

doi: <https://doi.org/10.18359/r/bi.5655>



Interrupción terapéutica del embarazo en casos de fetos anencefálicos y la objeción de conciencia: comparación entre bioética y jurisprudencia*

Alejandro Marín Mora^a ■ Sebastián Ospina-Henao^b

Resumen: Si bien la interrupción terapéutica del embarazo en los casos de fetos anencefálicos ha sido ampliamente discutida, y se han llegado a conclusiones éticas que la justifican (si no existe contraindicación médica y se obtiene el consentimiento informado de la mujer), es importante reevaluar el tema. Por ello, se deben contrastar los principios bioéticos con sentencias judiciales de fenómenos jurídicos que están surgiendo en el mundo, y que pueden provocar cambios en los derechos sexuales y reproductivos. No obstante, esto no debe implicar un cambio en los argumentos bioéticos. Asimismo, debido al resurgimiento a nivel global de un conservadurismo moral, que propone un planteamiento en torno a la objeción de conciencia, se torna imperativo analizar desde la perspectiva bioética si la misma puede ser invocada en casos de interrupción terapéutica del embarazo. Para ello, se deberían ponderar los principios bioéticos y utilizar una bioética laica, pluralista y basada en ética de mínimos, la cual busque la dignidad de las personas que enfrentan una gestación de fetos anencefálicos. En ese sentido, la objeción de conciencia no debería utilizarse como instrumento para negar la atención a estas personas.

Palabras clave: aborto terapéutico; anencefalia; derechos reproductivos; interrupción terapéutica del embarazo; objeción de conciencia

Fecha de recepción: 08/03/2021

Fecha de aceptación: 05/02/2022

Disponible en línea: 21/06/2022

* Artículo de investigación.

a MC, Ph.D, MD. Centro de Estudios en Bioderecho, Ética y Salud (CEBES), Universidad de Murcia. Murcia, España. Correo electrónico: ale24alfieri@yahoo.es ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9927-6178>

b MD. Instituto de Investigación en Ciencias Médicas (IICIMED), Facultad de Medicina, Universidad de Ciencias Médicas (UCIMED). San José, Costa Rica.

Correo electrónico: dr.ospinahenao@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1328-0609>

Cómo citar: Marín Mora A, Ospina-Henao S. Interrupción terapéutica del embarazo en casos de fetos anencefálicos y la objeción de conciencia: comparación entre bioética y jurisprudencia. Rev. latinoam. bioet [Internet]. 21 de junio de 2022 [citado 21 de junio de 2022];22(1):83-96. Disponible en: <https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rlbi/article/view/5655>

Therapeutic Termination of Pregnancy in Cases of Anencephalic Fetuses and Conscientious Objection: Comparison Between Bioethics and Jurisprudence

Abstract: Although the therapeutic interruption of pregnancy in cases of anencephalic fetuses has been widely discussed, and ethical conclusions have been reached that justify it (if there is no medical contraindication and the informed consent of the woman is obtained), it is important to reassess the issue. Hence, bioethical principles must be contrasted with judicial rulings on legal phenomena that are emerging in the world, and that can cause changes in sexual and reproductive rights. However, this should not imply a change in the bioethical arguments. Likewise, due to the global resurgence of moral conservatism, which proposes an approach regarding conscientious objection, it becomes imperative to analyze, from a bioethical perspective, if it can be invoked in cases of therapeutic interruption of pregnancy. To do this, bioethical principles should be weighed and a secular, pluralistic bioethics based on minimum ethics should be used, which seeks the dignity of persons facing an anencephalic fetus gestation. In this sense, conscientious objection should not be used as an instrument to deny care to these individuals.

Keywords: Therapeutic Abortion; Anencephaly; Reproductive Rights; Therapeutic Termination of Pregnancy; Conscientious Objection

Interrupção terapêutica da gravidez em fetos anencéfalos e objeção de consciência: comparação entre bioética e jurisprudência

Resumo: Embora a interrupção terapêutica da gravidez nos casos de fetos anencéfalos tenha sido amplamente discutida e tenham chegado a conclusões éticas que a justifiquem (se não houver contraindicação médica e for obtido o consentimento informado da mulher), é importante reavaliar a questão. Por isso, os princípios bioéticos devem ser contrastados com as decisões judiciais sobre fenômenos jurídicos que estão surgindo no mundo e que podem causar mudanças nos direitos sexuais e reprodutivos. No entanto, isso não deve implicar uma mudança nos argumentos bioéticos. Da mesma forma, devido ao ressurgimento global do conservadorismo moral, que propõe uma abordagem em torno da objeção de consciência, torna-se imperativo analisar na perspectiva bioética se ela pode ser invocada nos casos de interrupção terapêutica da gravidez. Para tanto, deve-se pesar os princípios bioéticos e utilizar uma bioética laica, pluralista, pautada na ética mínima, que busque a dignidade das pessoas diante da gestação de feto anencéfalo. Nesse sentido, a objeção de consciência não deve ser utilizada como instrumento para negar atenção a essas pessoas.

Palavras-chave: aborto terapêutico; anencefalia; direitos reprodutivos; interrupção terapêutica da gravidez; objeção consciente

Introducción

La Interrupción Terapéutica del Embarazo (ITE), también conocida como “aborto terapéutico”, se ha entendido en diversos contextos como la interrupción de un embarazo por motivos médicos. Estos pueden estar determinados por motivos preventivos, como cuando la gestación puede empeorar el pronóstico de una enfermedad básica que hace inviable al feto; o por motivos curativos, como cuando se considera que el embarazo supone un peligro para la vida o la salud física y/o mental de la mujer (1).

La asistencia médica para una interrupción terapéutica del embarazo está reconocida por la Asociación Médica Mundial (*World Medical Association*, WMA) a través de la *Declaración sobre la interrupción del embarazo por indicación médica*, adoptada por la 24ª Asamblea Médica Mundial, llevada a cabo en agosto de 1970, en Oslo, Noruega. Esta modificada, a su vez, por la 35ª Asamblea Médica Mundial de octubre de 1983, en Venecia, Italia, la 57ª Asamblea General de la AMM de octubre de 2006, realizada en Pilanesberg, Sudáfrica, y 69ª Asamblea General de la AMM de octubre de 2018, en Reykjavik, Islandia (2).

