de 1985, en respuesta al recurso de inconstitucionalidad planteado a la Ley Orgánica de reforma del art. 417 bis del anterior Código Penal, declara, entre

otras cosas, que tal objeción de conciencia existe por sí misma, esto es, que no necesita ser regulada, pues forma parte del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa reconocida por el art. 16.1 de la Constitución Española. Su ejercicio, añade la jurisprudencia constitucional española, es de aplicación directa, por cuanto se trata de uno de los derechos fundamentales.

Aspectos prácticos

1. El ejercicio de la objeción de conciencia puede dar origen a situaciones tensas y potencialmente conflictivas. Cuando opone su objeción, el médico debe mostrar siempre una actitud serena y llena de respeto hacia los pacientes, los colegas y las autoridades cuyas convicciones difieren de las suyas, tal como lo señalan los arts. 27.1 y 35.3 del Código de Ética y Deontología Médica. En una situación tan peculiar, cualquier gesto violento está fuera de lugar.

2. La objeción de conciencia, que se refiere al rechazo de ciertas acciones, nada tiene que ver con el rechazo de las personas. El médico objetor, aún absteniéndose de practicar el acto objetado, está sin embargo, obligado, en especial en caso de urgencia, a prestar cualquier otra atención médica, antecedente o subsiguiente, a la persona que se somete a la intervención objetada.

3. Sería éticamente intolerable que un colegiado que objetara en conciencia en la institución en la que trabaja asalariado, practicara la acción objetada cuando trabaja por propia cuenta. Tal

conducta sería signo de doblez moral que causaría grave descrédito a la profesión médica, pues revelaría que es el afán de lucro el móvil esencial de su comportamiento. La Comisión Central de Deontología es de la opinión que en la legislación que en su día regule la objeción de conciencia profesional se penalice con la máxima dureza posible a quienes hicieran un uso espurio e indigno de la objeción.

4. Con vistas a la prestación de la ayuda y asesoramiento del Colegio de Médicos que señala el art. 27.2 del Código de Ética y Deontología Médica, la Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado sugiere la creación de un procedimiento, voluntario y confidencial, mediante el cual el colegiado objetor comunique al Presidente del Colegio de Médicos en el que está inscrito su condición de tal.

5. En el aspecto laboral, la objeción de conciencia nunca podrá suponer ni una ventaja ni una desventaja para el médico que objeta. No podrá dar ocasión a situaciones de «castigo» o marginación, ni a discriminaciones negativas. La Organización Médica Colegial deberá oponerse con todas sus fuerzas a cualquier convocatoria para plazas, en instituciones públicas o privadas, en las que los médicos objetores sufrieran discriminación por el mismo hecho de objetar. Independientemente de lo que los Tribunales de Justicia pudieran determinar acerca de la ilegalidad o anticonstitucionalidad de tales convocatorias, la Organización Médica Colegial debe intervenir desde posiciones

deontológicas y estatutarias para hacer valer el derecho de todos los colegiados, sin distinción, a no ser limitados en su ejercicio profesional cuando éste discurre por un correcto cauce deontológico (Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial, art. 42.e).

6. De igual modo, la objeción de conciencia jamás podrá suponer, para el que objeta, la obtención de ventajas laborales. Degradaría su dignidad ética el médico que interpusiera objeción de conciencia para reducir su carga de trabajo o para excluirse de servicios molestos. El médico objetor demostrará la rectitud de su intención cumpliendo de buena gana la tarea que se le asigne para sustituir el trabajo del que se ha abstenido por razón de conciencia.

7. Es indudable que, en el futuro, al acentuarse el pluralismo ético de la sociedad, crecerá el número de las acciones que pueda el médico rechazar en conciencia. Parece claro que a la clásica objeción al aborto, a las intervenciones de reproducción humana (esterilización, contracepción y contragestación, fecundación asistida, embriología clínica), se puedan añadir otras, como, por ejemplo, el rechazo pacifista a colaborar con la Medicina militar, a practicar la eutanasia, a colaborar en la ayuda médica al suicidio, o a ejecutar ciertos protocolos clínicos. También podrán los médicos negarse a cumplir aquellas órdenes de contenido económico o administrativo, impuestas por la autoridad sanitaria, si violentaran su conciencia y libertad o pudieran causar perjuicio o daño a los enfermos.

