



Ginecólogos DAV

Comisión Deontológica.
Septiembre 2010

INFORME SOBRE LA DECLARACIÓN DE LA SEGO (SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA) ANTE LA LEY DE ABORTO

Por:

COMISION DEONTOLÓGICA DE GINECÓLOGOS DAV



GINECÓLOGOS POR EL DERECHO A VIVIR



INTRODUCCIÓN:

El Comité de Bioética de la SEGO ha publicado una declaración sobre algunos aspectos la nueva de ley de aborto que afectan a aquellos abortos que puedan ser justificados tras el diagnóstico prenatal. Se trata de los abortos eugenésicos, aunque en la ley no se denominen así, en los que la cooperación directa de los obstetras dedicados al diagnóstico prenatal resulta jurídicamente necesaria, al menos en su fase consultiva y preparatoria.

La Comisión de Bioética de la SEGO ha criticado la imprecisión de la ley a la hora de definir los diagnósticos de aquellos abortos eugenésicos que quedan legalizados en el art.15.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*

En consecuencia, y de motu propio que se sepa, ha tratado de definir algunos conceptos ambiguos de la ley y ha elaborado un listado de enfermedades para cada grupo, a fin de aclarar la ambigüedad del citado artículo y de facilitar el trabajo de los Comités Clínicos que tienen que dar visos de legalidad al aborto eugenésico. También hace una mención a las “reducciones fetales” en embarazos múltiples.

http://www.sego.es/Content/pdf/Documento_Final_Bioetica_Aborto_2.pdf

La valoración general que desde la Comisión Deontológica de la plataforma de Ginecólogos defensores del Derecho a la Vida del “*ser humano embriofetal*” (Ginecólogos DAV) hacemos sobre esta declaración puede ser positiva al reconocer el esfuerzo que hace por tratar de aclarar una ley que tanta transcendencia tiene para los profesionales de la obstetricia y la ginecología. Sin embargo, echamos de menos algunos



aspectos que consideramos muy importantes desde el punto de vista bioético y deontológico. Animamos a la Comisión de Bioética de la SEGO a que siga trabajando en estas cuestiones y para que **también elabore listados de enfermedades ante las que los comités clínicos y los especialistas individuales nunca deberían facilitar el aborto como opción**, que traten de aplacar el uso de la medicina defensiva y la litigiosidad ante las limitaciones del diagnóstico prenatal. Deseamos motivar a la SEGO, con especial insistencia, en la firme defensa de la objeción profesional del ginecólogo por motivos éticos y científicos, en la defensa de la deontología médica y en el necesario testimonio humanista del valor de la vida en discapacidad.

PUNTOS DE ENCUENTRO:

Coincidimos, como declara el Comité de Bioética de la SEGO, en que *“es necesario poner en el centro de la atención prenatal el interés del nascituro, desde su concepción hasta su parto, en tanto que bien jurídicamente protegido y necesitado de tutela”*. Precisamente esto, pero sin olvidarnos de los padres, es lo que haremos a lo largo de todo este informe.

También coincidimos con el mínimo de que el aborto nunca debe ser la única opción ante un diagnóstico prenatal adverso y que más allá de las 22 semanas la interrupción del embarazo sólo debería tener la intención de procurar cuidados al neonato.

Convergemos en que el **artículo 15.c** de la ley - que regula el aborto por encima de las 22 semanas y sin plazo límite- no deja claro a que se refiere con: *“anomalía fetal incompatible con la vida”*, para cuyo aborto legal solo basta el dictamen de un ginecólogo. También coincidimos que tampoco queda aclarado el citado artículo al referirse a: *“enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico”*, que requiere la decisión de un comité clínico. Igualmente destacamos que la



metodología de trabajo de los comités clínicos no queda definida y que su designación se deja a la arbitrariedad de la administración político sanitaria.

Estamos conformes con que es necesario valorar las repercusiones del diagnóstico y el aborto sobre el feto pero también sobre la salud de la madre y que es conveniente la autopsia y pruebas de biología molecular para estudiar los seres humanos abortados ya sea naturalmente o intencionadamente.

También nos parece positivo que los comités clínicos puedan solicitar la intervención de otros especialistas; en especial de pediatras, cirujanos pediátricos, neurólogos y neurocirujanos y rehabilitadores.

Por último, coincidimos con la necesidad de llegar al “diagnóstico cierto”, de evaluar las “posibilidades reales de tratamiento y de las alternativas posibles” y el necesario análisis de las “consecuencias de las alternativas”

CARENCIAS DE LA DECLARACIÓN DE LA COMISION DE BIOETICA

1.) APORTACIONES Y SUGERENCIAS.

- 1.1)** Sería muy importante que la Comisión de Bioética de la SEGO propusiese un grupo de trabajo para evaluar y precisar con rigor cuáles son esas “causas médicas” que hacen creer al legislador, que puede existir “**un grave riesgo para la salud y la vida de la embarazada**” que justifique una interrupción feticida antes de las 22 semanas a las que se refiere el **artículo 15-a** de la ley.

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

- *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.(15.a)

1.2) Echamos en falta referencias al artículo 15-b de la ley que permite la interrupción feticida de la gestación hasta las 22 semanas cuando se dictamine *“riesgo de graves anomalías para el feto”*

- *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(15.b)*

En primer lugar, consideramos que ese *“riesgo”* no queda precisado y que puede quedar a la subjetividad de cada especialista. Hablar de riesgo es distinto de hablar de diagnóstico cierto. Por ejemplo puede ser que se estime riesgo y se proponga el aborto, como ha ocurrido hasta ahora en la práctica, por haberse realizado una radiografía, por haber ingerido fármacos u otras sustancias, por padecer una diabetes, por positivización de la serología de Toxoplasma u otros agentes infecciosos, por antecedentes familiares o personales de cromosopatías u otras alteraciones de la normalidad etc., sin que se haya confirmado la presencia real de alteraciones provocadas por esas exposiciones de riesgo.

En segundo lugar, la ley no define las *“graves anomalías”* de este grupo ni tampoco lo hace la comisión de Bioética de la SEGO. Hasta ahora, bajo este supuesto se han venido abortando la mayoría de los fetos con riesgo o con diagnóstico cierto de *Sd Down* debido a la promoción, por parte de la SEGO (1), de los cribados poblacionales de cromosopatías en un marco legal en que la vida de estas personas no goza de protección penal hasta después de su nacimiento.