A partir de un análisis bioético, y tomando como referencia la teoría principal que aglutina los principios de no maleficencia, beneficencia, justicia distributiva y autonomía (3), así como otros principios éticos utilizados en medicina, es posible alcanzar un criterio integral sobre la interrupción terapéutica del embarazo en el caso de fetos anencefálicos (4). Los aspectos bioéticos en todo caso de ITE son numerosos, variados y de sustancial importancia, ya que afectan no solo a cuestiones íntimas y personales, sino también a aquellas con implicaciones médicas y legales. El alcance de la autonomía de la voluntad y sus límites, la confidencialidad, la intimidad, el principio de no discriminación, el principio de no abandono, el principio de pérdida de oportunidad, el principio de doble efecto y todos aquellos que propongan una intervención de esta naturaleza son fundamentales. Por lo que lograr la armonía entre los principios bioéticos y los derechos es una necesidad.

La anencefalia es un defecto grave del desarrollo del neuroeje, en el que el cerebro anterior en desarrollo y las cantidades variables del tronco encefálico están expuestos en el útero, debido a que el tubo neural no se cierra en la base del cráneo (5). Esta malformación aparece entre los 24 y 26 días posteriores a la fecundación, por un defecto del cierre del tubo neural y es incompatible con la vida extrauterina (6). Esto último es primordial porque el pronóstico se conoce exactamente a partir del diagnóstico, por lo que el nivel de incertidumbre es cero. La anencefalia se suele diagnosticar durante el primer o segundo trimestre del embarazo mediante una ecografía. Esta malformación puede asociarse a otras anomalías del sistema nervioso central y a anomalías que afectan a otros sistemas. Dado que la patología resulta incompatible con la supervivencia postnatal, debe ofrecerse la interrupción del embarazo, independientemente de la edad gestacional (7, 8).

En caso de que el embarazo se continúe una vez realizado el diagnóstico de anencefalia, es responsabilidad del equipo tratante indicar que existe un riesgo aumentado de polihidramnios y muerte fetal antes o durante el parto. Este último puede ser más complejo a edades gestacionales más avanzadas, debido a que la mecánica del parto asociada a la falta de una presentación o un volumen craneal anormal dificulta la labor (7, 8, 9). Ahora bien, si la ITE en caso de los fetos anencefálicos ha sido ampliamente discutida (10), ¿cuál sería el objetivo de volverla a discutir?

Cabe señalar que el entendimiento social y la realidad jurídica en esta materia depende del país en el que se estudie. Por ejemplo, su recepción fue apática en países de América Central, en comparación con países de América del Norte y del Sur, así como de Europa, los cuales tienen un marco normativo legal positivo en las áreas de derechos sexuales y reproductivos. Para el caso de Nicaragua, Honduras y El Salvador la prohibición es total ante cualquier causa de aborto. Mientras que, en el caso particular de Costa Rica, no fue hasta el 2019, y ante la resistencia de ciertos sectores políticos y religiosos, que el actual gobierno aprobó los Decretos Ejecutivos No. 41.722, *Dispensación*

de Píldoras Anticonceptivas de Emergencia, y No. 42113-S, *Norma técnica de los procedimientos médicos relacionados con el artículo 121 del Código Penal*. Este último trata de la interrupción terapéutica del embarazo por motivos de salud y vida, según lo establecido en el Artículo 121 del Código Penal costarricense.

Para ejemplificar la brecha de derechos sexuales y reproductivos, podemos mencionar que, en América, solo Honduras y Costa Rica no permitieron la dispensación de anticonceptivos orales de emergencia. Asimismo, en estos países se demostró que el desconocimiento médico y social sobre el uso de este medicamento era amplio, a pesar de que este método ha sido descrito desde la década de 1960, y fue incluido en la lista de medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1999 (11).

Costa Rica estableció la figura de la interrupción terapéutica del embarazo por primera vez en el Código Penal de 1918, y la reiteró en las siguientes reformas a dicho código, siendo la última reforma el Código Penal de 1970 (12). Sin embargo, no fue hasta que se aprobó el Decreto Ejecutivo No. 42113-S en el año 2019, el cual regula el aborto terapéutico del embarazo en los casos en los que la salud y la vida de la gestante estén en peligro, que los médicos comenzaron a sentir mayor seguridad jurídica y ética en torno a este tema. Este decreto permite que una mujer o su médico soliciten la intervención cuando se diagnostique una malformación fetal incompatible con la vida fuera del útero. La urgencia de realizar la interrupción, con consentimiento previo, se fundamenta en evitar que avance la edad gestacional, y/o en que aumente el riesgo de cesárea o cirugía, en comparación con la espera del parto.

Materiales y métodos

A través de la revisión y análisis de jurisprudencia, desde una perspectiva bioética de los derechos fundamentales de las personas y el caso específico de los fetos con anencefalia, pretendemos poder dar un panorama claro de lo que se conoce actualmente sobre el tema y se sabe en Costa Rica. La pregunta de investigación sobre la que se desarrolló

este artículo fue: ¿cuál ha sido la línea de jurisprudencia de los tribunales constitucionales en materia de aborto terapéutico para los casos de fetos anencefálicos? En ese sentido, se pretende evaluar si esta es coherente con el razonamiento bioético y la ética médica. También, se cuestionó si, desde la bioética, es justificable hacer un llamado a la objeción de conciencia del médico ante los casos de aborto terapéutico.

Resultados

Jurisprudencia

La Interrupción Terapéutica del Embarazo (ITE) es un tema que ya ha sido resuelto por los tribunales constitucionales, incluido el tribunal costarricense. Como ejemplo de ello, está la Sentencia del Tribunal Constitucional español de 1985 (53/1985) (13) y la Sentencia de la Sala Constitucional de 2004 (nº 2792) (14). Estos fallos han determinado que la ITE sea aceptada a nivel constitucional, puesto que el proteger incondicionalmente la vida del nonato viola los derechos de la vida de la madre, persona nacida y constituida.

Al respecto, en su Sentencia ADPF 54 / DF (15), la Suprema Corte Federal de Brasil admite la inconstitucionalidad de la interpretación de la interrupción del embarazo de un feto anencefálico como una conducta tipificada en el Código Penal. Por lo tanto, la despenaliza en apoyo del aborto legal de fetos anencefálicos comprobados. Por su parte, la Sentencia T-841 de la Corte Constitucional de Colombia establece que el riesgo a la salud mental de la mujer es motivo suficiente para llevar a cabo una interrupción del embarazo (16).