8. Nunca, sin embargo, será legítimo trivializar la materia objetada. Si, por un lado, la conciencia recta impone con firmeza innegociable el deber de objetar cuando la gravedad objetiva de la materia así lo exige, obliga, por otro y con la misma firmeza, a mostrar una tolerancia

amplia y amistosa hacia la legítima diversidad ideológica y profesional.

Madrid, 3 de junio de 1997

El Secretario General

DECLARACIÓN DE LA COMISIÓN CENTRAL DE DEONTOLOGÍA Y DERECHO MÉDICO SOBRE LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA (2009)

La Asamblea General del Consejo general de Colegios Oficiales de Médicos, en sesión celebrada el 24 de octubre de 2009, adoptó el acuerdo de aprobar la siguiente Declaración de la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico. Así mismo, adoptó el acuerdo de mostrar su felicitación a la citada comisión por su elaboración y rapidez en la respuesta.

Introducción

La Objeción de Conciencia (PC) médica surge del conflicto que se produce cuando hay un choque entre el deber moral de un profesional de seguir los dictados de su conciencia y el deber normativo que ese profesional tiene de prestar una determinada asistencia. Es una cuestión de mucha actualidad y que se plantea en no pocas circunstancias debido al cada vez mayor pluralismo ético de la socie-

dad y a los trascendentales cambios que se han producido en las últimas décadas en la forma de ejercer la Medicina de la mano de las terapias genéticas y los tratamientos de fertilización artificial.

La OC no se regula expresamente en el Código Deontológico. Se recoge en algunos artículos pero se trata de forma incompleta. Por ello la Comisión Central de Deontología ha estimado conveniente ofrecer a toda la colegiación la presente Declaración, para completar la doctrina deontológica sobre este aspecto, orientar la conducta de los médicos y trasladar esta información a la sociedad,

Delimitación conceptual y justificación jurídica

1. La Objeción de Conciencia (OC) es una forma de resistencia al Derecho que viene condicionada por la imposibilidad

de obedecer una ley, norma, reglamento u orden en base a las convicciones morales de una persona. Es, en síntesis, la negativa individual a someterse, por razones de conciencia, a un acto médico que, en principio, sería legalmente exigible. Se diferencia de la desobediencia civil en que en ésta última, se asume la represión que el no cumplimiento de la norma pueda reportarle al infractor, pretende la derogación de esa norma y suele ser una conducta de carácter colectivo y con argumentos de carácter político, mientras que la OC es una conducta individual, basada en presupuestos de tipo moral o religioso y en la que el objetar no pretende la derogación de la norma no acatada, sino solamente el no ser reprendido por pretender preservar el dictamen de su conciencia al no cumplir la norma.

2. Aunque la OC no está regulada expresamente salvo en el caso del servicio militar (Art. 301 Constitución Española) si que hay jurisprudencia relativa a su ejercicio por los médicos, fundamentalmente en el caso del aborto. Esta jurisprudencia no es unánime y en algunos aspectos es contradictoria, lo que ha causado no pocos problemas de inseguridad jurídica. La sentencia 53/ 1985, de Tribunal Constitucional (TC) en su fundamento jurídico (FJ) 14 explicita que el derecho a la OC *«existe y puede ser ejercido con independencia de que se haya dictado tal regulación»* puesto que *‘la objeción de conciencia forma parte del contenido esencial a la libertad ideológica y religiosa reconocido en el art 16.1 de la Constitución’* Sin embargo el mismo Alto Tribunal en el FJ 2º de su sentencia 160/87 afirma que la OC sólo es legítima

en la medida en que así lo establece el art. 30.2 de la Constitución Española (CE) porque *«...sin ese reconocimiento no podría ejercerse el derecho ni siquiera al amparo de la libertad ideológica o de conciencia que, por si mismo, no sería suficiente para o liberar a los ciudadanos de sus deberes constitucionales o «subconstitucionales» por motivos de conciencia»*. La sentencia 161/87 del mismo Alto Tribunal es más rotunda si cabe en su FJ 3º: *«la objeción de conciencia con carácter general, es decir, el derecho a ser eximido de cumplimiento contrario a las de los deberes constitucionales o legales por resultar ese cumplimiento contrario o los propias convicciones, no está reconocido ni cabe reconocer que lo estuviera en nuestra Derecho o en Derecho alguno, pues significaría la negación misma de lo idea de Estado»*. Aunque admite que *«Lo que puede ocurrir es que sea admitida excepcionalmente para un deber concreto»*. A pesar de esta jurisprudencia, existe hoy un amplio acuerdo en considerar el derecho a la OC como un derecho constitucional autónomo, individual y fundamental; como una manifestación genérica del derecho a la libertad de conciencia de los individuos, recogido en el Art. 16.1 de la CE. La OC supone una especificación de dicho derecho, cuando el sujeto entra en conflicto con deberes jurídicos contrarios a ella.

