

Trabajo Fin de Grado

La objeción de conciencia del profesional enfermero
en la interrupción voluntaria del embarazo.
Nursing conscientious objection in the voluntary
interruption of pregnancy.

Autor/es

María Ruberte Lacambra

Director/es

Patricia Sánchez Pablo

Facultad de Ciencias de la Salud
2019

INDICE

1. RESUMEN	3-4
2. ABREVIATURAS	5
3. INTRODUCCIÓN	6-12
a. ABORTO	
b. OBJECCIÓN DE CONCIENCIA	
4. OBJETIVOS	13
5. METODOLOGÍA	13-15
6. DESARROLLO	15-21
7. CONCLUSIONES	22
8. BIBLIOGRAFÍA	23-25
9. ANEXOS	26-30

1. RESUMEN

RESUMEN

Actualmente, la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) está regulada por la Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Antaño, y por las convicciones morales e ideologías religiosas de entonces, estaba considerado como delito salvo en los casos de despenalización regulados en forma de ley de casos. Hoy en día su práctica sigue causando conflictos éticos para el profesional sanitario y por ello, en su ley reguladora, se incluye el derecho a la objeción de conciencia a todo aquel que participe de manera directa en la intervención. Sin embargo, aunque cualquier sanitario que cumpla este requisito puede poner en práctica la condición de ser objetor, solo es el equipo médico el que cuenta con un registro de objetores donde se refleja quien no desea intervenir en el procedimiento. Además de ello, la formación enfermera en cuanto al derecho a objeción de conciencia relacionado con la praxis sanitaria y más concretamente con la IVE es completamente nula. Así, es relevante reflejar cuales son las actividades enfermeras involucradas en el proceso para constatar que la enfermería juega un papel fundamental en la IVE que a veces no es merecedora de la importancia que tiene.

PALABRAS CLAVE:

Enfermería, objeción de conciencia, aborto, legislación, interrupción voluntaria del embarazo.

ABSTRACT

Nowadays, voluntary interruption of pregnancy is regulated by Organic Law 2/2010 about Sexual and Reproductive Health and Voluntary Interruption of Pregnancy. In the past, and because of the moral convictions and religious ideologies of the time, it was considered a crime and in its cases of decriminalization in the form of a law of cases. Today, its practice continues causing ethical conflicts for health professionals and therefore, in its regulatory law, includes the right to conscientious objection to anyone who participates directly in the intervention. However, although any healthcare provider who meets this requirement can put into practice the condition of being an objector, it is only the medical team that has a register of objectors that reflects who does not wish to intervene in the procedure. In addition, the training of nurses about the right to conscientious objection related to health praxis and more specifically to the voluntary interruption of pregnancy is completely null. Thus, it is important to reflect on the nursing activities involved in the process in order to verify that nursing plays an important role in this, which is sometimes not worthy of the importance it has.

KEY WORDS

Nursing, conscientious objection, abortion, legislation, voluntary interruption of pregnancy.

2. ABREVIATURAS

- IVE: Interrupción Voluntaria del Embarazo
- OC: Objeción de Conciencia
- OMS: Organización mundial de la salud
- STC: Sentencia del Tribunal Constitucional
- LO: Ley Orgánica
- CP: Código Penal
- RDL: Real Decreto-Ley
- CE: Constitución Española
- CBE: Comité Bioético Español
- SEC: Sociedad Española de Contracepción
- ACAI: Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción Voluntaria del Embarazo
- AP: Atención Primaria
- AE: Atención Especializada
- HCULB: Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

3. INTRODUCCIÓN

ABORTO

El término aborto, procedente del latín, se define como "*la interrupción de una gestación antes de la viabilidad fetal*" (Organización Mundial de la Salud), es decir, la expulsión del feto en un período donde la supervivencia es inviable fuera del vientre materno, generalmente antes de las 22 semanas gestacionales (1,2).

Podemos diferenciar dos tipos, según la naturaleza de la pérdida; así pues será espontáneo si es por causas naturales, o la denominada Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) si es inducido a través de las técnicas abortivas artificiales (ANEXO I), objeto de este trabajo (3,4).

El Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, en su estudio y con última actualización el año 2017, realiza una comparativa tanto estatal como mundial sobre el número y características de las IVE realizadas en un período determinado. (ANEXO II). Sin embargo, Gómez C. muy bien aclara que algunos cambios socio-demográficos que acontecieron en España en el período del 2008 al 2017 así como un menor número de tasas de mujeres fértiles, disminución de partos y embarazos o aumento de métodos anticonceptivos y abortivos hormonales (liberalizados en 2009) han podido contribuir a la tendencia actual descendiente en el número total de IVE practicadas (5,6).

A nivel mundial cobran relevancia los "abortos peligrosos" denominados así los ocurridos en condiciones sanitarias que ofrecen poca seguridad tanto a la vida de la madre como la del hijo, incluso aquellos realizados por personas no cualificadas o mediante métodos peligrosos. Se producen en países de Asia centromeridional, África septentrional o América Latina, donde las fuerzas conservadoras y defensoras de vida siguen manteniendo una restricción en cuanto a la legalización del aborto o se encuentran en un estado lentamente progresivo de liberalización, suponiendo casi un 75% del total (7).