1) *Propuesta de Screening combinado de cromosopatías en el primer trimestre de la gestación para todo el territorio nacional.* A Fortuny. Recomendaciones para la organización de un Servicio de Obstetricia y Ginecología. Documento SEGO 2005.PAG25. ISBN84-689-0753-7

“...debemos recalcar la necesidad de que en España todas las mujeres gestantes tengan acceso a un sistema de cribado que permita SELECCIONAR aquellas que, por presentar alto riesgo de alteraciones CROMOSOMICAS son candidatas a pruebas diagnósticas invasivas. Es misión de las autoridades sanitarias, tanto del gobierno central, como de los autonómicos, garantizar esta igualdad en todo el territorio nacional”



Si es coherente la Comisión de Bioética cuando declara que es necesario poner en el centro de la atención prenatal el interés del nascituro, tenemos que reconocer que no es a éste a quien le interesa que terceros puedan conocer su secreto genético y cromosómico, en especial cuando descubrirlo será utilizado para decidir sobre su muerte. La **Declaración de la UNESCO del Genoma Humano** señala que *“ningún ser humano podrá ser discriminado por razón de su código genético”*

Además de la clamorosa situación de los niños que nacerían con Sd de Down, también han sido abortados bajo este supuesto fetos con hallazgos ecográficos de *labio leporino, de espina bífida, de focomelias, poli-sindactilias, cardiopatías tratables, hidrocefalias, ventriculomegalias, pies equinovaros, acondroplasias etc.*

En este supuesto de aborto eugenésico, según impone la ley, **la cooperación de al menos tres ginecólogos resulta jurídicamente necesaria**: dos que participen con sus diagnósticos y sus dictámenes en la fase consultiva y otro que participe en la fase ejecutoria quirúrgica. Pero además otros muchos pueden verse implicados en la fase preparatoria desde el ingreso hasta el alta hospitalaria. **Es un deber ineludible de la SEGO defender con firmeza el derecho a la objeción de todos ellos**, especialmente si son socios de esta sociedad científica.

1.3) Echamos en falta, por parte de la SEGO, un posicionamiento bioético acorde a la deontología médica sobre el **“aborto a petición”** antes de la semana 14, sobre la información mediante *“sobre cerrado”* y la suficiencia de los *“tres días de reflexión”* (**artículo 14** de la ley).

1.4) Así mismo se echa muy en falta una contundente declaración frente al **artículo 19.2** que restringe el derecho fundamental a la **objeción de conciencia** al equipo quirúrgico encargado de ejecutar el aborto.

A este respecto, consideramos necesario que nuestra Sociedad Científica, y en especial su Comisión de Bioética, reconozca y defienda con firmeza el **derecho a la objeción** al aborto y el apoyo sin paliativos a los



ginecólogos objetores que, por motivos éticos y científicos o de conciencia, no deseen participar en las fases preparatorias, consultivas y ejecutorias del proceso que conduce a la muerte intencionada de un ser humano mediante una IVE. Esas fases preparatorias y consultivas, en los casos de aborto por malformación fetal, Incluyen la participación en los programas de cribado de anomalías. La objeción por razones éticas y científicas para no cooperar en unos programas de cribado prenatal concebidos para que una de sus utilidades sea facilitar el aborto ante un diagnóstico desfavorable, debe ser defendida con idéntica firmeza. En este sentido puede resultar esclarecedor que la OMS reconozca la posibilidad de objetar al diagnóstico prenatal por motivos de conciencia (2).

1.5) Consideramos imprescindible un pronunciamiento, basado en las evidencias científicas disponibles, sobre las **consecuencias negativas que para la dignidad de la mujer y la salud de la mujer** (3), supone el hecho de que participe, de manera *voluntaria o condicionada*, en la muerte provocada de su hijo, sano o enfermo, antes del parto. Así mismo nos parece oportuna una valoración, a título general, que reconozca que las secuelas para la mujer, incluso ante enfermedades extremadamente graves e incurables, tienen un menor impacto psíquico y físico cuando se produce la muerte fetal espontánea que cuando es provocada.

(2) *Report of consultants to WHO. Wertz DC, Fletcher JC, Berg K. World Health Organization, 2003, WHO/HGN/ETH/00.4*

[1] "Although a full range of genetics services, including prenatal diagnosis, should be available in every nation, individual physicians may choose not to perform prenatal diagnosis for reasons of conscience, if they oppose abortion": pág. 38).

(3)

- I) Di Giusto, M., R. Lazzari, et al. (1991). "Psychological aspects of therapeutic abortion after early prenatal diagnosis." *Clin Exp Obstet Gynecol* 18(3): 169-73
- II) Dallaire, L., G. Lortie, et al. (1995). "Parental reaction and adaptability to the prenatal diagnosis of fetal defect or genetic disease leading to pregnancy interruption." *Prenat Diagn* 15(3): 249-59
- III) Iles, S. and D. Gath (1993). "Psychiatric outcome of termination of pregnancy for foetal abnormality." *Psychol Med* 23(2): 407-13.
- IV) 11 Korenromp, M. J., G. C. Christiaens, et al. (2005). "Long-term psychological consequences of pregnancy termination for fetal abnormality: a cross-sectional study." *Prenat Diagn* 25(3): 253-60
- V) Korenromp, M. J., G. C. Page-Christiaens, et al. (2007). "A prospective study on parental coping 4 months after termination of pregnancy for fetal anomalies." *Prenat Diagn* 27(8): 709-16
- VI) Zeanah, C. H., J. V. Dailey, et al. (1993). "Do women grieve after terminating pregnancies because of fetal anomalies? A controlled investigation." *Obstet Gynecol* 82(2): 270-5.



1.6) Por último un aspecto de especial transcendencia serían las directrices de política educativa bajo la “perspectiva de género” (sic) establecidas en el **artículo 8.** y que afectan a los estudiantes de medicina y a los MIR de la especialidad:

Artículo 8. Formación de profesionales de la salud.

*La formación de profesionales de la salud se abordará **con perspectiva de género** e incluirá:*

*a) La incorporación de la salud sexual y reproductiva en los programas curriculares de las **carreras relacionadas con la medicina** y las ciencias de la salud, incluyendo la investigación y formación en la práctica clínica de la interrupción voluntaria del embarazo.*

b) La formación de profesionales en salud sexual y salud reproductiva, incluida la práctica de la interrupción del embarazo.

c) La salud sexual y reproductiva en los programas de formación continuada a lo largo del desempeño de la carrera profesional.