Normativa deontológica actual

1. La Declaración de Oslo sobre el aborto de La Asociación Médica Mundial (Oslo 1970) y sus sucesivas revisiones hasta la última de Pilanesberg (Sudáfrica) de 2006 establece en su punto 6: *«Sí las convicciones*

del médico no lo permiten aconsejar o practicar un aborto, éste puede retirarse, siempre que garantice que un colega calificado continuará prestando la atención médica».

2. La Guía de ética médica europea en su artículo 18 reza; «Es conforme a la ética que el médico, en razón de sus convicciones personales, se niegue a intervenir en procesos de reproducción a en casos de interrupción de la gestación o aborto».

3. La Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, en sesión celebrada 31 de mayo de 1997 aprobó la Declaración de la Comisión Central de Deontología sobre la Objeción de Conciencia del médico que en sus principios éticos afirma: «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».

4. El actual Código Deontológico recoge el derecho a la OC en varios artículos:

Art. 9.3: «Si el paciente exigiera del médico un procedimiento que éste, por razones científicas o éticas, juzga inadecuado o inaceptable, el médico, tras informarle debidamente queda dispensado de actuar»

Art. 26.1: «El médico tiene derecho a negarse por razones de conciencia a aconsejar alguno de los métodos de regulación y de asistencia a la reproducción, ó practicar la esterilización o a interrumpir un embarazo, informará sin demora de su abstención y ofrecerá en su caso, el tratamiento oportuno al problema por el que se le consultó. Respetará

siempre la libertad de las personas interesadas de buscar la opinión de otros médicos. Y debe considerar que el personal que con él colabora tiene sus propios derechos y deberes»

Art. 26. 2: «El médico podrá comunicar al Colegio de Médicos su condición de objetor de conciencia a los efectos que considere procedentes, especialmente si dicha condición le produce conflictos de tipo administrativo o en su ejercicio profesional. El colegio le prestará el asesoramiento y la ayuda necesaria».

Consideraciones prácticas

L El médico puede y debe negarse a realizar prácticas médicas que vayan contra los dictados de su conciencia. Es un deber moral y una práctica lícita desde un punto de vista social.

2. La OC médica nunca puede significar una discriminación de las personas. El médico puede negarse a una actuación porque le signifique un grave problema moral, pero nunca por unas determinadas características del paciente como edad, raza, ideología, religión u otras similares.

3. El médico objetar comunicará al paciente su objeción a la prestación de que se trate de forma razonada. En todo caso, deberá dirigir al paciente hacia el profesional o la institución que den respuesta a la atención demandada,

4. Es éticamente reprobable que un colegiado que objetara en conciencia en la institución en la que trabaja como asalariado, practique dicha acción objetada cuando trabaja por cuenta propia. Tal conducta sería signo de doblez mo-

ral que causaría grave descrédito á la profesión médica, pues revelaría que el afán de lucro es el móvil esencial de ese comportamiento

5. El ejercicio de la OC no exime al médico de prestar cualquier otra atención médica, especialmente en casos de urgencia, a la persona causante de su objeción, incluso aunque esta urgencia tenga que ver con la actividad objetada.

6. El médico objetar debe comunicar su condición a las responsables de la Institución para la que trabaje. Podrá así mismo comunicarlo a su Colegio profesional.

7. La OC nunca puede significar discriminación de ningún tipo para el médico que la práctica. El médico objetor nunca debe sufrir presiones en el ejercicio de sus funciones por su condición de objetar. El profesional que objete nunca obtendrá ventajas laborales de su condición y aceptará de buen grado otras tareas que se le asignen en la Institución para la que trabaje.

8. En la Medicina actual pueden ser numerosas las causas que motiven la objeción de conciencia, entre otras: interrupción voluntaria del embarazo, contracepción, terapias con células madre embrionarias, eutanasia, rechazo y demanda de tratamientos, alimentación forzada de reclusos en huelga de hambre; pueden crear serios conflictos morales y de práctica diaria que deberán ser afrontados desde la reflexión y la serenidad,

Madrid, 26 de octubre de 2009

Criterios y recomendaciones para el registro colegial de la objeción de conciencia

El Código de Ética y Deontología Médica (Art. 26.2) y la Declaración de la Comisión Central de Deontología sobre Objeción de Conciencia recientemente aprobada contemplan que el médico colegiado que plantea objeción de conciencia (OC) a la realización de una determinada práctica profesional puede comunicar a su Colegio esta condición con el fin de recibir asesoramiento y la ayuda necesaria para garantiza este derecho.