Por otro lado, en América del Norte y Europa occidental y septentrional la mayoría de las intervenciones son seguras, siendo los países de Europa occidental los que mayor tasa de IVE presentan; se debe a que gozan de sistemas sanitarios de alta calidad, desarrollo económico y una legislatura relativamente permisiva (8).

Concretamente en España la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (LO 2/2010) establece como objetivo, entre otros, *“regular las condiciones de la interrupción voluntaria del embarazo y establecer las correspondientes obligaciones de los poderes públicos”*.

En materia de IVE, esta garantiza su acceso siempre y cuando esté dentro de los límites marcados por la ley; se realizará antes de las 14 semanas de gestación si la interrupción se lleva cabo a petición de la mujer, sean su negativa a la maternidad, la edad, estado económico o laboral en el momento del embarazo o razones afectivas los motivos más frecuentes que motivan a la mujer a someterse a la IVE (9).

Si la interrupción se realiza por causas médicas, deberá de suceder antes de la semana 22 si existe grave riesgo para la vida de la madre, si existe riesgo de posibles anomalías fetales, o en cualquier momento si hay una detección de anomalías fetales incompatibles con la vida posterior al parto (10).

Sin embargo, esta situación de accesibilidad a un aborto inducido no siempre ha sido así. Existen referencias de los Códigos Penales (CP) del siglo XIX donde el hecho de realizar un aborto o someterse a ello estaba tipificado como delito (11).

Uno de los primeros grandes cambios fue la llamada “Ley de reforma eugenésica del aborto” promulgada en Cataluña en 1936, la cual permitía a la mujer someterse a un aborto inducido por causas eugenésicas, terapéuticas o éticas. A pesar de esto, con el fin de la Guerra Civil y la llegada del régimen franquista la posibilidad de acceder a un aborto

inducido queda denegada y vuelve a considerarse como delito, expresado así en el CP de 1944, a excepción del aborto terapéutico en caso de riesgo extremo de la vida de la madre, tal y como recoge una Circular de la Fiscalía del Tribunal Supremo de 1941.

Una vez instaurada la democracia y vigente la Constitución de 1978, se promulga la LO 9/85 modificadora del Código Penal de 1973 del 5 de julio en la cual se incluye además de la causa terapéutica, los supuestos eugenésicos y criminológicos (consecuencia del delito de violación) como formas despenalizadas.

Esta última (LO 9/85), con algún intento de modificación a plazos fallido en 1995, siguió vigente hasta la promulgación de la LO 2/2010. Lo que supuso que por primera vez, la IVE fuera regulada por una ley específica y no como una reforma del Código Penal, así como la instauración de un modelo presente en la mayoría de los países de la Unión Europea.

Un punto a destacar de esta ley, es la referencia sobre la objeción de conciencia sanitaria que hace en el artículo 19¹ sobre medidas para garantizar la prestación por los servicios de salud. Ésta aclaración podría resultar como una solución de la confrontación de la liberación del acceso al aborto inducido, penado durante casi toda la historia legislativa de España, y las creencias, mayormente de tipo religiosas de aquellos profesionales que se oponen a la legalización del mismo. Pero, ¿se debe hablar de la objeción de conciencia como un derecho o como una forma de incumplimiento de la Lex Artis sanitaria? (1,10,11,12).

¹ "Los profesionales sanitarios directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo tendrán el derecho de ejercer la objeción de conciencia sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabadas por el ejercicio de la objeción de conciencia. El rechazo o la negativa a realizar la intervención de interrupción del embarazo por razones de conciencia es una decisión siempre individual del personal sanitario directamente implicado en la realización de la interrupción voluntaria del embarazo, que debe manifestarse anticipadamente y por escrito"

OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

El Comité de Bioética de España, define la Objeción de Conciencia (OC) como *"la negativa de una persona a realizar ciertos actos o tomar parte en determinadas actividades, jurídicamente exigibles para el sujeto, para evitar una lesión grave de la propia conciencia"* (13).

De la propia definición, podemos observar los principales elementos que componen la objeción de conciencia. Al hablar de la negativa de una persona, se toma que la OC es un comportamiento individual omisivo ya que la conciencia pertenece a uno mismo, al individuo en singular, y no a un colectivo (14). Así lo aclara la STC 161/1987 diciendo que *"la objeción de conciencia con carácter general no está reconocida ni cabe imaginar que lo estuviera en nuestro derecho o en derecho alguno pues significaría la negación misma del Estado"* (13).

La OC intenta dar una solución a un conflicto entre la defensa del deber moral de un individuo y un dictamen jurídico de obligado cumplimiento; he aquí otros dos elementos que lleva implícitos la objeción de conciencia; la existencia de un precepto legislativo impuesto y las convicciones personales en relación a esa norma que imposibilitan su cumplimiento (15).