En el otro extremo, la Corte Suprema de Polonia publicó el 22 de octubre de 2020 la Sentencia K 1/20 de prohibición del aborto por defectos fetales graves e irreversibles (17). La Sentencia del Tribunal Constitucional considera que las disposiciones vigentes son incompatibles con la Constitución. No obstante, el Estado polaco está sujeto a la jurisdicción del Tribunal Europeo de Derechos Humanos y, por ende, está obligado a hacer cumplir sus sentencias.

Interpretación de la jurisprudencia basada en principios éticos

De la Sentencia de la Sala Constitucional de Costa Rica No 2792, extraemos el siguiente apartado:

Sin embargo, de acuerdo con la doctrina y la legislación comparada en la materia, cabe señalar que cuando se habla de un peligro para la salud de la madre (...), aunque no ponga directamente en peligro su vida (...), representa un peligro de lesionar su dignidad como ser humano de tal magnitud que, por eso mismo, el cuerpo social no está en condiciones de exigir su apoyo, bajo la amenaza de la criminalización. Irrazonable, e incluso menos inconstitucional, que el legislador se abstenga de castigar la preferencia de una mujer por su salud si el embarazo la va a perjudicar gravemente en la medida en que su dignidad como ser humano y, eventualmente, su vida se deteriore (18, p. 5).

Como se puede apreciar, la Sala Constitucional de Costa Rica nos recuerda que existe un “peligro” en la ITE. Por lo que, cabría cuestionarse por qué este término es entendido como aquella situación en la que existe la posibilidad, amenaza u ocasión de que se produzca una desgracia o contratiempo. Pues según la Real Academia Española, el concepto de “peligro concreto” se refiere a la “proximidad de una lesión concreta” (19), no de una establecida. En ese orden de ideas, para evaluar un caso de ITE, si bien se debe visualizar la situación clínica de la gestante y los peligros que puede enfrentar al pasar por este proceso, también se deben contemplar los peligros derivados de no someterse a la intervención.

Bajo la responsabilidad profesional, debe garantizarse el principio de precaución, el cual opera para que en el futuro no se produzca la llamada “pérdida de oportunidad”, entendida como una privación de las expectativas de curación o mejora. Para el caso concreto de la ITE en fetos anencefálicos, no solo hay que valorar si ha existido una lesión en la salud física y mental de la mujer en el presente, sino también si el procedimiento puede desencadenar riesgos en la salud física y mental de la mujer a futuro. Entendiendo, de antemano, que un riesgo es la combinación de la probabilidad y la consecuencia de no controlar el peligro. De esta forma, se priorizan los intereses personales de la mujer que no quiere quedar embarazada, con el fin

de proteger su salud y su vida del peligro. Además, desde el punto de vista bioético, es razonable que se exija la interrupción del embarazo en casos de malformaciones embrionarias (o embriopatías) declaradas incompatibles con la vida extrauterina, siempre que no existan contraindicaciones clínicas para la intervención.

Por otra parte, es importante recapitular el concepto de “pérdida de oportunidad”. Pues, si bien se entiende que la incertidumbre en los resultados es inherente a la práctica de la medicina, la probabilidad de obtener un resultado favorable o desfavorable siempre debe ser de ayuda para tomar las decisiones de tratamiento. Por lo tanto, en los casos de ITE por feto con una malformación incompatible con la vida fuera del útero, se debe valorar el peligro a futuro. Ya que los riesgos y consecuencias de no realizar la intervención conllevan a la “pérdida de oportunidad”, y a la privación de un tratamiento alternativo.

Discusión

Desde el punto de vista médico, el embarazo en casos de fetos anencefálicos puede suponer un riesgo para la mujer gestante. Al respecto, un estudio (20) de 28 mujeres con gestación de fetos con anencefalia, en las cuales no se interrumpió el embarazo, tuvo como resultado una edad gestacional promedio de 18 semanas, y una edad de nacimiento de 31 semanas. En el mismo estudio, se informaron mortinatos en 32% de la muestra (9/28). Mientras que el polihidramnios se desarrolló en 6 pacientes, y 2 de ellas requirieron amniodrenaje debido a polihidramnios severos. El parto vía vaginal se logró en el 67% (19/28) de los casos, pero se tuvo que recurrir a la inducción del parto en 17 de las pacientes. Adicionalmente, hubo dos casos de distocia de hombros, y 9 pacientes requirieron una cirugía de cesárea.

En ese orden de ideas, es posible afirmar que en el caso de los fetos anencefálicos el desenlace es invariablemente letal, pues no existe intervención o tratamiento definitivo para prolongar o mejorar la calidad de vida. Por ello, la consulta prenatal conjunta con los especialistas en medicina fetal y neonatal para discutir el plan de cuidados perinatales es crucial; y a la mujer debe ofrecérsele la opción de interrumpir el embarazo (21, 22).

En una revisión retrospectiva de casos (42 casos) con diagnóstico prenatal de anencefalia que dieron a luz después de las 24 semanas de gestación, durante el período comprendido entre 1990 y 2016 en un hospital de Qatar, Al-Obaidly *et al.* (23) encontraron que la inducción del parto se realizó en el 55% (23/42) de ellos. Asimismo, se documentaron 40% (17/42) de nacimientos vivos, de los cuales la tasa de partos vaginales fue del 69% (29/42), y la tasa global de cesáreas fue del 31% (13/42). Estos datos son relevantes puesto que la muerte intrauterina del feto es una de las complicaciones más traumáticas para la mujer gestante (5).

A medida que los avances en el diagnóstico prenatal permiten detectar cada vez más enfermedades que limitan la vida, las posibles soluciones pueden comenzar a discutirse antes del nacimiento (23), como es el caso de los fetos que son diagnosticados con anencefalia. Los médicos y comités de bioética que sean consultados para casos de ITE de fetos con malformaciones incompatibles con la vida deberán desarrollar lo que se denomina como ponderación, también llamado por su forma anglosajona como razonabilidad o equilibrio (24). En este proceso, previamente consentido e informado con la gestante, se ponderan los peligros para la salud de la paciente, si se indica la ITE (primer curso de actuación), así como los peligros y riesgos si no se realiza la intervención (segundo curso).