A esta comisión deontológica le parece especialmente urgente una declaración de la SEGO al respecto, pues no cabe duda que adiestrar a los nuevos ginecólogos en teorías y técnicas que no sólo persiguen la evacuación del contenido uterino que todo especialista conoce perfectamente sin necesidad de leyes, sino que se trata de hacer que técnicas cuyo objetivo es causar la muerte de un ser humano formen parte del currículo del obstetra, es claramente contrario a la ética y a la deontología médica. En cualquier caso el derecho a la objeción de estudiantes de medicina durante su paso por las asignaturas de obstetricia y ginecología y el de los médicos residentes de la especialidad debe ser protegido con especial celo por parte de la SEGO.

2.) DISCREPANCIAS:

Con respecto a la definición de lo que son “**enfermedades incompatibles con la vida**” (artículo 15-c) establecida por la Comisión de la SEGO y que



se incluyen en el listado de “*circunstancias en las que no es necesario la evaluación por un CC*”, reconocemos como *hechos científicos* difícilmente discutibles:

- 1. que lo único incompatible con la vida es la muerte, y**
- 2. que los que son mortales son los seres vivos y no las enfermedades o las circunstancias.**

Por ello, esta Comisión Deontológica no comparte las definiciones que tratan de adaptar el lenguaje político al científico, propuestas por la Comisión de Bioética de la SEGO cuya autoridad para proponerlas como verdades indiscutibles necesariamente asumibles por los asociados puede ser cuestionable. Creemos que, en todo caso, debe ser el lenguaje político el que no renuncie a las verdades científicas y nos parece más apropiado y ajustado a la realidad científica englobar estos diagnósticos bajo el epígrafe de *enfermedades con corta esperanza de vida y enfermedades con grados de dependencia*. **Precisando que el aborto bajo esta justificación no obedece a causas médicas sino de otro tipo.**

Nos parece poco afortunado para la imagen pública de nuestra sociedad científica que la Declaración del Comité de Bioética pueda transmitir la impresión de ser un simple *visto bueno* de la SEGO a una lista de indicaciones que son declaradas per se tributarias directas del aborto, sin que sea necesaria para ellas el dictamen del Comité Clínico.

Teniendo en cuenta que también es un *hecho científico* que la evolución natural de la persona afecta de esas enfermedades de la lista es la muerte natural más o menos precoz, el deber del médico debe ser paliar y apoyar ante esas situaciones sin acortar intencionadamente la vida del paciente embriofetal mediante una ILE que afectará negativamente a la salud y al futuro reproductor de la mujer y gravará el trauma por la pérdida de un hijo con la morbilidad de un duelo patológico, como también demuestra la *evidencia científica y la experiencia clínica*.



3.) UNA MENCIÓN ESPECIAL

Llama poderosamente la atención la presencia en la lista de ***“enfermedades extremadamente graves e incurables a tenor del conocimiento científico disponible en el momento del diagnóstico”***, de la *Esclerosis Tuberosa*, sin más cualificaciones. Entendemos que debe tratarse de un error por parte de esta Comisión de Bioética que debe ser reparado, ya que podría ser interpretado como una ofensa por el cerca del millón de seres humanos con la enfermedad que se calcula que viven hoy en el mundo y que llevan vidas tan dignas como la de cualquiera de nosotros. Una consideración similar hacemos con respecto a la inclusión de las agenesias del cuerpo calloso en las que ha habido importantes avances terapéuticos.

CRÍTICA SOBRE LAS CONCEPCIONES DE LA VIDA HUMANA:

De la declaración de la comisión, en lo que se refiere al siguiente párrafo, se desprenden dos concepciones posibles sobre la vida humana: una biologicista y otra utilitarista.

“Un hecho muy importante es la posición previa de cada CC sobre cómo y qué considera que es la vida humana: si la considera que es un conjunto de procesos metabólicos destinados a mantener el latido cardíaco, es decir, algo exclusivamente biológico, o si la considera que es algo más: un valor básico, fundamental, y que debe incluir una cierta calidad de vida para mantener la obligatoriedad de conservarla, y que el deber de conservarla puede no urgir en condiciones particularmente difíciles. La vida humana no es un bien absoluto sino que está en función de otros valores que pueden conseguirse con ella, y que hacen posible darle un sentido. Como puede comprenderse fácilmente esta valoración intrínseca de cada CC es una condición importante para poder determinar y dilucidar en cada caso lo más oportuno.”

Ante estas dos visiones extremas de la vida humana:



1. Una; referida a la vida del ser humano fetal como un pintoresco “conjunto de procesos metabólicos destinados al mantenimiento del latido cardíaco,” que podría caer en el encarnizamiento terapéutico para prolongarla a toda costa.
2. Y la otra; un tanto dogmática, que considera:
 - i) que la vida no es un valor absoluto sino que requiere de subjetivas impresiones de lo que es una vida de calidad para que “se pueda mantener la obligatoriedad de no acabar con ella” por parte del médico, ejemplo de mentalidad eugenésica, y
 - ii) que “precisa de otros valores que se puedan conseguir con ella para darle sentido,” cayendo en una mentalidad utilitarista.

Sostenemos, que hay otra visión que considera el valor fundamental de la vida del ser humano por el hecho de serlo y que goza de una dignidad intrínseca, no otorgable ni restringible, incluso en la enfermedad, la discapacidad, o la merma de bienestar físico o psíquico, o incluso si es dependiente. La vida del ser humano merece respeto por joven que sea y mientras dure por corta que pueda ser su esperanza de vida. **Dicho respeto ennoblece y da sentido al papel del médico y especialmente al del ginecólogo y a la medicina fetal.**

Animar y apoyar a la madre y al padre en situaciones de especial dramatismo para que permitan vivir a su hijo hasta su muerte natural si llega, tiene **importantes beneficios desde un punto de vista psicológico para la mujer que deben ser tenidos en cuenta por el médico.** Fortalecer el vínculo materno filial mientras viva el hijo en su vientre, es un acto de gran dignidad humana y médica que suele dejar un recuerdo positivo en la mujer en medio del infortunio y elimina un frecuente sentimiento de culpa que agrava la reacción de duelo.