La ausencia de un ordenamiento jurídico que ponga solución a este conflicto de valores, es lo que lleva a un individuo a hacer uso del derecho de objeción de conciencia. Sin embargo, ¿qué es lo que pretende un objetor cuando expresa sus intenciones? Aquí es donde es importante aclarar la diferencia entre "objeción de conciencia" y "desobediencia civil". El objetor de conciencia pretende a través de la misma ser eximido de la realización de tal norma sin buscar un cambio a nivel legislativo y sin ser sancionado ya que considera que el cumplimiento de dicha norma es inmoral (16). El desobediente civil, rechaza una norma y pretende la modificación o desaparición de la misma ya que la considera injusta (17). Además, cabe diferenciar que la naturaleza de la desobediencia civil suele ser política, contrariamente a la objeción de conciencia, la cual está motivada por convicciones morales, religiosas o científicas (14).

Entrando en el ámbito sanitario, muchas son las situaciones que han llevado al profesional a ejercer su ejercicio de objeción de conciencia. Según la persona que condiciona el someterse a una manifestación de objeción de conciencia se puede distinguir entre la llamada "propia", del mismo facultativo, la cual abarca conflictos como el aborto inducido, eutanasia o reproducción asistida, o la "impropia", dependiente del paciente tratado, como sucede con los Testigos de Jehová y su negativa a las transfusiones de sangre (16).

Así mismo, la mayoría de veces que se pone en práctica la OC en el ámbito sanitario, se trata de objeción de conciencia negativa dónde el profesional se niega a llevar a cabo un procedimiento impuesto por una norma. No obstante, hay que tener en cuenta que determinados casos llevan a practicar un ejercicio de objeción de conciencia positiva, es decir, realizar una acción cuando una norma jurídica lo impide. Así sucedió en 2012 con la promulgación del Real Decreto-Ley 16/2012 en el que se limitaba el acceso al Sistema Nacional de Salud a ciertos colectivos², ante el cual profesionales del sector enfermero, siguiendo su código deontológico y la filosofía de la ética del cuidado objetaron positivamente a favor de prestar asistencia sanitaria a dicho colectivo (18).

La legislación española solo acogía la objeción de conciencia en materia del servicio militar, recogida en la Ley 22/1998, de 6 de julio, Reguladora de la Objeción de Conciencia y de la Prestación Social Sustitutoria derogada tras la promulgación de la Ley 17/1999, de 18 de mayo, de Régimen del Personal de las Fuerzas Armadas la cual ponía fin al servicio militar, y por lo tanto la posibilidad de objetar ante su realización.

Así pues solo quedaba mención de la OC en la Constitución española (C.E) incluida en el artículo 16 sobre la libertad ideológica, religiosa y de culto de los individuos, apoyada por el STC 15/1982, de 23 de abril afirmando que "... la libertad de conciencia es una concreción de la libertad ideológica que

² Se vieron afectados los siguientes colectivos: *"inmigrantes sin residencia legal en España, españoles residentes en el exterior, mujeres en situación de dependencia económica, personas con discapacidad y jóvenes mayores de 26 años que no hayan cotizado y hayan salido de España más de 90 días"* (18)

nuestra Constitución reconoce en el artículo 16, puede afirmarse que la objeción de conciencia es un derecho reconocido explícita e implícitamente en el ordenamiento constitucional español” (19, 20).

A raíz de la promulgación de la Ley 2/2010 vuelve a aparecer la objeción de conciencia en el campo legislativo. Desde entonces está reconocida en dicha ley, en los Códigos Deontológicos Enfermero, artículo 22, y Médico, artículo 26, y en el artículo 16 de la C.E. (21,22).

Así, entrando en materia de IVE, la objeción de conciencia al aborto se define como la negativa de participar en el proceso que tenga como fin poner en práctica técnicas abortivas y, como tal, provocar el fin de una gestación. La OC aparece cuando un facultativo sanitario determina que la vida humana está en juego, y en cierta medida, el conflicto está en establecer el punto en el que empieza exactamente la vida, en principio de carácter científico y que posteriormente acaba siendo un tema moralmente propio (23).

En consecuencia, se presenta el caso en el que una mujer quiere someterse a una interrupción voluntaria del embarazo, y un profesional sanitario, acogido a un doble encaje constitucional otorgado por la CE a la vida y a la propia objeción de conciencia, quiere objetar respecto a su participación en la intervención. En esta confrontación, prevalece las intenciones del profesional, ya que la administración debe asumir la posibilidad de este supuesto y ante tal, disponer de los suficientes recursos para que la mujer pueda someterse a la IVE (14).

Aun así, González-Varas Ibáñez, hace una reflexión sobre las intenciones de la LO 2/2010 en relación a la posibilidad de objetar, ya que si bien es verdad que dicha ley reafirma el derecho a objeción de conciencia, puede interpretarse que el profesional, a la hora de objetar disfrutando de su derecho, dificulta la intervención, dándole carácter de derecho, cuando en realidad es una despenalización (24).

Otro punto que recalca en su artículo 19.2, es que el personal sanitario objetor debe manifestar anticipadamente y por escrito sus intenciones. Ésta afirmación causó un cierto debate ante una posible colisión con los artículos 16.2 de la CE de "no ser obligado a declarar sobre ideología, religión o creencias" y 18.1 CE de la "intimidad personal" ante el cual el STC 160/1987 afirmó que tal colisión desaparecía en el momento de realizar el ejercicio de objetor (13).

