



ASOCIACIÓN DE BIOÉTICA DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Año V / Nº 13 / Octubre 2007

Junta Directiva

Presidente

Manuel de Santiago

Vicepresidente

José Jara

Secretaria

M^a Elena Gándaras

Tesorero

José Manuel Moreno

Vocales

M^a Francisca de la Lama

Alvaro Gándara

Dolores González

Africa Sendino

Sonia Azcueta

Marta Calvo Esteban

OBJECCIÓN DE CONCIENCIA EN LAS PROFESIONES BIOSANITARIAS

Al inicio de este nuevo trimestre que marca también el comienzo del curso académico, la Objeción de Conciencia está saltando de nuevo a la palestra del interés mediático debido a la renovada atención que ha suscitado este tema en el ámbito de la Educación. Prueba de ello es que, también en Madrid, tendrá lugar un Simposium sobre Objeción

de Conciencia, referido esta vez a los temas que nos son más cercanos en el mundo de los cuidados de la salud.

De hecho, aunque se han dado



en España algunos antecedentes ya remotos de regulación legal, aún no existe una legislación específica sobre la objeción de conciencia sanitaria. La Constitución Española, en cambio, se muestra inequívoca a la hora de prohibir cualquier discriminación por razones ideológicas y protege con energía la privacidad de todos los ciudadanos, pues nadie puede ser obligado a declarar sobre su ideología y convicciones, ni puede ser discriminado por ello, pues todos los españoles somos iguales ante la ley "sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social".

Sin embargo, no faltan quienes taxativamente sostienen que la presencia de problemas de conciencia en el ejercicio de la profesión incapacita a esas personas para desarrollar dignamente su labor

Visita nuestra página web
www.aebioetica.org

Secretaría de ABIMAD

Apto. 9124
28080 Madrid
Tel.: 670 73 49 76

E-mail: aebimad@wanadoo.es

de modo global, al crear fuentes de conflicto con pacientes y compañeros de trabajo. Esta visión excluyente del derecho a la objeción de conciencia suele olvidar que las objeciones presentadas no se presentan frente a actos propios de la profesión sanitaria, que consiste esencialmente en el intento de devolver la salud a alguien enfermo, sino frente a aquellas acciones de las que subjetivamente se entiende que puede derivarse un daño para otro a nivel físico (aborto, destrucción de embriones, eutanasia) o moral (esterilizaciones, anti-concepción) y que, desde esta perspectiva, no se configuran como parte propia del ejercicio de la medicina. Por otra parte, la salvaguarda del derecho a la objeción, recogido en el vigente Código de Ética y Deontología de la Organización Médica Colegial, ha sido objeto de clarificación en una Declaración de la Comisión Central de Deontología, ya en 1997, señalándose en dicho documento la lógica de aventurar que, a medida que se hace más explícito el pluralismo ético de la sociedad, crezca el número de situaciones de conflicto entre lo que prescriben las leyes, ordenan los gestores sanitarios o desean los pacientes.

Defensa de la propia identidad moral

Por todo ello, intentando evitar incomprensiones y posturas intransigentes, la Declaración afirmaba que 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, con tal de que las razones que se aducen sean serias, sinceras y firmes, se refieran a cuestiones graves y fundamentales, y expresen hacia la acción objetada un rechazo moral tal, que someterse a lo que se le ordena equivaldría a traicionar su propia identidad y conciencia. Recuerda dicha Declaración que la libertad ideológica y la objeción de conciencia son bienes jurídicos fundamentales, que no existen porque hayan sido reconocidos por la ley, sino que son reconocidos por la ley porque significan y manifiestan el respeto civil debido a la dignidad moral de las personas.