Nos parece conforme a una ética que respete el pluralismo social y el interés del nascituro, que la concepción personalista de la vida humana no quede excluida de los comités clínicos y que la Comisión de Bioética de la SEGO debería ser sensible también con esta realidad. De no hacerlo así, la declaración da la impresión de querer imponer la tiranía ideológica de la calidad de vida en la que el destino de unos seres humanos extremadamente débiles queda a merced de las decisiones y juicios discrecionales de los llamados Comités Clínicos. Al tratar de la posición previa de cada CC 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, dispensables.



La SEGO a, través de su Comisión de Bioética, podría estar dando una impresión ante la sociedad de un prejuicio anti-discapacidad pues requiere que la vida de un ser humano incluya *“una cierta calidad para mantener la obligatoriedad de conservarla, y que el deber de conservarla puede no urgir en condiciones particularmente difíciles”* y da a entender que quien no comparte esa visión asume el extremo biologicista, quedando marcado de ser partidario de un encarnizamiento *“destinado al mantenimiento del latido cardíaco”*

LLAMAMIENTO A LA REFLEXION ÉTICA

La Comisión Deontológica de Ginecólogos DAV hace un **llamamiento para huir de todo tipo de encarnizamiento sobre el ser humano embriofetal, ya sea terapéutico o diagnóstico**. La obstinación por el diagnóstico cada vez más precoz de enfermedades fetales incurables (4) cuyo diagnóstico carece de beneficio para el ser humano embriofetal, como las cromosomopatías por ejemplo, algunas de ellas con corta esperanza de vida y otras con larga esperanza de vida, en momentos en que la vida humana carece de protección legal, está suponiendo una deriva eugenésica de la especialidad altamente preocupante (5). Ceder a la impostura de la calidad de vida desde una perspectiva materialista como requisito para cumplir con el deber de preservar la vida humana en gestación, podría influir en la sociedad para llevarnos a una lógica cada vez más permisiva que legitimara la muerte intencionada de todos aquellos recién nacidos, o incluso en etapas posteriores, cuyas anomalías no hubiesen sido detectadas prenatalmente. Y a que, como ya ocurre, los ginecólogos cuando no se consigue el diagnóstico sean denunciados por privar a los padres de ejercer el poder legal para acabar con la vida de su hijo enfermo.

(4) Declaración de la Comisión de Bioética de la SEGO sobre la interrupción legal del embarazo. L. Cabero Roura. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. 2009; Vol. 52(1) pág: 67-68 ISSN:0304-5013

“La comisión de bioética de la SEGO hace un llamamiento a los responsables sanitarios para que habiliten los recursos adecuados con el fin de realizar un diagnóstico prenatal de anomalías lo más precozmente posible, dado que en la actualidad es factible el diagnóstico de la mayoría de las alteraciones y malformaciones fetales mayores e incompatibles con la vida antes de la semana 22 de gestación.”

(5) Vigilancia epidemiológica de anomalías congénitas en España en los últimos 23 años (periodo 1980-2002) E, Bermejo, L. Cuevas, J. Mendioroz, M.L. Martínez Frías. *BOLETÍN DEL ECEMC: Revista de Dismorfología y Epidemiología*. Serie V. nº 2, 2003. ISSN: 0210-3893, pág. 60. http://bvs.isciii.es/mono/pdf/CiAC_02.pdf

*“Con los avances que se están produciendo en el campo del **diagnóstico prenatal**, cada vez **es posible detectar más anomalías y más precozmente, incluso con técnicas no invasivas. Como consecuencia de esos progresos, está aumentando el número de IVEs**, no sólo en nuestro país, sino también en el resto del mundo desarrollado [ICBDMS, 2002; EUROCAT, 2002]. Por consiguiente, no se está ejerciendo la prevención primaria” que es la que evita que se produzca la patología”*



Los ginecólogos debemos preguntarnos si es realmente imprescindible cribar cromosopatías u otras anomalías incurables para el correcto control de un embarazo. También debemos preguntarnos y tratar de cuantificar, en términos absolutos, si los programas de cribado no están consiguiendo en realidad más muertes que curaciones.

Una pregunta trascendental que debemos responder es; si seríamos capaces, nosotros mismos, de acabar con la vida de los pacientes fetales a los que diagnosticamos y consideramos que tendrán una vida corta o dependiente. Si no fuésemos capaces de hacerlo es porque sabemos que no es bueno ni ético, entonces ¿por qué considerar que lo que no es bueno ni ético para nosotros lo es para la dignidad y la salud de la mujer? Si somos capaces, entonces es que hemos alcanzado un grado de deshumanización que ha desnaturalizado nuestra vocación médica como servidores de la vida convirtiéndonos en tecnócratas o mercaderes. (6)

Y por último, ¿seríamos capaces de facilitar o causar la muerte del niño con Sd Down que escapa del diagnóstico prenatal?, entonces ¿por qué sí lo hacemos, al margen de que sea legal o no, cuando los diagnosticamos prenatalmente? (7)

(6) **Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción de la SEGO** Ed. Panamericana, Madrid 2003, capítulo 131, página 1083. Barambio Bermúdez,

*“La generalización del **diagnóstico antenatal** y el derecho legal de la mujer a que se impidan embarazos no deseados ha introducido el **aborto provocado** en la ginecología reglada, pero aún de manera poco generalizada...”*

(7) <http://www.fetaltest.com/cgi-bin/ConsentimientoFetaltest.pdf>

*“2. La prueba de cribado se realiza a partir del segundo y tercer mes del embarazo (10-14 semanas), y es una prueba no diagnóstica, cuyo resultado nos orientará a pensar si existe o no una cromosopatía, es decir, una alteración en los cromosomas de mi hijo que pueda tener graves consecuencias en su desarrollo físico y/o mental. El **objetivo final** es conocer la integridad cromosómica de mi hijo y, de no ser así, permitirme acogerme a la Ley de la **Interrupción Voluntaria del Embarazo**”*



Invitamos a reflexionar sobre una cuestión final; ¿es la sociedad la que pide técnicas, o somos los médicos los que las concebimos primero y después las ofertamos? ¿Nos pedirá alguien que quiere tener seis dedos si no sacamos al mercado una técnica que lo permita? ¿Nos pediría una paciente voluntariamente que le amputemos el clítoris a su hija si sabe que ningún ginecólogo se prestará a ello? ¿Deberíamos hacerlo para evitar que lo hiciera de manera clandestina y sin condiciones sanitarias?. Nuestra responsabilidad como ginecólogos con la sociedad y la historia de la humanidad, querámoslo o no, es tremenda e ineludible por cuanto que somos las personas destinadas a cuidar de la vida de las demás personas en sus inicios.