No obstante, así sucede en la mayoría de los Colegios Oficiales Médicos, los cuales disponen de una serie de registros de objetores, ya que el profesional médico está directamente involucrado en la intervención. Sin embargo, el Colegio de Enfermería no cuenta con tales registros, a pesar de formar parte directamente del proceso.

Esto se suma al déficit de cursos y formaciones que no se ofertan al profesional enfermero en materia de creencias o reflexiones morales (en este caso y explícitamente sobre la IVE y el derecho a objeción de conciencia), que puede conllevar la práctica de la profesión sanitaria más allá de técnicas o cuidados como tal.

Por lo tanto la inexistencia de registros que refleja el número de objetoras enfermeras y la falta de educación profesional hacia este colectivo, ¿puede crear una desconsideración y déficit de conocimientos del equipo enfermero sobre lo que supone la objeción de conciencia, y sus repercusiones ante una IVE?

4. OBJETIVOS

1. Realizar una selección de las actividades de enfermería involucradas en las IVE a partir de los diferentes protocolos vigentes en el sistema sanitario español para establecer las pautas y actuaciones a la hora de objetar, así como los límites de objeción que ésta supone.
2. Informar y educar al profesional enfermero sobre sus derechos en base a sus creencias y valores, así como su derecho a la objeción de conciencia en la Interrupción Voluntaria del Embarazo.
3. Fomentar el registro por parte de las objetoras enfermeras con el fin de visualizar la magnitud de los conflictos éticos que surgen a la hora de llevar a cabo la praxis sanitaria.

5. METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo, se ha hecho primeramente una revisión bibliográfica sobre la interrupción voluntaria del embarazo y la objeción de conciencia con el fin de actualizar ambos temas y ponerlos en contexto con el desarrollo en sí.

Para ello se han hecho uso de diferentes artículos procedentes de varias bases de datos tales como Pubmed, Scielo, Dialnet, utilizando las siguientes palabras clave: "aborto", "objeción de conciencia", "enfermería", "legislación", "nursing", "abortion" o "conscientious objection" entre otras. También se ha acotando la búsqueda según límite de antigüedad (a excepción de las leyes orgánicas anteriores), disponibilidad de texto y haciendo uso del operador boleano "AND" tal y como se detalla en la siguiente tabla:

Base de datos	Palabras clave	Limitaciones	Artículos seleccionados	Artículos utilizados
SciELO	Objecion de conciencia AND aborto	<ul style="list-style-type: none">• Español• 2011-2019	14	3

SciELO	Enfermería AND aborto	<ul style="list-style-type: none"> • España • 2012-2016 	7	2
Pubmed	Abort AND conscientious objection	<ul style="list-style-type: none"> • Free full text • 10 years • Spanish • Humans 	10	2
CUIDEN plus	Objeción de conciencia AND aborto	<ul style="list-style-type: none"> • Español • Texto completo 	7	2
Dialnet plus	Objeción de conciencia AND enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • Español • 2010-2019 	3	1
Dialnet plus	Objeción de conciencia AND aborto	<ul style="list-style-type: none"> • Español • 2010-2019 • Artículos de revista 	3	1
Dialnet plus	Interrupcion voluntaria del embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Articulo de revista • Texto completo • Enfermería 	6	1
Dialnet plus	Interrupción voluntaria del embarazo AND legislación	<ul style="list-style-type: none"> • Articulo de revista • Ciencias de la salud • 2010-2019 	4	1

Además, se han consultado manuales de derecho eclesiástico, así como los estudios epidemiológicos del INE o los temas planteados por el Comité Bioético.

Posteriormente, tomando los protocolos de actuación de las IVE de la ACAI, SEC, OMS, y más concreto de Aragón, (25, 26, 27, 28) además de la información obtenida por parte del servicio de atención al paciente del Hospital clínico Universitario Lozano Blesa se ha hecho una extracción de las actividades de enfermería involucradas en las IVE para su posterior análisis y debate moral en relación con la posibilidad de objetar ante tales.

6. DESARROLLO

El sistema sanitario español según su jerarquía de atención sanitaria, en este caso de atención sexual y anticonceptiva, pone a disposición de la mujer diferentes profesionales a los que acudir en el caso de que quiera someterse a una IVE.

El equipo de enfermería, presente en atención primaria (AP) y atención especializada (AE), es un punto de partida clave al que acudirán aquellas usuarias que prescindan de las técnicas abortivas.

Por lo tanto, al formar parte del inicio del transcurso de una IVE y prolongarse hasta los cuidados post-intervención y en relación con el derecho a la objeción de conciencia que acoge al colectivo enfermero, es importante saber cuáles son las actividades que desempeña el personal enfermero en la totalidad del proceso para establecer los límites al declararse objetor y a la vez asegurar una asistencia de calidad a la usuaria. En España, aunque la mayoría de las intervenciones se realizan en clínicas privadas, existe un concierto entre la Seguridad Social y una serie de clínicas de naturaleza privada a las que son derivadas la mayoría de las IVE planteadas, no las ocurridas de urgencia. Así entra en el plano la asociación de clínicas acreditadas para interrupción voluntaria del embarazo (ACAI), las cuales están presentes en casi todas las comunidades autónomas. En el caso de Aragón, existen dos centros autorizados notificadores de IVE (ANEXO III), uno de ellos perteneciente a esta asociación.