En la ponderación de riesgos de un curso de acción u otro (relación de riesgos-beneficios), se deben sopesar los riesgos presentes y futuros (25), tanto físicos como psicológicos. De lo contrario, se podría violar el principio de no maleficencia. No obstante, cuando la intervención conlleva menor riesgo, la recomendación de un actuar temprano podría vulnerar el principio de beneficencia. En ese sentido, preocupa la influencia que tiene el personal de salud en la decisión de la embarazada. Al respecto, un estudio (26) reveló que los profesionales de la salud pueden influir en las mujeres embarazadas, dejando las decisiones sobre el mantenimiento del embarazo basadas en preferencias muy individuales de médicos y enfermeras.

En otro estudio (27) se evaluó el abordaje médico de las anomalías fetales graves en los Estados Unidos, concluyendo que, considerando la falta de

protocolos en casos de anomalías como la anencefalia, existe la necesidad de una evaluación objetiva de las estrategias utilizadas por los obstetras para el manejo del embarazo. Pero es aún más preocupante que el estudio reveló que los obstetras tienen dificultades para mantener un asesoramiento “libre de coacción” hacia las mujeres embarazadas, quienes se dejan guiar por las opiniones personales de sus doctores para seguir o terminar con sus embarazos. Estas decisiones de intervención total están evidentemente a favor del embrión/feto. De igual forma, preocupa saber que el 99% de los obstetras del estudio citado tenían un consenso de “no intervención” a favor del feto. A pesar de ello, la práctica de la “intervención completa” a favor del feto, que incluye el parto por cesárea, la monitorización fetal y la reanimación neonatal, no fue recomendada por la mayoría de los obstetras (27).

En contraposición, un estudio cualitativo demostró que pese a contar con un proceso de duelo adaptativo como hallazgo positivo, el mismo coexistió con una experiencia paralela de profundo sentimiento continuo de pérdida y tristeza. Por eso, las autoras de esta investigación proponen la existencia de los cuidados paliativos perinatales para quienes tienen un diagnóstico letal prenatal, ya que estos cuidados pueden resultar como una experiencia positiva para algunas mujeres (23).

En vista de lo anterior, resulta de suma importancia para la bioética analizar las decisiones que se toman ante un diagnóstico de certeza en la gestación de un feto anencefálico. Mientras que en Estados Unidos en el 90 a el 95% de los casos se opta por la interrupción del embarazo (28), en países donde la interrupción del embarazo está prohibida aún queda por visualizar ¿qué plan terapéutico se puede ofrecer a las mujeres?, ya que la ley no concuerda con los derechos humanos, sexuales y reproductivos. Aun así, cabe mencionar que para que el aborto sea considerado terapéutico y, por lo tanto, aceptado bajo el concepto de la bioética sin que exista duda en cuanto a su indicación, debe estar fundamentado en las siguientes consideraciones (29):

- Correcto diagnóstico e imposibilidad de tratamiento alternativo.

- Incapacidad médica para salvar a la pareja (mujer-feto).
- Muerte materna segura si se continúa con el embarazo.
- Producto no viable antes de la muerte materna.
- Grave daño físico o psíquico a la gestante en caso de continuar con el embarazo.
- Malformaciones congénitas detectadas antes del nacimiento, e incompatibles con la vida intrauterina o extrauterina.
- Recuperación de la mujer gestante tras una interrupción terapéutica del embarazo.
- Consentimiento informado de la mujer embarazada.

Así, la obligación del médico es preservar o restaurar la salud, sin segregar el aspecto físico del mental. Además, debe no solo evaluar la presencia de enfermedad, sino también el riesgo y peligro potencial para la salud, especialmente psicológica, en los casos de malformaciones incompatibles con la vida fuera del útero. Por lo tanto, el médico debe considerar los conceptos de riesgo y peligro que se han definido para el embarazo, sin esperar a que tales riesgos se materialicen, en forma, por ejemplo, de suicidios o enfermedades físicas que afecten la dignidad de la persona. Por ello, cuando está plenamente justificado, el criterio bioético y moral en ITE es aceptado, por lo que no debe haber duda médica sobre su legitimidad.

En cuanto a la edad gestacional, esta se ha utilizado como condición para dejar de realizar una ITE. Pero, para los casos de fetos con anencefalia, quienes inevitablemente tendrán un proceso de muerte después de las 24 semanas de vida extrauterina, este argumento carece de fundamento. No obstante, la edad gestacional sí puede ocasionar contraindicaciones obstétricas, por lo que en una edad gestacional avanzada se debe sopesar el riesgo de la cirugía frente a la espera del parto. De ahí, la importancia del diagnóstico temprano de anencefalia y otras malformaciones incompatibles con la vida extrauterina.

En la misma línea argumentativa, diferentes autores e instituciones bioéticas reconocidas, como

el Hasting Center (EEUU) (30), han reconocido que cuando las malformaciones fetales son letales (como ocurre en todos los casos de anencefalia) no hay beneficio para el feto (31). En estos casos, un equilibrio prudente debe estar entre las obligaciones de beneficencia hacia el feto y las obligaciones derivadas de los principios de autonomía, no maleficencia y beneficencia en relación con la gestante. Adicionalmente, los profesionales médicos no deben reconocer a la gestante en relación únicamente con un feto que muestra o no viabilidad, sino como la paciente que sufre de una gestación que puede llevarla a enfrentar peligros físicos o mentales para su salud.

La objeción de conciencia y la interrupción terapéutica del embarazo

La objeción de conciencia supone una negativa para ejecutar o cooperar de forma directa o indirecta en la realización de prácticas médicas o farmacéuticas que, aunque permitidas por las normas legales, se muestran contrarias a la ley moral, a los usos deontológicos o las reglas religiosas (32). De este modo, la objeción de conciencia representa la tutela de un bien jurídico personalísimo e individual, como lo es la libertad de manifestar su conciencia, pensamiento o religión. Sin embargo, la objeción de conciencia no pretende que una norma deje de existir jurídicamente, sino solo que la persona que tiene determinada creencia o convicción, no se vea obligada a desplegar una conducta contraria a esta.