POSICIONAMIENTO DE GINECOLOGOS DAV: ADHESIÓN A LA DEONTOLOGÍA MÉDICA

Resulta de interés público dar a conocer que el posicionamiento por parte de los ginecólogos miembros de esta plataforma supone una total fidelidad y adhesión vocacional al Código de Ética y Deontología Médica en vigor, en los siguientes artículos directamente relacionados con el tema que nos ocupa:

- *La profesión médica está al servicio del hombre y de la sociedad. En consecuencia, **respetar la vida humana, la dignidad de la persona** y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad, son los deberes primordiales del médico (Art.4.1)*
- *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. En tal caso el médico debe informar a la persona más allegada al paciente y, si lo estima apropiado, a éste mismo (Art 27.1)*
- *El médico **no deberá emprender** o continuar **acciones diagnósticas o terapéuticas** sin esperanza, **inútiles u obstinadas**...(Art.27.2)*
- *El médico **nunca** provocará intencionadamente **la muerte de ningún paciente, ni siquiera** en caso de **petición expresa** de este.(Art. 27.3)*
- *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. 24.1)*



Por tanto, esta Comisión Deontológica no puede dejar de ser consciente y de percibir que no se ajusta a los principios deontológicos citados, diseñar, promover o participar en programas de diagnóstico y cribado vinculados al aborto como solución. (8)

Las estrategias de diagnósticos prenatales poblacionales que consideran la muerte intencionada mediante un aborto como opción posible ante la petición expresa, aun informada y consentida de los progenitores, con independencia de que tenga o no sanción penal o disciplinaria, no respetan la vida y la dignidad humana del paciente embriofetal, que debe ser tratado bajo las mismas directrices éticas que cualquier otro sin encarnizamientos terapéuticos ni diagnósticos y al que, por supuesto, tampoco se puede matar ni aunque fuese el interesado quién lo pidiese expresamente.

Así, los actuales programas de cribado de anomalías congénitas promovidos por la SEGO prevén la posibilidad de abdicar- en condiciones particularmente difíciles- del deber de intentar siempre la curación o mejoría, y cuando no es posible, contemplan facilitar o proponer la muerte intencionada a través de una ILE. (9)

(8) CRITERIOS DE WILSON Y JUNGERS (1968) PARA APLICAR UN PROGRAMA DE CRIBADO A UNA POBLACIÓN

- Debe conocerse correctamente la historia natural de la enfermedad.
- La enfermedad que se pretenda cribar debe suponer un **problema de salud importante y frecuente**
- Debe existir un estadio precoz de la enfermedad en el que ésta sea detectable.
- **El tratamiento de la enfermedad en esta etapa precoz debe producir más beneficio neto** que si dicho tratamiento se iniciase en una etapa más tardía.
- Debe existir una prueba de cribado eficaz de la enfermedad y ser aceptable para la población.
- Deben existir recursos adecuados para el diagnóstico y tratamiento correcto de las anomalías detectadas.
- **La posibilidad de daño físico o psicológico en aquellos en que se practica el cribado debe ser menor que la posibilidad de beneficio.**
- El programa de cribado tiene que ser coste-efectivo

(9) Propuesta de screening combinado de cromosomopatía en el primer trimestre de la gestación para todo el territorio nacional A. Fortuny. . M.L. Gómez. *Recomendaciones para la organización de un Servicio de Obstetricia y Ginecología. Documento SEGO 2005. PAG21, ISBN: 84-689-0753-7*

- ***“El cribado de todos los embarazos debería identificar a las mujeres con un aumento de riesgo en una anomalía. El diagnóstico prenatal posibilita el tratamiento fetal y la terminación electiva de la gestación cuando la ciencia médica no puede ofrecer soluciones más adecuadas***



Bajo estas premisas estratégicas orientadas, en parte, a facilitar el aborto eugenésico tras el diagnóstico (10), estos programas de cribado estarían exponiendo al paciente embriofetal a dos tipos de *riesgos* mortales:

- *Directos*: derivados de las técnicas invasivas.
- *Indirectos*: en caso de diagnóstico adverso - invasivo o ecográfico-, derivados de la recomendación, oferta, o decisión abortiva de terceros: un especialista que dictamine, un comité clínico que autorice, o los progenitores que lo exijan del médico.

Estos riesgos serán *desproporcionados* cuando el cribado no tenga ningún beneficio para la salud del ser humano embriofetal, lo cual ocurre cuando se trata de cribar las enfermedades o anomalías incurables y las de corta esperanza de vida.

El cribado diagnóstico, en este escenario inevitable de ausencia de terapia prenatal y aborto legal, supone, por tanto, una forma de *encarnizamiento u obstinación diagnóstica* inútil para preservar la salud del hijo y la de la madre, salvo si la intención del diagnóstico excluye la posibilidad u opción de causar la muerte del paciente y se orienta **siempre hacia la terapia fetal cuando fuese posible, al apoyo emocional a los padres cuando no lo fuese y a finalizar la gestación en el momento y lugar más adecuado para proporcionar los cuidados postnatales que necesitará el niño recién nacido.**

Tratar de mantener la vida del feto enfermo a toda costa sin respetar su muerte natural si tiene que llegar, sería una forma *encarnizamiento terapéutico* y también nos debemos cuestionar si no lo es causar la muerte anticipada de un gemelo aunque sea con la pretensión de salvar al hermano. Efectivamente, "el *deber de conservar la vida puede no urgir en condiciones particularmente difíciles*" **pero hay una diferencia ética y deontológica sustancial entre dejar morir en esas condiciones particularmente difíciles o matar deliberadamente.**

10) Organización de la ecografía obstétrico-ginecológica. J. Troyano. M. Usandizaga. Recomendaciones para organización de un Servicio de Obstetricia y Ginecología. Documento SEGO 2005. PAG35, ISBN: 84-689-0753-7

"Es una ecografía de no retorno cronológico (la ecografía de la semana 20), esto quiere que estamos a las puertas de la semana 22, tiempo límite para tomar decisiones donde se incluye la interrupción de la gestación como una de las alternativas demandadas por los progenitores"



Nadie discute que **el aborto es un drama para la mujer** y una decisión difícil **que le causa un daño** -también cuando el aborto es por malformación- no exento de perjudiciales secuelas que se evitarían evitando el aborto. No tiene la misma repercusión para la salud de la mujer que se le muera un hijo que participar en su muerte. Causar un daño a sabiendas también es contrario a la deontología médica por transgredir el principio de no maleficencia; *primun non nocere*.