Así pues, tomando como referencia los protocolos de actuación de la SEC, ACAI y de la OMS, se inicia el proceso de una IVE en el momento en el que

una mujer solicita información para someterse a ella y finaliza con los controles post intervención.

A continuación (tablas 2 y 3) se detallarán las intervenciones de enfermería en el transcurso del proceso distinguiendo si se trata de una IVE quirúrgica o farmacológica;

a) IVE QUIRÚRGICA(tabla 2)

FASE DE LA IVE	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA
ACOGIDA	<p>AP y AE:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Educación en materia de salud sexual y reproductiva. • Información sobre los procedimientos involucrados. • Remisión a médico especialista o clínica asociada. <p>Clínica asociada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrega de documentación legal y valoración del supuesto legal en los casos exigidos. • Anamnesis completa, exploración física e historia clínica • Valoración psiquiátrica, psicósomática y de la demanda del aborto. Ayuda a toma de decisiones. • Extracción sanguínea de control.
PRE-QUIRÓFANO	<ul style="list-style-type: none"> • Refuerzo del consejo contraceptivo tras la intervención. • Proporcionar documento explicativo de la medicación y administración de la misma. • Control de constantes vitales. • Valoración de venoclisis y fluidoterapia.
QUIRÓFANO	<p>Exploración y preparación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparación de la instrumentación y del cuello uterino, incluyendo desinfección externa y limpieza vaginal. <p>Intervención:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dilatación y Aspiración en el primer trimestre:

	<p>posibilidad de realización por parte de la matrona.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dilatación y Evacuación en el segundo trimestre: asistencia en quirófano e instrumentación.
POSTOPERATORIO	<ul style="list-style-type: none"> • Control de constantes vitales y revisión de perfusiones. Manejo del dolor y valoración de alta según el test de Aldrete/Chung. (ANEXO IV) • Proporcionar información sobre pautas higiénicas y sexuales. • Elaboración de hoja de continuidad de cuidados y seguimiento.
REVISION POSTERIOR	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de dificultades o imprevistos que hayan surgido. Consejo contraceptivo. • Valoración de terapia psicológica y ayuda a toma de decisiones. • Detección de posibles complicaciones derivadas de la intervención.

No obstante, cabe recordar que todos los procedimientos realizados por el equipo de enfermería y obstetricia deben de quedar reflejados en la historia clínica de la paciente.

b) IVE FARMACOLÓGICA(tabla 3)

FASE DE LA IVE	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA
ACOGIDA	Mismas actividades prescindidas en una IVE quirúrgica además de proporcionar información sobre los fármacos utilizados y de la posibilidad de recurrir a una IVE quirúrgica si no ha sido efectivo la técnica seleccionada
SEGUNDA CONSULTA	Proporcionar la medicación abortiva adecuada (ANEXO V), así como la información sobre posibles efectos adversos y pauta correcta
SEGUIMIENTO	Tras la comprobación médica de aborto completo mediante una ecografía se seguirán las mismas pautas que en la quirúrgica, realizando los controles

necesarios según demanda.

En el caso de aborto incompleto se derivara a una IVE quirúrgica, realizando entonces las actividades necesarias.

Una vez identificadas las actividades de enfermería es necesario puntualizar que, tal y como lo redacta la LO 2/2010 y mencionado anteriormente, hay ciertas asistencias que están extintas de ser objetadas así como hay otras en las que el personal sanitario puede ejercer libremente su derecho a la objeción. Al no existir una ley propia que regule qué es moralmente objetable y qué no, es aquí donde aparecen los límites de la OC con el fin de acotar al máximo el daño moral que se puede causar al profesional, al mismo tiempo que se asegure una asistencia sanitaria de calidad.

De esta manera, el profesional enfermero puede ejercer su derecho de objetor en todas aquellas intervenciones que faciliten o sigan el curso de una IVE, prestando asistencia sanitaria si fuera necesario momentos previos y posteriores a la intervención, tal y como se puede observar en las siguientes tablas (4 y 5)

c) IVE QUIRÚRGICA(tabla 4)

***Tablas 4 y 5: subrayadas se señalan las actividades en las que se puede objetar**

FASE DE LA IVE	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA
ACOGIDA	AP y AE: <ul style="list-style-type: none">• Educación en materia de salud sexual y reproductiva.• Información sobre los procedimientos involucrados.• Remisión a médico especialista o clínica asociada. Clínica asociada: <ul style="list-style-type: none">• Entrega de documentación legal y valoración del supuesto legal en los casos exigidos.• Anamnesis completa, exploración física e historia clínica.