Evidentemente, como recuerda el prof. Gonzalo Herranz, para merecer ese apoyo institucional la conducta del objetor, en cuanto tal, ha de ser intachable, comprometida y no oportunista, proporcionada en dignidad a la prestancia ética de la objeción. Si se ejerce de esta manera, la objeción de conciencia deberá ser merecedora del respeto del resto del equipo asistencial y nunca deberá suponer una desventaja para el profesional objetor. En realidad,



la objeción de conciencia no es sólo un problema privado, individual. Es algo que interesa a la entera corporación de los profesionales de la salud ya que es responsabilidad de todos garantizar, en la medida de las posibilidades individuales, la legítima independencia para no verse obligados a obrar traicionando las propias convicciones personales, lo que iría en perjuicio de cada uno y, en definitiva, de la sociedad a la que se pretende servir. Sólo en los estados totalitarios, en los que el poder se impone de modo aplastante, es concebible que se niegue arbitrariamente la objeción de conciencia.

¿MÁS CAMPAÑAS DE SALUD?

José Jara Rascón

La presencia de la Medicina Preventiva en nuestras vidas ha ido en constante aumento en los últimos años. El concepto de salud pública y las estrategias de prevención a través de eslóganes ofrecidos de manera multiforme mediante spots colocados en prensa, televisión y radio, o los mensajes visualizados en vallas publicitarias y presentes en todos los medios de transporte habituales, inundan ya nuestros desplazamientos urbanos y nuestro tiempo de ocio.

El gasto que la colocación de estos anuncios por toda la geografía nacional supone no es pequeño. Según datos oficiales del Ministerio de Sanidad y Consumo, sólo en 2006 se destinaron más de 18 millones de euros en nueve campañas informativas (36 millones en la presente legislatura). Esta magnitud de gasto hace que sea especialmente importante preguntarse sobre la eficacia de estas campañas y su necesidad de ser llevadas a cabo, sobre todo teniendo en cuenta que, quizás, las necesidades básicas de salud para las personas ya enfermas aún no estén adecuadamente cubiertas. Con respecto a esto, parece lógico preguntarse si es sensato destinar más fondos a campañas preventivas mientras las listas de espera quirúrgicas y de pruebas diagnósticas sigan presentando unas demoras desalentadoras o mientras los servicios sociales para ancianos o discapacitados mantengan aún deficiencias llamativas y las solicitudes para ingresar en una residencia asistida estén desbordadas.

Por otra parte, aunque la puesta en marcha de campañas preventivas suele dar una buena imagen de las autoridades sanitarias y ofrecer interesantes réditos políticos a corto plazo ante la opinión pública, deberíamos también preguntarnos si cada una de ellas responde a una necesidad real de la sociedad. De hecho, la visión sobre la salud de una persona puede ser adoptada desde un ángulo interno (la propia percepción) o desde un ángulo externo (el de los expertos en salud). A este respecto se ha dicho que "una persona sana es sólo un enfermo mal estudiado". Esta postura, al parecer, estaría en consonancia con la definición sobre el concepto de salud que propugna la OMS, considerando la salud como un estado de total bienestar tanto físico como psíquico. Evidentemente, este concepto reforzado por la idea de un genérico "derecho a la salud" puede llevar a justificar un ilimitado gasto en recursos sanitarios que, además, debería ir acompañado de la financiación de campañas preventivas para adelantarse al posible desarrollo de futuras enfermedades que podrían evitarse mediante cambios en los estilos de vida.

Ciertamente, estos postulados parecen desconocer que los recursos humanos y económicos de la sanidad son limitados pero, lo que es más importante ¿todas estas campañas son eficaces?, ¿se ha valorado su efectividad sobre las poblaciones que las han recibido?. Las campañas sobre el consumo de drogas y alcohol no parecen haber conseguido el efecto disuasorio esperado y las campañas de "sexo seguro" basadas exclusivamente en el empleo del preservativo no han frenado el ascenso aparentemente imparable del número de abortos y embarazos no deseados de nuestras adolescentes. En relación al número total de abortos, en 1990 habrían abortado 37.231 mujeres mientras que sólo en 2005 esta cifra se elevaba ya a 91.664 abortos según el último informe del Ministerio de Sanidad. Paralelamente, se informaba también que el número total de enfermedades de transmisión sexual seguía en ascenso.