- *El médico **nunca perjudicará intencionadamente al paciente** ni le atenderá con negligencia. Evitará también cualquier demora injustificada en su asistencia (Art 4.4)*

Por lo que invocando las razones éticas y científicas expuestas, también nos adherimos al artículo 9.3 de nuestro código deontológico que reconoce el derecho a la objeción ética y científica de TODO médico:

- *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 . 9.3)*

Todo ello lo hacemos en cumplimiento de la Ley. La Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, que en su Capítulo IV (Derechos y deberes) artículo 19 (deberes) letra b establece el **deber** de:

- *b) Ejercer la profesión o desarrollar el conjunto de las funciones que correspondan a su nombramiento, plaza o puesto de trabajo con lealtad, eficacia y **con observancia de los principios técnicos, científicos, éticos y deontológicos que sean aplicables**.*

Entendemos que los principios éticos y deontológicos aplicables son los que impone el Código de Ética y Deontología vigente en los artículos citados, en tanto que sancionados por una Entidad de Derecho Público, que también obliga a las Sociedades Científicas y a la Administración Sanitaria por estar constituidas por médicos.

- *. Los deberes que impone este Código, en tanto que sancionados por una Entidad de Derecho Público, **obligan a todos los médicos en el ejercicio de su profesión, cualquiera que sea la modalidad en que la practiquen**. (Art. 2.1)*



Desde estas consideraciones podremos llegar a entender que la ley de aborto, pero también los programas oficiales de cribado prenatal eugenésicos, por ser contrarios a la deontología médica, no solo generan un conflicto de conciencia profesional por motivos éticos y científicos sino nos están dejando en una gravísima ***inseguridad jurídica***, más aun cuando no se respeta el derecho a objetar, ya que se plantea el dilema de si cumplir con la deontología y la ley que obliga ello o cumplir con leyes y programas institucionales que la violan.

Como consideración final merece recordar el artículo 23.1 del Código Deontológico vigente:

- *El médico es un servidor de la vida humana. No obstante, cuando la conducta del médico respecto al aborto se lleve a cabo en los supuestos legalmente despenalizados, no será sancionada estatutariamente.*

De este artículo se desprende que si bien resultó una eliminación de la sanción estatutaria en adaptación a la ley despenalización del 85 (11), no significó que el aborto fuese reconocido como acto médico (12) ajustado a la deontología sino que remarca el carácter de servidor de la vida humana que tiene el médico.

La pretensión de la nueva ley de aborto de convertirlo en un derecho reproductivo conlleva el riesgo ilegítimo que desde la política se pretenda regular la deontología profesional, de manera que el aborto sea establecido como acto médico de obligada prestación que estigmatice a todo facultativo, que queriendo seguir permaneciendo fiel a la deontología, se oponga a poner sus conocimientos científicos y técnicos al servicio de una prestación que conlleva la muerte intencionada de un ser humano

(11) Consejo General de Colegios Médicos de España. **Código de Ética y Deontología Médica**. Madrid; 1990: artículos 25.1 y 25.2. *“No es deontológico admitir la existencia de un período en que la vida humana carece de valor. En consecuencia, el médico está obligado a respetarla desde su comienzo (...) Al ser humano embriofetal enfermo se le debe tratar de acuerdo con las mismas directrices éticas, incluido el consentimiento informado de los progenitores, que inspiran el diagnóstico, la prevención, la terapéutica y la investigación aplicadas a los demás pacientes”.*

(12) (Organización Médica Colegial). En: **“La interrupción voluntaria no es un acto médico”**. Diario Médico, 1998 (15 de Septiembre). *“Un acto no es médico porque se recurra a una técnica, a una sustancia o a un instrumento de los que se utilizan en Medicina. Ni tampoco porque se lleve a cabo en un medio hospitalario por los profesionales de la Sanidad. Para que exista un acto médico estas intervenciones deben ir dirigidas a salvar una vida, mejorar la salud, prevenir la enfermedad o rehabilitar al enfermo, en contra de lo que pretende el aborto provocado”*



CONSIDERACION ESPECIAL SOBRE LA IVE O ILE:

Cuando un obstetra interrumpe, o más apropiadamente finaliza, voluntariamente un embarazo, lo puede hacer con una doble intención; para obtener un feto muerto como medio de terminar la gestación de un ser humano o para obtener un feto vivo y proporcionarle cuidados.

La finalización o la "reducción" del embarazo con la intención de que muera el ser humano embriofetal sano o enfermo (intención homicida) no es un acto único. Es un **proceso** en el que se ven implicados numerosos profesionales y que consta de diversas fases; (preparatoria, consultiva y ejecutoria) especialmente en los casos en que esa intervención se lleve a cabo al amparo de la justificación que proporciona un diagnóstico prenatal adverso ya sea una gestación que contenga uno o varios seres humanos embriofetales. Pero tampoco constituye un verdadero acto médico ni sanitario puesto que no va orientado a preservar la vida ni la salud de los pacientes. Se trata más bien de un proceso "**paramédico**" realizado en un ambiente clínico u hospitalario por licenciados en medicina al amparo de indicaciones sociales, políticas, ideológicas, utilitaristas, estéticas, económicas, estratégicas, compasivas etc. al margen de la deontología médica y permitidas por leyes positivas de nuevo cuño.