La realización de este registro por parte del Colegio de Médicos tiene la finalidad de dar mayor seguridad al médico y puede contribuir a la mediación en casos de conflicto. Se efectuará mediante la comunicación al Secretario General del Colegio Provincial y se recogerá en una ficha confidencial donde conste el nombre del colegiado y la prestación sanitaria a la que se plantea la OC. El amparo que la corporación garantiza al colegiado que hace la OC aconseja realizar una validación o ratificación sobre la autenticidad de la OC comunicada, lo cual sería una función delegada en la Comisión de Deontología del correspondiente Colegio Provincial.

Este procedimiento **no puede interpretarse como una limitación al derecho constitucional** que asiste al colegiado y debe entenderse como un asesoramiento que permite advertir y reconducir aquellos casos en que se pudiera suscitar la OC de manera inadecuada –por ejemplo, se ha planteado equivocadamente la posibi-

lidad de hacer objeción de conciencia a la sedación paliativa de manera genérica. **El registro será siempre personal, voluntario y confidencial.** No debe confundirse el registro con la creación de una lista. En modo alguno pueden existir «listas» con los médicos que ejercen el derecho a la OC. Es muy importante garantizar que la identidad del colegiado objetor sea tratada de acuerdo con la doctrina del «confidente necesario», es decir que sea conocida tan solo por quien sea imprescindible para la gestión del registro.

Esto significa que cuando la Comisión de Deontología realice la «validación» de los registros se procederá sobre el motivo de objeción, de tal manera que habitualmente no será necesario identificar al médico que plantea la OC. Este criterio de confidencialidad es igualmente aplicable

a la comunicación que el médico que objeta debe realizar a su inmediato superior en la institución donde desarrolla la asistencia, de modo que solo debería tener conocimiento de la identidad del objetor quien precisa de esa información para reorganizar la actividad asistencial.

La posibilidad de proceder a registrar la OC en el Colegio de Médicos ante actuaciones profesionales previsibles por la especialidad o por el servicio donde un médico ejerce, **no supone una restricción al derecho de OC en una situación sobrevenida de manera imprevista**, siendo en este caso igualmente aconsejable ponerse en contacto de manera inmediata con el Colegio Provincial.

Madrid a catorce de noviembre de dos mil nueve

DECLARACIÓN DE MADRID

Los abajo firmantes, profesores de universidad, investigadores, académicos, e intelectuales de diferentes profesiones, ante la iniciativa del Grupo Socialista en el Congreso, por medio de la Subcomisión del aborto, de promover una ley de plazos, suscribimos el presente Manifiesto en defensa de la vida humana en su etapa inicial, embrionaria y fetal y rechazamos su instrumentalización al servicio de lucrativos intereses económicos o ideológicos.

En primer lugar, reclamamos una correcta interpretación de los datos de la ciencia en relación con la vida humana en todas sus etapas y a este respecto deseamos se tengan en consideración los siguientes hechos:

a) Existe sobrada evidencia científica de que la vida empieza en el momento de la fecundación. Los conocimientos más actuales así lo demuestran: la Genética señala que la fecundación es el momento en que se constituye la

identidad genética singular; la Biología Celular explica que los seres pluricelulares se constituyen a partir de una única célula inicial, el cigoto, en cuyo núcleo se encuentra la información genética que se conserva en todas las células y es la que determina la diferenciación celular; la Embriología describe el desarrollo y revela cómo se desenvuelve sin solución de continuidad.

b) El cigoto es la primera realidad corporal del ser humano. Tras la fusión de los núcleos gaméticos materno y paterno, el núcleo resultante es el centro coordinador del desarrollo, que reside en las moléculas de ADN, resultado de la adición de los genes paternos y maternos en una combinación nueva y singular.

c) El embrión (desde la fecundación hasta la octava semana) y el feto (a partir de la octava semana) son las primeras fases del desarrollo de un nuevo ser humano y en el claustro materno no forman parte de la sustantividad ni de ningún órgano de la madre, aunque dependa de ésta para su propio desarrollo.