Teniendo en cuenta resultados similares de las campañas de prevención, en el pasado mes de Junio, el diario británico *The Economist* criticaba el modelo seguido en la mayoría de estas campañas calificándolo de "excesivo" y "poco eficiente" sugiriendo centrarlas en los grupos de riesgo para cada patología en vez de dirigir las masivamente a la población general. Quizás todo ello debería llevar a un replanteamiento general de la situación, evitando la publicidad indiscriminada e involucrando más al entorno próximo (familia, escuela) de las personas en riesgo si queremos de verdad cambios en los estilos de vida y desarrollo de hábitos de conducta saludables.

LA PERVERSA TEORÍA DEL MAL MENOR

Robert Spaeman

En el año 1952 el Tribunal Supremo alemán condenó a dos médicos por cooperación al homicidio. Los médicos, durante el año 1941, habían tomado parte en la campaña gubernamental de eutanasia masiva para los enfermos mentales. Habían elaborado listas de enfermos, entregándolos así a la muerte. Ante el Tribunal quisieron hacer valer de forma incontestable que sólo habían cooperado en la acción homicida para salvar a una parte de los enfermos que estaban amenazados de muerte. De hecho, habían excluido de las listas aproximadamente un 25% de enfermos, infringiendo así las disposiciones vigentes. Con su conducta habían librado de una muerte segura en la cámara de gas a otros pacientes, poniéndolos a salvo o alojándolos en establecimientos confesionales.

Estos médicos fueron absueltos en la primera instancia judicial, aceptándose las alegaciones mencionadas. Sin embargo, el Tribunal Supremo federal revocó la resolución absoluta y fundamentó su fallo del siguiente modo: "Cuando están en juego vidas humanas, sostener la oportunidad de aplicar el principio del mal menor en atención a valores efectivos razonables, así como intentar hacer depender la legitimidad jurídica de la acción del resultado global de la misma desde una perspectiva social, se opone a la cultura que mantiene la enseñanza moral cristiana acerca del ser humano y su índole personal".

Los acusados "no habrían actuado en desacuerdo con la opinión mantenida entonces por los médicos más responsables y serios si se hubiesen negado a participar en la matanza de enfermos mentales, al precio de ser apartados de cualquier puesto de interés decisivo dentro de la maquinaria del exterminio". El caso es que, como el juicio puso de manifiesto, hubo muchos médicos honestos que prefirieron dejar sus puestos de especialistas clínicos antes que cooperar, aun indirectamente, en la masacre de inocentes.

Los tiempos han cambiado. Los "patrones culturales dominantes" ya no están orientados por la enseñanza moral cristiana que, por su parte, poseía elementos comunes con las doctrinas judaica, griega y romana. Buena parte de los herederos de esa enseñanza, y que tienen la misión de transmitirla, renuncian precisamente a seguir haciéndolo. Los médicos que entonces se apartaron de toda cooperación en el exterminio –aun tratándose de una cooperación remota– y desistieron de cualquier intento de influir en el proceso, hoy serían censurados en Alemania por ciertos expertos en ética, pues para tales médicos es mucho menos congruente con su "bata blanca" esa postura ética que la de contribuir a salvar el mayor número posible de vidas amenazadas y rebajar así la cifra total de muertos. Igualmente se les podría acusar del delito de omisión de auxilio, por su irresponsable retirada. (...). Sin embargo, la respuesta clásica a esta cuestión es clara: Nadie tiene responsabilidad de lo que sin su intervención sucede, siendo así que esto sólo podría evitarse haciendo algo que no le incumba hacer.

Un deber incondicional

Todo el mundo reconoce que nadie puede ser censurado por omitir una acción que le era físicamente imposible realizar, como por ejemplo en el caso de que no tuviera manos. El modo de pensar europeo –aunque no sólo de los europeos– siempre tuvo en cuenta que existen acciones que no es posible realizar moralmente. No existe responsabilidad alguna por lo que sucede sin poderlo evitar mediante tales acciones. Los médicos que no participaron en aquel asunto de la eutanasia, se encontraron como si carecieran de manos para rellenar las listas. El viejo legislador romano tenía, para esto, la clásica fórmula: "Las acciones que contradicen las buenas costumbres han de considerarse como aquéllas que nos es imposible llevar a cabo" (*Digesto XXVII*). Se podría comparar la quintaesencia de ese pensamiento con la fórmula popular de que el fin no justifica los medios.