A tenor, la objeción de conciencia es definida por Santillan Doherty como la “decisión individual que toma un profesional de la rama para justificar su negativa a realizar un acto médico, científica y legalmente aprobado según el *ars* médica, aduciendo la trasgresión de este acto en virtud de sus convicciones éticas, su libertad de pensamiento, conciencia o religión” (33, p. 285). En ese sentido, se observa cómo la objeción de conciencia se encuentra motivada por un conflicto entre la norma legal que impone una acción y la norma ética o moral que se opone a esa actuación. El rechazo debe estar sustentado en razones graves y apoyarse en convicciones o en un sistema de pensamiento “coherente, orgánico y sincero” (33, p. 285).

La objeción de conciencia en las ciencias de la salud y sus límites

Santillán Doherty coloca bajo discusión la objeción de conciencia empleada en casos específicos, como negarse a prescribir la anticoncepción oral de emergencia (34), la anticoncepción en menores de edad (35), la interrupción terapéutica del embarazo (36), o no aceptar los criterios de muerte neurológica. Estos son procedimientos cuya indicación se encuentra médicamente sustentada en evidencia científica y, además, son aceptados por la sociedad a través de su implementación en leyes o reglamentos. Para Santillán, lo anterior sucede derivado de la “promoción activa de un conservadurismo moral, que, al defender su creencia particular, impide la evolución ética derivada de la ciencia y el reconocimiento de los derechos humanos dentro de una sociedad democrática, plural y laica, evolución ética que es reconocida por la sociedad mediante las leyes y normas que promulga” (33, p. 294).

No obstante, Santillán considera que el derecho a la objeción de conciencia está respaldado por una contraparte social. Esa contraparte defiende la evolución ética por medio de la protección de la libertad de pensamiento y religión. Incluso, el autor asevera que la defensa se da por encima de los derechos de atención a la salud de los pacientes que requieren de servicios específicos para superar los problemas que les aquejan. Lo anterior queda afirmado cuando Salcedo Hernández señala que la “realidad sociológica, tiene su propia forma de situarse ante el fenómeno de la objeción de conciencia” (37, p. 11). Por ello, para este autor no cabe duda de que los propios objetores, con las motivaciones que los llevan a objetar, son en sí mismos el concepto de la objeción. Por eso, esta formulación participa de ser una “primera objeción”. A la luz de lo expuesto por Santillán, y siendo esto el centro de criterio, cabría cuestionarse si se puede contemplar la objeción de conciencia a la hora de prescribir, dispensar o administrar la AOE.

Para Escobar Roca, la objeción de conciencia no debe interpretarse “como derecho absoluto e ilimitado, o como objeción a todo deber jurídico, sea o no susceptible de suscitar un conflicto de

conciencia” (38, p. 187). Esto se puede apoyar bajo la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, la cual menciona el derecho de “libertad de convicciones éticas, pensamiento, conciencia y religión” (39); por lo que no se establece *per se* un derecho a objetar normas jurídicas o leyes. Por lo tanto, la objeción es un mecanismo de resistencia para tratar de defender el ejercicio de un derecho, y no constituye un derecho en el sentido absoluto, sino, como señala Vázquez, un derecho *prima facie* (40).

La objeción de conciencia es estrictamente moral; definida como “la negativa a cumplir un cometido profesional exigido por las leyes o por algún reglamento o protocolo institucional, o impuesto por las autoridades legítimas, invocando para ello razones morales o de conciencia” (41, p. 11). Bajo esa lógica, el médico, farmacéutico o profesional en salud que hace objeción de conciencia no debe negar la legitimidad general de una ley por abstenerse de colaborar en la aplicación de esta en situaciones concretas. Por lo que, en torno a la interrupción terapéutica del embarazo, una vez conocida la condición médica y los posibles riesgos y peligros a los que se enfrenta una mujer, no debería existir un potencial conflicto bioético. Pues no existe fundamento moral que justifique un conflicto de valores, dado que no estamos frente a una colisión de deseos, sino frente a una situación médica.

Igualmente, una particularidad muy importante de la objeción de conciencia la señala Soriano: “desde su repercusión, no debe incurrir en daños a terceros irreversibles y de carácter esencial” (42, p. 47). Con base en esta característica, el médico que hace objeción de conciencia debe garantizar que la mujer sea atendida por otro médico, y que su negativa no le implique un daño físico o moral. Además, se debe tomar en cuenta que se ha reconocido internacionalmente que la objeción de conciencia no puede abarcar a todas las personas. Es decir, no todas pueden ser objetoras de conciencia (43), pues esto no aplica para el personal administrativo o técnico. En ese orden de ideas, para poder garantizar el principio bioético de justicia distributiva, instrumentalizado en el acceso oportuno a los servicios públicos de salud, y para garantizar la vida y la salud de las personas, resulta justificable que la objeción de conciencia sí sea un criterio

de selección de personal. Sobre este punto, ya han tomado una posición a favor algunos países, como Reino Unido (44) y Noruega (45).

Así las cosas, el médico que opta por la objeción de conciencia a la hora de realizar una ITE, sin la debida justificación o existencia de un conflicto ético en torno al aborto, en particular en casos de fetos con anencefalia, puede estar afectando el derecho humano a la salud de las mujeres. En ese sentido, un médico que niegue una interrupción terapéutica del embarazo ante un caso de anencefalia de manera injustificada puede enfrentar una demanda judicial por la doctrina del *Wrongful pregnancy* y el *Wrongful birth*, entre otras argumentaciones jurídicas (46).

Cabe mencionar que distintos países, como Suecia, Finlandia e Islandia (47), han definido que no se permite la objeción de conciencia cuando el servicio al que el médico objeta forma parte de sus obligaciones profesionales. Adicionalmente, otro límite a la objeción de conciencia es que no puede aplicarse en casos de emergencia en los que el derecho a la salud o la vida de la persona están en riesgo (48). Lo anterior, dado que, ante la ponderación entre estos bienes jurídicos y la libertad de manifestación de conciencia, pensamiento o religión, siempre privan los primeros. Esto también aplicaría para el caso de la ITE en ciertas situaciones donde se convierten en una intervención de emergencia, como es el caso de embarazos ectópicos (en mujeres clínicamente estables en las que se ha diagnosticado un embarazo ectópico no roto, la cirugía laparoscópica o la administración de metotrexato intramuscular son tratamientos seguros y eficaces) (49).