	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración psiquiátrica, psicósomática y de la demanda del aborto. Ayuda a toma de decisiones. • Extracción sanguínea de control.
PRE-QUIRÓFANO	<ul style="list-style-type: none"> • Refuerzo del consejo contraceptivo tras la intervención. • <u>Proporcionar documento explicativo de la medicación y administración de la misma.</u> • <u>Control de constantes vitales.</u> • <u>Valoración de venoclisis y fluidoterapia.</u>
QUIRÓFANO	<p><u>Exploración y preparación:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Preparación de la instrumentación y del cuello uterino, incluyendo desinfección externa y limpieza vaginal.</u> <p><u>Intervención:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Dilatación y Aspiración en el primer trimestre: posibilidad de realización por parte de la matrona.</u> • <u>Dilatación y Evacuación en el segundo trimestre: asistencia en quirófano e instrumentación.</u>
POSTOPERATORIO	<ul style="list-style-type: none"> • Control de constantes vitales y revisión de perfusiones. Manejo del dolor y valoración de alta según el test de Aldrete/Chung. • Proporcionar información sobre pautas higiénicas y sexuales. • Elaboración de hoja de continuidad de cuidados y seguimiento.
REVISIÓN POSTERIOR	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de dificultades o imprevistos que hayan surgido. Consejo contraceptivo. • Valoración de terapia psicológica y ayuda a toma de decisiones. • Detección de posibles complicaciones derivadas de la intervención.

d) IVE FARMACOLÓGICA (tabla 5)

FASE DE LA IVE	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA
ACOGIDA	Mismas actividades prescindidas en una IVE quirúrgica además de proporcionar información sobre los fármacos utilizados y de la posibilidad de recurrir a una IVE quirúrgica si no ha sido efectivo la técnica seleccionada.
SEGUNDA CONSULTA	<u>Proporcionar la medicación abortiva adecuada, así como la información sobre posibles efectos adversos y pauta correcta.</u>
SEGUIMIENTO	Tras la comprobación médica de aborto completo mediante una ecografía se seguirán las mismas pautas que en la quirúrgica, realizando los controles necesarios según demanda. En el caso de aborto incompleto se derivara a una IVE quirúrgica, realizando entonces las actividades necesarias.

Ante estos supuestos, el profesional, debe de expresar sus voluntades de manera escrita con el fin de que dichas intervenciones puedan ser delegadas inmediatamente en otro profesional sin que la calidad asistencial se vea afectada; las actividades anteriores y posteriores a la interrupción en sí misma deben de ser realizadas sin influir la IVE en la manera de procesarlas.

El enfermero objetor, ante una mujer que acude con la intención de someterse a una IVE y por tanto en busca de información, no se puede negar a dársela aunque por sus convicciones no quiera colaborar a que el proceso se inicie o siga adelante. El sobre reglamentario que se entrega a la usuaria contiene tanta información sobre los procedimientos de la IVE así como una recopilación de las prestaciones y ayudas a la maternidad (ANEXO V), y como tal, el enfermero deberá de invitarla a un período de reflexión previo a la decisión que tome.

No obstante, en las clínicas acreditadas para las interrupciones del embarazo, se suele tener en cuenta el que los profesionales no sean objetores, pues al fin y al cabo son instituciones que se dedican a intervenciones y métodos de contracepción.

El problema ético real suele aparecer en los casos que se presentan de urgencia en guardias, es decir, aquellos que sin un acuerdo previo surge de manera espontánea y urgente el conflicto entre las convicciones morales de un profesional y la circunstancia que lleve a la necesidad de llevar a cabo un aborto. En estas situaciones, ¿qué prima primero?

Así como en una situación normal, el conflicto ético del profesional está doblemente protegido constitucionalmente y puede ser resuelto en el momento, en una situación de urgencia, el plantear un aborto se da como solución o como necesidad a un problema de salud más grave. Aquí no hay pues una motivación propia de interrumpir un embarazo, sino que la protección de la salud de una mujer está en riesgo vital por lo que inmediatamente pasa a ser prioridad conforme a la Lex Artis y el profesional, deberá de participar en la interrupción del embarazo.

De una manera similar se plantea la circunstancia en la que se precisa asistencia sanitaria ante un caso de urgencia en el cual el origen de la patología deriva de una IVE practicada anteriormente. Aun habiendo sido debatida por ciertos profesionales sanitarios, en ningún caso se podrá ejercer el derecho de objetar, asegurando de esta manera la atención pertinente.

A pesar de intentar acotar los actos objetables y los que no, todavía hace falta establecer unos límites claros y unos protocolos bioéticos que permitan ofrecer una solución a ambas partes demandantes.

7. CONCLUSIONES

El profesional de enfermería, como miembro del equipo multidisciplinar, está involucrado directamente en el proceso de una IVE, llegando a ser un pilar de apoyo fundamental para la mujer gestante; así y atendiendo a los objetivos planteados anteriormente se puede concluir:

- Ofrecer una mejor formación del profesional enfermero en materia de IVE, objeción de conciencia, así como en el debate y solución de problemas ante cualquier conflicto moral que pueda surgir, capacita al profesional a resolver cualquier situación que pueda alterar la calidad asistencial sanitaria, como casos de objeción de conciencia sobrevenida que surgen ante el desconocimiento del profesional.
- En representación de un colectivo profesional que participa de manera activa en las IVE, fomentar la implantación de registros de objetores de aquellos enfermeros que deseen ejercer su derecho de objeción, permitirían dar visualización al problema ético que también atañe al profesional de enfermería.
- La IVE además de ser una técnica sanitaria, sigue siendo un conflicto moral ligado directamente al campo legislativo. Por tanto, teniendo en cuenta la situación política que pudiera desembocar en una re penalización de la misma, se tendría que contemplar la posible aparición de objetores de conciencia positivos; por ello y por todos los conflictos éticos que surgen de la realización o exención de los actos sanitarios sería interesante valorar la necesidad de implantación de una ley reguladora de objeción de conciencia, tal y como acoge el marco legal de ciertos países de la Unión Europea con el fin de poder estudiar todas las situaciones posibles que estén sujetas a ser objetadas y establecer unos límites definitivos y definidos de objeción de conciencia.