El aborto eugenésico producido como fruto de los programas de diagnóstico prenatal además de contrario a la ética y la deontología profesional es contrario al ordenamiento jurídico internacional, tal y como recordó en la página 44 el Informe del Consejo de Estado (13) ante el anteproyecto de la nueva ley finalmente vigente, que establecía que "*la finalidad del diagnóstico prenatal solo podía ser terapéutica y nunca eugenésica*" o abortiva e invocaba para ello las declaraciones del Consejo de Europa (Comité de ministros N/90 del 13al 21/6/1990) y del Comité Internacional de Bioética de la UNESCO (Informe 29/08/1994)

(13) *Dictamen del Consejo de Estado ante la ley de salud sexual reproductiva y de IVE. N° 1384/2009, 17 Sept.2009, pág. 44.*

"...Consejo de Europa (Comité de ministros N/90 del 13al 21/6/1990) Comité de Bioética de la UNESCO (Informe 29/08/1994): "(...) el diagnóstico prenatal solo puede tener finalidades terapéuticas y nunca eugenésicas. Sería en consecuencia ilógico que un diagnóstico prenatal que no puede lícitamente conducir a una IVE ajena a la salud de la madre fuera la base legitimadora de una IVE eugenésica, aunque el anteproyecto, por razones comprensibles expuestas en el expediente, no prefiera denominarla así (...)"



Desde esta perspectiva, *indicar o proponer* la muerte del paciente embriofetal mediante una ILE ante un diagnóstico prenatal adverso puede hacerse por dos motivaciones; bien porque el especialista piense que es lo mejor que una madre puede hacer con su hijo en esas circunstancias, lo cual sería un ejemplo de paternalismo médico ideológicamente sesgado que renuncia a la evidencia científica dañando a la mujer alegando un falso humanitarismo. O bien porque el médico tema ser denunciado si no lo ofrece para que la mujer decida con autonomía, en cuyo caso cae en la medicina defensiva, que también es contraria a la deontología:

- *El médico no debe indicar exploraciones o tratamientos que no tienen otro fin que su protección. La Medicina defensiva es contraria a la ética médica.(Art.18.2)*

Por tanto, los programas o directrices sanitarias de diagnóstico prenatal que ofrecen la IVE o ILE con intención feticida como un "derecho reproductivo" están inspirados en una ideología, contraria a la deontología médica, que considera al feto enfermo como un "desecho reproductivo" al que hay que abortar de manera "segura" (14) de forma que matar al enfermo antes del parto es una terapia a la que se tiene derecho y que por tanto es exigible a los obstetras encargados del diagnóstico prenatal. (15)

(14) Report of consultants to WHO. Wertz DC, Fletcher JC, Berg K. World Health Organization, 2003, WHO/HGN/ETH/00.4

"Offering prenatal diagnosis without the possibility of safe, affordable abortion may cause some women to have unsafe illegal abortions. Categorical prohibition is contrary to the premise under which prenatal diagnosis is offered, namely, offering people reproductive choices". (pág. 76)

(15) Interrupción voluntaria del embarazo: técnicas, resultados y complicaciones. M.A. Sánchez Durán Unidad de Diagnóstico Prenatal. Hospital Materno-Infantil Valle Hebrón. Barcelona. JANO EMC Viernes 09 Junio 2000. Volumen 59 - Número 1349 p. 47 - 50La medicina hoy.

"Es importante, pues, que cualquier unidad de diagnóstico prenatal tenga integrado un programa de interrupción de la gestación que pueda ofrecer la técnica de terminación más adecuada para cada caso individual y que a su vez cumpla una serie de objetivos fundamentales:"



UNA RECOMENDACION FINAL AL COMITÉ DE BIOÉTICA DE LA SEGO.

La declaración, de no ser matizada, podría estar introduciendo un precedente de poder abusivo de los expertos. Sería necesario estudiar la legitimidad de la SEGO y de su Comisión de Bioética para difundir entre sus asociados – no se dice si a título de decisión o de consulta – una iniciativa , con rango de declaración institucional, que ofrece pautas de actuación profesional sesgadas y en cierto modo dogmáticas o paternalistas, pues no discuten las alternativas posibles y subvierten la deontología médica tratando de condicionar el comportamiento moral de un colectivo profesional. Una sociedad científica debe permanecer abierta al debate, no presentar sus documentos como indiscutibles, ni como conclusión sólida de un comité de expertos. El respaldo institucional de un documento influye grandemente en la opinión de los asociados y en la opinión pública.

Que se sepa, la Declaración no ha sido debatida públicamente y sí ha sido difundida a los medios de comunicación públicos. Es un documento privado, aunque difundido como expresión de opinión experta y de política institucional. Eso conlleva el riesgo ilegítimo de entenderlo como parte añadida a la normativa ética, como práctica preferida u obligatoria, de la que no podrá excluirse ningún socio de la SEGO, o, incluso, ningún obstetra en ejercicio.

Ello provoca y da sentido al comunicado de esta plataforma de ginecólogos y obstetras que discrepan de las soluciones éticas de la sociedad científica que nos vincula como socios o por ejercer la misma profesión, por lo que recomendamos que la Comisión de Bioética aclare que el carácter de la declaración es meramente orientativo y no obligatorio ni preferente.



CONCLUSIONES:

Como socios de la SEGO y Obstetras en ejercicio, valoramos el intento que hace la Comisión Deontológica de la SEGO con esta declaración para; tratar de delimitar las causas de aborto legal por razón eugenésica y, tratar de orientar la línea de actuación de los Comités Clínicos, pero consideramos que es muy insuficiente por cuanto que:

- No se posiciona sobre el aborto a petición antes de las 14 semanas ni sobre el aborto por "riesgo" de graves anomalías, ni hace el esfuerzo por definir esas anomalías que han sido un coladero para abortar por el más mínimo defecto en el feto.
- No se hace mención alguna a las causas médicas que supuestamente ponen en riesgo la vida y la salud de la madre y que han sido el tradicional coladero para justificar abortos.
- No aprovecha la ocasión para hacer una firme defensa del derecho fundamental a la objeción por razones éticas y científicas ante el diagnóstico prenatal eugenésico y ante la cooperación necesaria e implicación directa en las distintas fases del proceso paramédico de una interrupción feticida del embarazo.
- Fomenta la eugenesia a través de los programas de diagnóstico prenatal que contemplan el aborto como opción, aunque declare que siempre se debe buscar el interés del nascituro, y tolera infracciones deontológicas mediante la sacralización de la autonomía del paciente infravalorando la autonomía del médico.
- Pretende establecer un cuerpo doctrinal sobre lo que es la vida humana, la calidad de vida y, la visión ética que todo ginecólogo debe aceptar, y que viene en, cierto modo, a interferir en la intimidad de la relación de confianza entre cada médico y cada paciente que queda condicionada por una política corporativa marcada desde una sociedad científica que da pautas morales a sus asociados.
- Propone listados de enfermedades que, a su juicio, pueden convertir un acto que no es médico ni deontológico en médico. Corriéndose el riesgo, en adelante, de que cualquier ginecólogo o comité que evalúe pacientes



diagnosticados de alguna enfermedad o "circunstancia" incluidas en las listas creadas por los miembros de la Comisión de Bioética se excusen en la Declaración de ésta para recomendar o decidir la muerte de un ser humano.