En ese orden de ideas, pese a encontrarse el reconocimiento al derecho a la objeción de conciencia en los códigos deontológicos o éticos de las asociaciones médicas, este no se constituye como un derecho fundamental (50). Para hacerlo válido, requiere de su previa justificación, sobre todo cuando su aplicación afecta a derechos que sí son fundamentales, como lo es el derecho a la salud. Particularmente, en el campo de la medicina se debe limitar la aparición de lo que Gracia Guillén denomina la pseudo-objeción y la cripto-objeción, dado que ambas son figuras deformadas de

la objeción de conciencia que pueden incurrir en daños a los pacientes y terceras personas (41). Por lo anterior, se torna importante la justificación que hace el médico que objeta para establecer el conflicto de valores y si se está frente a una verdadera objeción de conciencia o frente a una pseudo-objeción.

Con base en lo expuesto, se puede afirmar que un médico puede cometer una transgresión ética cuando antepone sus valores particulares por encima de las necesidades de un paciente, dejando de cumplir a cabalidad con el cuidado que debe proveer (51). Por ello, la objeción de conciencia es una práctica de resistencia que es válida cuando no conlleva dejar a los pacientes en estado de indefensión, violentando el principio bioético de no-abandono (52). Al respecto, Santillan Doherty señala el conflicto al que se somete al paciente ante la objeción de conciencia que efectúa el médico, ya que cuando este se niega a proveer los cuidados de salud por razones de índole moral o religiosa, genera un desbalance de poder muy delicado entre el paciente y el médico (33).

En el caso de la interrupción terapéutica del embarazo, nos encontramos frente a una pseudo-objeción, porque quienes la hacen no poseen auténticos motivos de conflictos de valores para ello. Además, es frecuente que los médicos invoquen la objeción de conciencia, no porque consideren que el procedimiento es moralmente incorrecto, sino porque no están seguros, ni desde el punto de vista moral ni desde el punto de vista técnico. Esto también sucede cuando simplemente tienen miedo, o les resulta más cómodo tomar esa actitud que enfrentar directamente el problema (41).

Conclusiones

Por todo lo anterior, se concluye que la interrupción de un embarazo anencefálico merece consideraciones especiales, pues está reconocido sobre una base ética y muestra una clara diferenciación de otras causas de aborto. En ese sentido, en el caso de ITE para fetos anencefálicos, no existiría un deber moral o legal por parte de la gestante, ni por parte del equipo médico de prolongar una vida biológica inviable. De igual forma, aunque los médicos puedan desconfiar jurídicamente sobre otros

temas (si perciben diferencias entre las sentencias de los tribunales constitucionales y los postulados bioéticos), para el caso de ITE de fetos anencefálicos la bioética y la jurisprudencia están de acuerdo.

Por otra parte, la visión ética y legal sobre la ITE se puede ampliar recurriendo a la doctrina del “doble efecto”, la cual tiene una larga tradición en la teología moral. De ella, se puede interpretar que la inducción precoz del nacimiento de un feto anencefálico tiende a proteger intencionalmente la salud de la gestante, ya que el feto anencefalo finalmente morirá como consecuencia de sus condiciones patológicas. Por este mismo motivo, los bioeticistas, generalmente, entienden que, en el caso del nacimiento de un feto anencefálico vivo, no se debe recurrir a tratamientos de apoyo que solo prolongarían por poco tiempo el “proceso de muerte”, aumentando innecesariamente el sufrimiento de la madre y la familia.

Igualmente, no puede dejarse de señalar la importancia que poseen los comités de bioética hospitalarios para analizar estos complejos casos. Pues estos pueden, sobre todo, colaborar como entes de mediación sanitaria entre las partes. También, es importante mencionar que el concepto de objeción de conciencia en la ITE se encuentra mal empleado, ya que el derecho a la objeción no puede estar por encima del derecho a la salud. Entonces, este no debe ser utilizado por el personal de salud al momento de atender a mujeres embarazadas con diagnósticos establecidos de fetos con anencefalia.

Asimismo, debe recordarse el artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDCM) (53), el cual establece que los Estados deberán eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica y la planificación familiar, así como garantizar servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y la lactancia. Siendo así, negar una ITE médicamente indicada puede significar una violatoria a lo postulado por dicha convención.

Recomendación

Independientemente de si la mujer y el médico deciden interrumpir el embarazo o no, el abordaje

de los cuidados paliativos perinatales es fundamental. Una intervención con enfoque integral y un equipo multidisciplinario son los dos aspectos esenciales que se le deben ofrecer a la mujer y al bebé, en caso de que este logre nacer con vida (54, 55). En los casos de ITE para fetos diagnosticados con anencefalia u otras malformaciones incompatibles con la vida intra y extrauterina, el médico puede confiar en los comités de bioética hospitalarios para apoyarse y respaldarse en la toma de decisiones. De esta manera, puede definir el mejor abordaje desde el punto de vista más integral que se le pueda ofrecer a la paciente y al feto.

Además, se debe recordar el principio de no abandono para cualquier curso de acción, puesto que este rige al personal de salud. El abordaje de la atención debe ser integral y no biológico, dando apoyo no solo clínico y físico, sino también psicológico y de acompañamiento a la gestante en su proceso de duelo; pues, al ser el diagnóstico de anencefalia una causa incompatible con la vida y en caso de que el feto logre avanzar durante la gestación y nazca, el pronóstico de vida extrauterina es de horas.

Finalmente, el proceso de consentimiento informado en los casos de ITE debe responder al derecho humano a la información. Asimismo, este debe responder a los principios de veracidad y exactitud, explicando y poniendo en contexto en todo momento a la madre y, si ella lo pide, a su pareja, familia, amigos u otros. El diagnóstico debe darse a conocer y explicarse a la madre desde el momento en el que se descubre, independientemente de las semanas de embarazo. Lo anterior, por las implicaciones de continuar con el embarazo y, sobre todo, por la posibilidad de interrumpir el mismo.

La mujer que se enfrenta a la recomendación de una ITE debe recibir información útil e inteligible, que explique lo esencial y evite los detalles excesivos, con un lenguaje claro y simple, acorde a su estado psicoemocional (56). Por esto último, se recomienda contar con protocolos de atención integral para estos casos que tengan como fin mitigar la afectación de la salud mental de las mujeres y su pareja o familia. Pues, diversos estudios han demostrado que, según la malformación congénita detectada y la semana de gestación en la que

se interviene a la mujer, el estrés y/o la angustia se pueden mitigar. Razón por la cual los protocolos de atención deben ajustarse a cada contexto clínico y a cada realidad concreta (57).