¿Será calificada esta concepción por sus nuevos adversarios como fundamentalismo ético?. Según ellos, el fundamentalista ético es quien piensa que hay algo a lo que no está dispuesto, aunque esté en juego el más noble de los fines.

(Fragmento del artículo publicado en *Cuadernos de Bioética* 2001. Vol 46)

El Reino Unido da vía libre a la creación de embriones híbridos de hombre y animal

El Gobierno británico ha anunciado recientemente su decisión final de autorizar la generación de embriones híbridos entre material genético humano y animal para la investigación científica sobre enfermedades. Los embriones híbridos deberán **ser destruidos antes de las dos semanas de vida** y nunca deberán ser implantados en un útero. El procedimiento básico consistirá en transferir el contenido de ADN de células humanas, a óvulos de animal. Los embriones así formados crecerán en laboratorio durante unos días **con el objetivo de extraer células madre embrionarias** para uso científico.



De esta forma, los embriones resultantes tendrán el 99 % del contenido genético humano, y un 1 % de ADN mitocondrial del óvulo animal. Los argumentos a favor del uso de estas técnicas son cuantitativos: no hay suficientes óvulos humanos para experimentación. Pero si lo sometemos al punto de vista ético, la hibridación entre hombre y animal **conlleva la manipulación del genoma humano abriendo así la puerta a un camino experimental que pone en riesgo la propia identidad biológica de la especie humana.**

Médicos Sin Fronteras adoptará políticas abortistas

Aunque hasta ahora no se había hecho público, el Centro Operativo de Médicos sin Fronteras (MSF) ha emitido un comunicado interno de la política sobre el aborto de dicha asociación. En ese documento se señala que *“La gestión del aborto debe ser siempre una parte integrada en las actividades de atención sanitaria especializada en reproducción. En MSF todas las delegaciones deben contemplar la práctica del aborto en cada proyecto, sean cuales sean las razones de cada petición”.*



Como método de elección en el aborto quirúrgico, el Comité Internacional de MSF menciona que *“La aspiración manual o eléctrica es el método preferible tras 9 a 12 semanas de amenorrea o antes de 9 semanas si existen contraindicaciones para el aborto médico. Se realiza con anestesia local con la asistencia de una enfermera/matrona/doctor a nivel HC. Es también la opción de tratamiento para el aborto espontáneo incompleto”.* Tras 12 semanas de gestación el informe

añade que el aborto debe realizarse por parte de un ginecólogo o cirujano” sin poner límite alguno a esta práctica ni siquiera en fases avanzadas del embarazo.

Finalmente, respecto a su política de recursos humanos, MSF expresa taxativamente que *“se evitará enviar a sanitarios extranjeros que no se sientan capaces de practicar abortos en contextos en los cuales la práctica del aborto sea relevante”* y, teniendo en cuenta que el marco legal de diferentes países no respalda ese tipo de acción, la solución que se propone es que *“La paciente será atendida siempre por un extranjero en caso de que la práctica sea ilegal. En los contextos en que se prohíba estrictamente la práctica del aborto, únicamente un equipo extranjero estará autorizado a realizar el aborto, en un lugar confidencial, sin la asistencia de personal nacional si es posible”.*

LIBROS

CÉLULAS MADRE, ENCRUCIJADAS BIOLÓGICAS PARA LA MEDICINA

Autor: César Nombela

Editorial: Edaf

Publicación: 2007

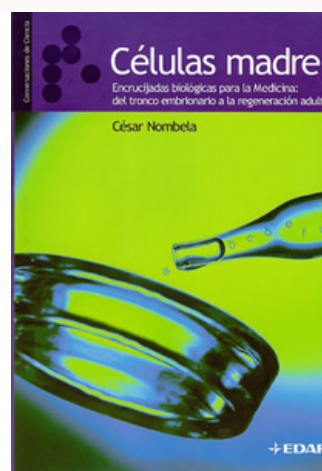
Nº de páginas: 232

El profesor Nombela, ha combinado el rigor necesario con la claridad suficiente para que los lectores adquieran conceptos

generales que son útiles para entender el problema de la investigación con células madre y, así, tomar postura sobre una cuestión en la que se mezclan los avances científicos con las posturas éticas.