8. BIBLIOGRAFÍA

- 1) Maciá Gómez R. Historia legislativa del aborto en España. Lex [Internet]. 2015 [citado 23 Abr 2019]; 138: 1-11. Disponible en: <http://vlex.com/vid/historia-legislativa-aborto-espana-587930603>
- 2) Carbonell JL. Técnicas para la Práctica del Aborto Provocado. Revista oficial de La Sociedad Española de Fertilidad. VIII Congreso Nacional de la SEC. 21-24 de junio 2006.
- 3) Neira Miranda J. Aborto, aspectos clínicos y epidemiológicos. ARS MEDICA [Internet]. 2016;31(1):64. Disponible en: <https://arsmedica.cl/index.php/MED>
- 4) ACAIVE: Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción Voluntaria del Embarazo [Internet]. España 2019 [citado 23 Abr 2019]; Técnicas para la interrupción de la gestación. Disponible en: <https://www.acaive.com/tecnicas-aborto/>
- 5) Gómez Lavín C, Uroz Martínez V, Zapata García R. Salud(i)Ciencia [Internet]. 2018 (citado 24 Abr 2019);23(1):27-33.
- 6) Sanidad MDE, Social CYB. Interrupción Voluntaria del Embarazo. 2017; Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/home.htm>
- 7) Miranda Lucas MJ, Comas D'Argemir D. Discursos de profesionales de la salud y de mujeres sobre el aborto voluntario. Rev Bio y Der [Internet]. 2016; (38): 37-53.
- 8) Organización Mundial de la Salud (OMS) [Internet]. Ginebra; 2017 [actualizado 28 Sept 2017; citado 25 Abr 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortions-occur-each-year>
- 9) Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (ACAIVE). Condiciones que motivan el aborto provocado. 2014;1:14.
- 10) España. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo. [Internet]. Boletín Oficial del Estado, 4 de marzo de 2010, num 55, pp 21001-

210014. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-3514>
- 11) Capodiferro Cubero D. La evolución de la regulación del aborto en España: perspectivas teóricas y proyección normativa. AFDUDC [Internet]. 2016;20:72–97.
 - 12) Martín Sánchez I, García García R. La objeción de conciencia al aborto. Lib Concienc y salud Guía casos prácticos [Internet]. 2008;41–99
 - 13) Comité de bioética sobre la objeción de conciencia: Comité de Bioética de España. Opinión sobre la objeción de conciencia en sanidad. 2011; Disponible en: <http://www.comitedebioetica.es/>
 - 14) Palomino Lozano R. Las objeciones de conciencia. Manual breve de derecho eclesiástico del estado. 6ª ed. Madrid: autoeditado; 2018. P. 115-127
 - 15) Gascón Abellán M. Defensa de la objeción de conciencia como derecho general. EUNOMÍA Rev en Cult la Leg. [Internet] 2018;(15):85-101
 - 16) Navarro Casado S. Las cosas por su nombre: ¿Objeción de conciencia o desobediencia civil?. Rev Bio y Der [Internet] 2013;28:91-101
 - 17) Seoane JA. Objeción de conciencia positiva. Rev Bio y Der. [Internet] 2015;(32):34–45.
 - 18) Gea-Sánchez M, Terés-Vidal L, Briones-Vozmediano E, Molina F, Gastaldo D, Otero-García L. Conflictos entre la ética enfermera y la legislación sanitaria en España. Gac Sanit [Internet]. SESPAS; 2016;30(3):178–83.
 - 19) Antonio Díez Fernández J. Marco jurídico actual de la objeción de conciencia sanitaria. Nueva Época. [Internet] 2010;11:79–104.
 - 20) Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 1978, núm. 311, pp. 29313 a 29424. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1978-31229
 - 21) Organización Colegial de Enfermería. Código Deontológico de la Enfermería española. Disponible en: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/>

- 22) Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Código de Deontología médica. 2011. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf
- 23) Gracia D, Rodríguez Sendín JJ, González Fandós R. Ética De La Objeción De Conciencia [Internet]. 2008;91-96.
- 24) González Varas Ibáñez A. Aspectos ético-jurídicos de la regulación del aborto en España. Estudio realizado a partir de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de Marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Rev Gen Derecho Canónico y Derecho Eclesiástico del Estado [Internet]. 2010;23:1-31.
- 25) Organización Mundial de la Salud (OMS). Funciones del personal sanitario en la atención para un aborto sin riesgos y los métodos anticonceptivos después del aborto. 2015. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/abortion-task-shifting/es/
- 26) Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo (ACAI). Protocolo de Atención y Funcionamiento del Aborto Provocado. Gijón. 2010. Disponible en: <http://www.acaive.com/pdf/Guia-ACAI-Protocolo-de-atencion-y-funcionamientopara-la-IVE.pdf>
- 27) Sociedad Española de Contracepción (SEC). Guía para la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Madrid 2015. Disponible en: http://sec.es/protected-3/?redirect_to=http%3A%2F%2Fsec.es%2Farea-cientifica%2Fdocumentacion-cientifica%2Fprotocolos%2F
- 28) Repollés Lasheras S, Cisneros Izquierdo A, Muñoz Ruiz A, Yagüe H, Lafuente Martínez P. Programa de Atención Anticonceptiva en Aragón. 2018:61-7.