- No hace una defensa general de la salud de la mujer al no aclarar ante la opinión pública que el aborto intencionado, incluso el eugenésico, supone una agresión física para la mujer que daña su salud sexual, reproductiva y psicológica, ni sobre los beneficios de sufrir una pérdida fetal espontánea frente a sufrirla intencionada.
- Trata al feto y al embrión humano como un "producto" impersonal, como una entidad diagnóstica, o como una "circunstancia", cuyo mayor interés, una vez decidida su muerte, es que sea examinado por un patólogo.
- No aclara a la opinión pública que acabar con la vida de un ser humano fetal gravemente enfermo - o incluso terminal- mediante una IVE no obedece a una "indicación médica" sino de otro tipo.

Creemos que entrar a fondo en el análisis de una ley que tanta repercusión tiene para los profesionales de la obstetricia y la ginecología es un deber moral que la SEGO, le guste o no, no puede eludir.

Por ello invitamos a que la SEGO y su Comisión de Bioética, sigan profundizando y a que sientan el respaldo de una plataforma de ginecólogos que apostamos por animar a nuestra sociedad científica a la defensa sin paliativos de la deontología médica y del derecho a la vida de nuestros pequeños pacientes, frente a unas leyes que tratan de desnaturalizar la esencia de nuestra profesión mediante la cosificación de la persona, la mercantilización de la vida y la instrumentalización del ginecólogo al que se pretende coartar su autonomía moral.



Ginecólogos DAV

Comisión Deontológica.
Septiembre 2010

GINECÓLOGOS DAV:

Ginecólogos DAV es una plataforma científica y bioética en expansión constituida por cerca de doscientos ginecólogos. En su mayoría socios de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia y algunos pertenecientes a sociedades ginecológicas de otros países de habla hispana, tanto de la medicina pública como de la privada.

Este grupo de profesionales e investigadores se ha unido con el propósito de defender y promocionar socialmente la deontología profesional y el *ethos* hipocrático, la dignidad humana y el derecho a la vida de nuestros pacientes embriofetales desde el momento en que comienza y hasta que acaba por sí misma sin discriminación por razones de edad o de salud, la verdadera salud sexual y reproductiva de la mujer y la autonomía moral del agente sanitario y en especial el derecho fundamental a la objeción del ginecólogo por razones éticas y científicas.

COMISION DEONTOLOGICA DE GINECOLOGOS DAV:

- Luis Chiva de Agustín. (Portavoz Nacional Ginecólogos DAV)
- Esteban Rodríguez Martín (Presidente Comisión Deontológica, Portavoz Andalucía)
- José I. Sánchez Méndez.(Vocal)
- Luis Granados .(Vocal)
- Clara Marín Palomo .Vocal)
- Sonsoles Alonso.(Vocal, Portavoz Madrid)
- Daniel Vázquez.(Vocal)
- Carlos A. Gómez Fajardo.(Miembro Honorífico)

Dirección social:

Ginecólogos DAV, Comisión Deontológica

Calle José Rodríguez Pinilla 23, 28016, Madrid

ginedav@derechoavivir.org



REFERENCIAS:

Declaración Universal de Derechos Humanos: Artículo 6: " Todo ser humano tiene derecho, en todas partes, al reconocimiento de su personalidad jurídica" Artículo 3: Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

Declaración de la UNESCO del Genoma Humano señala que "ningún ser humano podrá ser discriminado por razón de su código genético"

Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Naciones Unidas. Art 10: Derecho a la Vida: "Los Estados Partes reafirman el derecho inherente a la vida de todos los seres humanos y adoptarán todas las medidas necesarias para garantizar el goce efectivo de ese derecho por las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás" <http://www.sidar.org/recur/direc/legis/convencion.php>.

Declaración de la Asamblea Médica Mundial, Tokio (1975): "aliviar el sufrimiento de sus pacientes y mantener el máximo respeto por la vida humana aún bajo amenaza, sin hacer jamás uso de sus conocimientos médicos de manera contraria a las leyes de la humanidad".

Declaración de Ginebra, (1948): **3.** Practicaré mi profesión con conciencia y dignidad" y **9.** Guardaré el máximo respeto hacia la vida humana desde el momento de la concepción; e incluso bajo amenaza no utilizaré mis conocimientos médicos para fines contrarios a las leyes universales humanas".

Declaración de Helsinki (1974): "La función social y natural del médico es velar por la salud del ser humano".

Consejo de Europa ,resolución 1763, de 7 de octubre 2010: El Derecho Objeción de Conciencia en la atención médica legal 1. Ninguna persona, hospital o institución será coaccionada, considerada civilmente responsable o discriminada debido a su rechazo a realizar, autorizar, participar o asistir en la práctica de un aborto, la realización de un aborto involuntario o de emergencia, eutanasia o cualquier otro acto que cause la muerte de un feto humano o un embrión, por cualquier razón. ...4.- A la luz de las obligaciones de los Estados miembros de asegurar el acceso a los servicios y prestaciones sanitarias admitidas por la ley y de proteger el derecho a la protección de la salud, así como su obligación de asegurar el respeto al derecho a la libertad ideológica, de conciencia y religión de los profesionales sanitarios, la Asamblea invita a los Estados miembros del Consejo de Europa a desarrollar marcos legales claros y completos que definan y regulen la objeción de conciencia en relación con los servicios médicos y de salud, los cuales: 4.1. garanticen el derecho a la objeción de conciencia en relación con la participación en el procedimiento en cuestión. 4.2. aseguren que los pacientes son informados de cualquier objeción, en un plazo adecuado, así como que son derivados a otro profesional sanitario"



Ginecólogos DAV

Comisión Deontológica.
Septiembre 2010