La apuesta del autor es que la **consideración especial que la vida humana merece desde sus primeras etapas**, propone que la vida comienza desde el mismo momento de la fecundación, y aunque recoge las opiniones contrarias, el planteamiento técnico y ético es meridianamente claro. Pone de manifiesto que la creación y utilización permanente de embriones humanos, para tratamientos, no es ni necesaria ni deseable.

En el estado actual de la cuestión, y teniendo en cuenta las implicaciones éticas de este tipo de investigaciones, Nombela considera una apuesta inteligente fomentar la investigación con células adultas y plantear los máximos controles para evitar el uso indebido de embriones humanos en los laboratorios.



El autor trata en este interesante libro de un tema que es rabiosa actualidad, y cuyo debate está en todos los medios de comunicación, alimentado por sectores que están claramente posicionados a favor de una

LA EUTANASIA

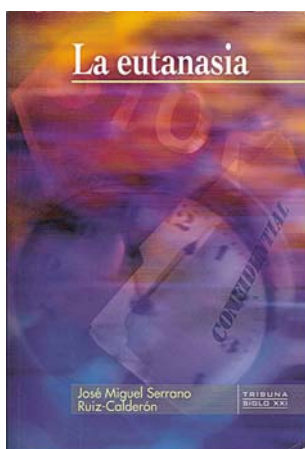
Autor: José M. Serrano Ruiz-Calderón

Editorial: Eiunsa

Publicación: 2007

Nº de páginas: 388

rápida legalización. José Miguel Serrano analiza en profundidad, a través de sus capítulos, la situación española desde el punto de vista jurídico, social y bioético, y la evolución del movimiento proeutanasico hasta llegar a las condiciones actuales que rodean al debate. Desde su profundo conocimiento jurídico y ético, el autor se posiciona claramente en contra de la despenalización.



El libro trata la situación de los dos países que actualmente tiene despenalizada la eutanasia; está escrito con un lenguaje claro y fácilmente legible para los que no posean conocimientos amplios, y aporta una amplísima bibliografía que debe servir para aquél que quiera ampliar sus conocimientos sobre este tema.

Bioética, política y sociedad (Valencia, 15 al 17 de noviembre de 2007)
Programa

Jueves, 15 de noviembre de 2007

17-19h: Talleres:

- **Argumentación en bioética**
- **Bioética en la red: herramientas de búsqueda**
- **Sociedades de bioética**

Viernes, 16 de noviembre de 2007

9.00-9.45h: Conferencia inaugural: ***El Convenio Europeo de Derechos Humanos y Biomedicina: diez años después.***

10.30-14.00h: Mesas Redonda

- ***Sida y justicia social.***
- ***Repensando la gestión sanitaria desde la bioética.***
- ***Bioética y salud de la mujer.***

16.00-17.30h: Mesa Redonda

- **Fundamentos éticos de la bioética**

17.30-19.30h: Comunicaciones libres

Sábado, 17 de noviembre de 2007

9.00-9.45h: Desayuno con expertos:

- ***Docencia de la bioética***
- ***Presente y futuro de los Comités de Bioética Asistencial***
- ***La raíz del malentendido sobre el principio de la vida: construcción vs desarrollo***

9.45-11.15h: Mesa Redonda plenaria:

- ***Religión y bioética en el debate público contemporáneo.***

11.45-13.15h: Mesa Redonda plenaria:

- ***Bioética y medios de comunicación***

13.15-14h: Conferencia de clausura: ***Niños de diseño.***