d) La naturaleza biológica del embrión y del feto humano es independiente del modo en que se haya originado, bien sea proveniente de una reproducción natural o producto de reproducción asistida.

e) Un aborto no es sólo la «interrupción voluntaria del embarazo» sino un acto simple y cruel de «interrupción de una vida humana».

f) Es preciso que la mujer a quien se proponga abortar adopte libremente su decisión, tras un conocimiento informado y preciso del procedimiento y las consecuencias.

g) El aborto es un drama con dos víctimas: una muere y la otra sobrevive y sufre a diario las consecuencias de una decisión dramática e irreparable. Quien aborta es siempre la madre y quien sufre las consecuencias también, aunque sea el resultado de una relación compartida y voluntaria.

h) Es por tanto preciso que las mujeres que decidan abortar conozcan las secuelas psicológicas de tal acto y en particular del cuadro psicopatológico conocido como el «Síndrome Postaborto» (cuadro depresivo, sentimiento de culpa, pesadillas recurrentes, alteraciones de conducta, pérdida de autoestima, etc.).

i) Dada la trascendencia del acto para el se reclama la intervención de personal médico es preciso respetar la libertad de objeción de conciencia en esta materia.

j) El aborto es además una tragedia para la sociedad. Una sociedad indiferente a la matanza de cerca de 120.000 bebés al año es una sociedad fracasada y enferma.

k) Lejos de suponer la conquista de un derecho para la mujer, una Ley del aborto sin limitaciones fijaría a la mujer como la única responsable de un acto violento contra la vida de su propio hijo.

l) El aborto es especialmente duro para una joven de 16-17 años, a quien se pretende privar de la presencia, del consejo y del apoyo de sus padres para tomar la decisión de seguir con el embarazo o abortar. Obligar a una joven a decidir sola a tan temprana edad es una irresponsabilidad y una forma clara de violencia contra la mujer.

En definitiva, consideramos que las conclusiones que el Grupo Socialista en el Congreso, por medio de la Subcomisión del aborto, trasladará al Gobierno para que se ponga en marcha una ley de plazos, agrava la situación actual y desoye a una sociedad, que lejos de desear una

nueva Ley para legitimar un acto violento para el no nacido y para su madre, reclama una regulación para detener los abusos y el fraude de Ley de los centros donde se practican los abortos.

Madrid 17 de Marzo de 2009

DECLARACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL SOBRE EL PROYECTO DE LEY DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (LEY DEL ABORTO)

Con motivo del debate parlamentario de la nueva Ley del Aborto, la Organización Médica Colegial, consciente de los deberes que tiene para con los ciudadanos en general y los médicos en particular, expone públicamente sus compromisos éticos en materia sanitaria, que afectan a unos como beneficiarios de los actos médicos y a los otros como agentes necesarios para su realización, por lo que elevan a la opinión pública las siguientes consideraciones:

Primera.- De acuerdo con el Código de Ética y Deontología Médica, la profesión médica está al servicio de la vida humana.

Segunda.- Los médicos colegiados aceptarán, como no puede ser de otra manera, las leyes emanadas del Parlamento, pero sometiéndolas siempre al valor

superior de la libertad de conciencia de cada uno. La Objeción de Conciencia es un Derecho fundamental e irrenunciable. Por ello, la Organización Médica Colegial ve con satisfacción que se reafirme el Derecho Constitucional a la objeción de conciencia para todos aquellos profesionales que deban intervenir como cooperadores necesarios en la práctica de un aborto.

Tercera.- Los médicos rechazamos que se utilice el argumento de que la nueva Ley les dotará de una mayor seguridad jurídica a la hora de realizar una interrupción voluntaria del embarazo, ya que no se ajusta a la verdad. Ni los médicos y menos aún el *nasciturus*, estarán mejor protegidos que con la ley anterior.

Cuarta.- Este Proyecto de Ley establece un periodo de 14 semanas durante el cual la mujer será libre para abortar.

Este límite es difícil de precisar con el rigor que las leyes exigen a pesar de los medios técnicos actualmente disponibles, por lo que se introduce un aspecto subjetivo, que aconseja establecer algunas cautelas.