Por su parte, el proceso de consentimiento informado debe estar caracterizado por las siguientes condiciones (58):

- Comunicación respetuosa durante todo el proceso de atención de la salud.
- Información adecuada a la capacidad de comprensión de la mujer.
- Manejo confidencial de la información sobre la condición de salud de la mujer.
- Dar oportunidad a la paciente de plantear preguntas y responderlas en forma clara.
- Gestionar el apoyo interdisciplinario que se considere necesario.

Referencias

1. Marín A, Morales K. La interrupción terapéutica del embarazo como derecho humano a la salud. Un análisis desde el bioderecho. *Cuad Iberoam Derecho Sanit.* 2017; 6(1). doi: <https://doi.org/10.17566/ciads.v6i1.351>
2. World Medical Association. Declaration of Venice on terminal illness [Internet]. 2006 [citado 10 may. 2021]. Disponible en: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-venice-on-terminal-illness/>
3. Beauchamp T, Childress J. Principles of biomedical ethics. 8ª ed. Nueva York: Oxford University Press; 2019.
4. Bursztajn H, Hamm R. Ethical decisions in medicine. *N Engl J Med.* [Internet]. 1977; 297(9): 514. doi: <https://doi.org/10.1056/NEJM197709012970923>
5. Al-Obaidly S, Thomas J, Jubara MA, Al-Ibrahim A, Al-Belushi M, Saleh N, *et al.* Anencephaly and obstetric outcome beyond the age of viability. *J of Perinatal Med.* [Internet]. 2018; 46(8): 885-888. doi: <https://doi.org/10.1515/jpm-2017-0363>
6. Cheschier N. ACOG practice bulletin neural tube defects. *Int J Gynecol Obstet.* [Internet]. 2003; 44: 123-133. doi: [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(03\)00390-4](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(03)00390-4)
7. Monteagudo A. Exencephaly-anencephaly Sequence. *J Obstet Gynecol.* [Internet]. 2019; 3: B5-B8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.08.176>
8. Wilson RD, Mieghem TV, Langlois S, Church P. Guideline No. 410: prevention, screening, diagnosis, and pregnancy management for fetal neural tube defects. *J Obstet Gynaecol Can.* [Internet]. 2021; 43(1): 124-139. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2020.11.003>
9. Obeid R, Pietrzik K, Godfrey P, Oakley JR, Kancherla V, Holzgreve W, *et al.* Preventable spina bifida and anencephaly in Europe. *Birth Defects Res Clin Mol Teratol.* [Internet]. 2015; 103(9): 763-771. doi: <https://doi.org/10.1002/bdra.23400>
10. Diniz D. Abortion and fetal non-viability: debate in Brazil. *Cad Saúde Pública.* [Internet]. 2005; 21: 634-639. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000200032>
11. World Health Organization. Emergency Contraception: a guide for service delivery [Internet]. 1998 [citado 23 ene. 2021]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/64123/WHO_FRH_FPP_98.19.pdf.
12. Asociación Ciudadana Acceder. Legislación costarricense sobre aborto: comparación histórica [Internet]. 2019 [citado 24 ene. 2021]. Disponible en: https://www.ipascam.org/uploads/1573004290718_ES_ARCHIVO_1.pdf
13. Sentencia número 53/1985 del 11 de abril. Recurso previo de inconstitucionalidad número 800/1983. (Boletín Oficial del Estado, España, No. 119, 18 de mayo de 1985). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-T-1985-9096>
14. Sala Constitucional, Costa Rica. Voto No 2792-04 [Internet]. 2005 [citado 24 ene. 2021]. Disponible en: <http://www.pgrweb.go.cr/DOCS/Dictámenes/1/P/J/2000-2009/2005-2009/2005/90426.html>
15. Sentencia ADPF 54/DF. (12 de abril de 2011). Disponible en: https://oig.cepal.org/sites/default/files/2012_adpf_54-df-brasil.pdf.
16. Sentencia No T-841. (3 de noviembre de 2011). Disponible en: https://oig.cepal.org/sites/default/files/2011_t-841-11-colombia.pdf.
17. Sentencia K 1/20. (Tribunal Constitucional de Polonia, 22 de octubre de 2020).
18. Sentencia N° 02792. (Sala Constitucional de Costa Rica, 17 de marzo del 2004).
19. Real Academia de la Lengua Española. Significado de “peligro concreto” [Internet]. [citado 10 may. 2021]. Disponible en: <https://dpej.rae.es/lema/peligro-concreto>
20. Ekmekcia E, Gencdalb S. What's happening when the pregnancies are not terminated in case of anencephalic fetuses? *J Clin Med Res.* [Internet]. 2019; 11(5): 332-336. doi: <https://doi.org/10.14740/jocmr3777>
21. Cooper S, Williams NS. Best mode of delivery for fetal life-limiting conditions. *Obstet Gynecol.* [Internet].