Quinta.- Por lo anteriormente mencionado consideramos necesario unas mínimas garantías:

- a. Establecer un sistema que impida irregularidades en los informes médicos, que avalan que el embarazo supone un peligro para la salud psíquica o física de la embarazada.
- b. Debería elaborarse un protocolo de consentimiento informado que ofrezca las debidas garantías de validez y respeto a la opinión y autonomía de la mujer, con información de la naturaleza de la intervención y sus riesgos.
- c. Se debería dar un periodo suficiente de reflexión e informar de las ayudas sociales públicas y privadas a las que podrá acogerse en el caso de que decida continuar con la gestación.
- d. Deberían restablecerse en los hospitales públicos y en cualquier centro en que se realicen abortos, las Comisiones técnico-éticas que establezcan la legalidad o no de la interrupción voluntaria del embarazo. Una decisión tan importante y de consecuencias irreversibles, cual es un aborto, no puede ser adoptada por un solo facultativo.
- e. La interrupción voluntaria del embarazo en menores entre 16 años y la mayoría de edad, no se realizará nunca sin su consentimiento. Vemos con satisfacción que se han tenido en cuenta las sugerencias de la Organización Médica Colegial acerca de la conveniencia e importancia que tiene informar a los padres o tutores, para no privar a la menor de su consejo, apoyo y ayuda.

Madrid, 11 de diciembre de 2009

DECLARACIÓN DE AEBI EN RELACIÓN DEL ANTEPROYECTO DE LEY DE LA CONSEJERÍA DE SALUD DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA, «DERECHOS Y GARANTÍAS DE LA DIGNIDAD DE LA PERSONA EN EL PROCESO DE LA MUERTE» («LEY DE LA MUERTE DIGNA»)

La Asociación Española e Bioética y Ética médica (AEBI), en relación del anteproyecto de ley de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, «Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte» («Ley de la muerte digna»), señala que:

1. La Medicina Paliativa se basa en un tipo especial de cuidados que se aplican a pacientes en situación de enfermedad avanzada. Estos cuidados pretenden proporcionar a la vida de los enfermos, y a la de sus familiares, la mejor calidad posible a su situación. Su principal objetivo es que alcancen el máximo bienestar posible. Actúan sobre las necesidades de todo tipo afectadas por la enfermedad avanzada. Este enfoque global del paciente y su familia se alcanza mediante el trabajo en equipo multidisciplinar de profesionales médicos, personal de enfermería, psicólogos y trabajadores sociales. Por tanto, es un borrador de

ley inútil ya que los diversos supuestos de pacientes se contemplan en toda su amplitud en el Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial.

2. El contenido del anteproyecto distorsiona la realidad sanitaria de la especialidad de «La medicina del final de la vida». En efecto, como recoge el Código: «el médico no emprenderá acciones terapéuticas o diagnósticas sin esperanza, inútiles u obstinadas, y cuando el estado del enfermo no le permita tomar decisiones, seguirá las indicaciones realizadas por el propio paciente con anterioridad o la opinión de sus familiares responsables». Informamos a la opinión pública que en estos últimos meses, desde dentro y desde fuera de los cuidados paliativos, se promueve un cambio de postura, tratando de posicionar a los paliativos al lado o al mismo nivel que la eutanasia. Se pretende

involucrar a sus profesionales en su administración equiparándola con la sedación terminal. A esta nefasta situación contribuiría una ley de este tipo, si llegase a ser aprobada.

3. Respecto al denominado «encarnizamiento terapéutico» se trata de una práctica rechazada por los profesionales médicos. No procede plantear lo que es una mala praxis como algo generalizado, o frecuente, porque es falso.
4. Es improcedente plantear sanciones. La Comisión Deontológica de los diversos Colegios de médicos tienen sus propios mecanismos para vigilar que no ocurra tal «encarnizamiento terapéutico» y sancionar al responsable si ocurriese. Es grave presentar al médico como un profesional del que se debe desconfiar, máximo cuando se trata de los actos médicos en relación con una buena muerte.
5. Lo que realmente se necesita es invertir en información a los ciudadanos y

especialmente invertir en mayor formación y mayores recursos humanos y técnicos para poder ofrecer a todos los que los precisen los cuidados paliativos. Lo que se debe es vigilar y garantizar que se cumplan las voluntades anticipadas, y las cuestiones relativas al rechazo a tratamientos y al derecho a ser informados según la ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.

Los Cuidados Paliativos son una medicina científica, avanzada en los últimos años, necesaria y competente. Resulta claramente injusta la desconsideración del profesional médico, y de los profesionales implicados en la atención de las personas en el tramo final de la vida o situación terminal, que hace este anteproyecto de ley.

Madrid 29-9-2008