- 2019; 133(2): 368-371. DOI: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003065>
22. Quaresima P, Homfray T, Greco E. Obstetric complications in pregnancies with life-limiting malformations. *Current Opinion in Obstet and Gynecol.* [Internet]. 2019; 31(6): 375-387. DOI: <https://doi.org/10.1097/GCO.0000000000000583>
 23. O'Connell O, Meaney S, O'Donoghue K. Anencephaly; the maternal experience of continuing with the pregnancy. *Incompatible with life but not with love. Midwifery.* [Internet]. 2019; 71: 12-18. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.12.016>
 24. Gardbaum S. A democratic defense of constitutional balancing. *Law Ethics Hum Rights.* [Internet]. 2010; 4(1): 15-20. DOI: <https://doi.org/10.2202/1938-2545.1045>
 25. Sedano M, Sedano R, Rodríguez R, Rodríguez J, Aedo S. Reflexiones sobre la conducta obstétrica en la embarazada con feto anencefálico. *Rev Med Chile.* [Internet]. 2008; 136 (6): 789-792. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872008000600016>
 26. Saigal S, Stoskopf BL, Feeny D, Furlong W, Burrows E, Rosenbaum PL, *et al.* Differences in Preferences for Neonatal Outcomes Among Health Care Professionals, Parents, and Adolescents. *JAMA.* [Internet]. 1999; 281(21): 1991-1997. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.281.21.1991>
 27. Heuser CC, Eller AG, Byrne JL. Survey of physicians approach to severe fetal anomalies. *J Med Ethics.* [Internet]. 2012; 38(7): 391-395. DOI: <https://doi.org/10.1136/medethics-2011-100340>
 28. Hooft PF. Anencephaly: bioethical and legal considerations. *Acta bioeth.* [Internet]. 2000; 6(2): 265-82. DOI: <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2000000200006>
 29. Gispert J. *Conceptos de bioética y responsabilidad médica.* 3ª ed. México: Manual Moderno; 2001.
 30. Shewmon DA. Anencephaly: select medical aspects. *Hastings Cent Rep.* 1985; 18(5):11-9. DOI: <https://doi.org/10.2307/3562217>
 31. Fletcher JC. The fetus as a patient: ethical issues. *JAMA.* 1981; 246(7): 772-773. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.1981.03320070056028>
 32. Hernández J, Andreu B, Fernández JA. *Derecho y salud: estudios de bioderecho.* 1ª ed. Murcia: Editum; 2013.
 33. Santillán P. ¿Es justificable la objeción de conciencia en la medicina? *UNAM.* 2018; 824: 285.
 34. Marín-Mora A. La anticoncepción hormonal de emergencia: mitos y realidades. *Rev Cienc Salud.* [Internet]. 2019; 3(6): 2-5. DOI: <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v3i6.99>
 35. Marín-Mora A. La anticoncepción en menores de edad: una mirada desde el bioderecho. *Rev Cienc Salud.* [Internet]. 2019; 3(4): 14-19. DOI: <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v3i4.92>
 36. World Medical Association. *WMA statement on medically-indicated termination of pregnancy* [Internet]. 2018 [citado 10 may. 2021]. Disponible en: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-on-therapeutic-abortion/>
 37. Salcedo J R. Objeción de conciencia, desobediencia civil e insumisión. *Rev Jurid Región de Murcia.* 1993; 16: 11-26.
 38. Escobar G. La objeción de conciencia en la Constitución Española. *Cent Estud Const.* [Internet]. 1993; 187: 326-336.
 39. Organización de las Naciones Unidas para la Educación. *Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos* [Internet]. 2005 [citado 5 feb. 2021]. Disponible en: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
 40. Vázquez R. *Derechos humanos: una lectura liberal igualitaria* [Internet]. 2015 [citado 27 ene. 2021]. Disponible en: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r35530.pdf>
 41. Gracia D. *Derecho a la objeción de conciencia.* En: *Ética de la objeción de conciencia.* Madrid: Real Academia Nacional de Medicina de España [Internet]; 2009 [citado 10 may. 2021]; p. 11. Disponible en: <https://www.ranm.es/sesiones-y-actos/archivosesiones/2009/386-session-del-dia-24-denoviembre-del-2009.html?start=1>
 42. Soriano R. La desobediencia civil. *PPU.* 1991; 45-48.
 43. Sentencia UKSC 2013/0124. (Corte Suprema del Reino Unido, 11 de noviembre de 2014).
 44. Memorandum from the Abortion Law Reform Association (SR 18). *Inquiry into future NHS staffing requirements regarding termination of pregnancy.* (Apendice 59, octubre de 1998). Disponible en: <https://publications.parliament.uk/pa/cm199899/cmselect/cmhealth/38/38ap62.htm>
 45. Chavkin W, Swerdlow L, Fifield J. Regulation of conscientious objection to abortion: an international comparative multiple-case study. *Health Hum Rights J.* 2017; 55: 61.
 46. Coetzee LC. Legal liability for failure to prevent pregnancy (wrongful pregnancy). *SAMJ.* [Internet]. 2017; 107(5): 394-398. DOI: <https://doi.org/10.7196/SAMJ.2017.v107i5.12073>
 47. Truong M, Wood SY. Unconscionable: when providers deny abortion care [Internet]. 2018. [citado 10 may.

- 2021]. Disponible en: https://iwhc.org/wp-content/uploads/2018/06/IWHC_CO_Report-Web_single_pg.pdf
48. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. Resolution on “conscientious objection” [Internet]. 2006 [citado 10 may. 2021]. Disponible en: <https://www.figo.org/sites/default/files/2020-08/FIGO%202006%20Resolution%20on%20Conscientious%20Objection-EN.pdf>
49. ACOG practice bulletin no. 191: tubal ectopic pregnancy, obstetrics & gynecology. ACOG. [Internet]. 2018; 131(2): 65-77. DOI: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002464>
50. Sentencia 160/1987 de 27 de octubre. (BOE 271, 12 de noviembre de 1987). Disponible en: <http://hj.tribunal-constitucional.es/es-ES/Resolucion/Show/892>
51. Savulescu J. Conscientious objection in medicine. *BMJ*. [Internet]. 2006; 332(4): 294-297. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.332.7536.294>
52. León F. Fundamentos y principios de bioética clínica, institucional y social. *Acta Bioeth*. [Internet]. 2009; 15(1): 70-78. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2009000100009>
53. ONU. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer; 3 de septiembre de 1981; Nueva York. [Internet]. Disponible en: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cedaw.aspx>
54. Flaig F, Lotz JD, Knochel K, Borasio GD, Führer M, Hein K. Perinatal palliative care: a qualitative study evaluating the perspectives of pregnancy counselors. *Palliat Med*. [Internet]. 2019; 33(6), 704-711. DOI: <https://doi.org/10.1177/0269216319834225>
55. Kovacevic A, Bär S, Starystach S, Simmelbauer A, Elsässer M, Müller A, *et al*. Objective assessment of counselling for fetal heart defects: an interdisciplinary multicenter study. *J cli med*. [Internet]. 2020; 9(2): 467. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm9020467>
56. De Albornoz E, Pérez A, Pérez MD, Machado F. Perceptions of health professionals about the quality of communication and deliberation with the patient and its impact on the health decision making process. *J Public Health Res*. 2018; 7(3): 1445.
57. Kaasen A, Helbig A, Malt UF, Næs T, Skari H, Haugen G. Acute maternal social dysfunction, health perception and psychological distress after ultrasonographic detection of a fetal structural anomaly. *BJOG*. 2010; 117(9): 1127-38. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2010.02622.x>
58. De Albornoz E. Calidad de la información sanitaria como requisito para el consentimiento informado. *Rev Latinoam Der Med Medic Legal*. [Internet]. 2000; 5 (1): 59-65.