9. ANEXOS

ANEXO I: Métodos abortivos

	MÉTODOS QUIRÚRGICOS	MÉTODOS FARMACOLÓGICOS
Naturaleza de la técnica	invasiva	no invasiva
Primer trimestre	<ul style="list-style-type: none">• Aspiración del contenido fetal• Legrado clásico instrumental obsoleto	<ul style="list-style-type: none">• Misoprostol, solo o en combinación con Mifepristona o Metotrexato
Segundo trimestre	<ul style="list-style-type: none">• Dilatación y Evacuación (D y A)	<ul style="list-style-type: none">• Misoprostol, solo o en combinación con Mifepristona• Oxitocina

Fuentes: Neira Miranda J. Aborto, aspectos clínicos y epidemiológicos. ARS MEDICA Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2016;31(1):64


Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción Voluntaria del Embarazo [Internet]. España 2019 [citado 23 Abr 2019]; Técnicas para la interrupción de la gestación. Disponible en: <https://www.acaive.com/tecnicas-aborto/>

ANEXO II: Actualización del aborto

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS EN ESPAÑA	
Total IVE 2017	92486
Total IVE 2012	1113782
Tendencia IVE	descendente
Nº centros notificadores de IVE	212 (2 en Aragón)
Rango de edad mayoritario	20 – 24 años
C.A. que mas IVE registra	Islas Baleares
C.A. que menos IVE registra	Ceuta y Melilla
Tipo de establecimiento preferido	Clínicas privadas extrahospitalarias con o sin concierto con las Seguridad Social

Fuente: Sanidad MDE, Social CYB. Interrupción Voluntaria del Embarazo. 2017; Disponible en:<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/home.htm>

ANEXO III: Hoja de notificación de la IVE

 NOTIFICACIÓN DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO		DE ACUERDO CON LA L.E.Y. ESTE INFORME ES ANÓNIMO Y CONFIDENCIAL R.D. 431/2003
ANTES DE CUMPLIMENTAR ESTE CUESTIONARIO LÉASE POR FAVOR LAS DEFINICIONES AL DORSO. ESCRIBIR EN MAYÚSCULAS CON BOLÍGRAFO SOBRE SUPERFICIE DURA. NO ESCRIBIR EN LOS ESPACIOS RESERVADOS.		LOS DATOS CONTENIDOS EN ESTE BOLETÍN NO PODRÁN SER HECHOS PÚBLICOS DE FORMA INDIVIDUALIZADA EN NINGÚN CASO. ÚNICAMENTE SERÁN UTILIZADOS CON FINES SANITARIOS Y ESTADÍSTICOS.
NÚMERO DE REGISTRO INTERNO: ESTE NÚMERO SERÁ EL QUE ASIGNE CADA CENTRO SANITARIO PARA FACILITAR LA RECUPERACIÓN DE LA INFORMACIÓN.		CÓDIGO DE CENTRO: _____ IVE FINANCIADA PÚBLICAMENTE: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
A. DATOS DE LA EMBARAZADA		
FECHA DE NACIMIENTO: DIA ____ MES ____ AÑO ____		PROVINCIA: _____ MUNICIPIO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____ PAÍS DE RESIDENCIA: _____
CONVIVENCIA: <input type="checkbox"/> SOLA <input type="checkbox"/> EN PAREJA <input type="checkbox"/> CON PADRES/FAMILIARES <input type="checkbox"/> OTRAS PERSONAS <input type="checkbox"/> NO CONSTA <input type="checkbox"/> Con Hija <input type="checkbox"/> Sin Hija		LUGAR DE RESIDENCIA: _____ RESIDE FUERA DE ESPAÑA: _____ AÑO DE LLEGADA: _____
PAÍS DE NACIMIENTO: _____ NACIONALIDAD: _____ DOBLE NAC. _____		
NIVEL DE INSTRUCCIÓN: <input type="checkbox"/> ANÁLISIS/INSTRUMENTALES <input type="checkbox"/> BACHILLERATO Y EQUIVALENTES <input type="checkbox"/> ESCUELAS UNIVERSITARIAS/FACULTADES <input type="checkbox"/> NO CONSTA <input type="checkbox"/> PRIMER GRADO (BACHILLERATO Y EQUIVALENTES) <input type="checkbox"/> BACHILLERATO Y CICLOS DE FP EQUIVALENTES <input type="checkbox"/> NO CLASIFICABLES POR GRADOS Y NO SIN ESPECIFICADOS		
¿TIENE INGRESOS ECONÓMICOS PROPIOS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		PROCEDENCIA DE LOS INGRESOS (rellenar sólo en el caso de que la mujer no tenga ingresos económicos propios): <input type="checkbox"/> FAMILIARES <input type="checkbox"/> OTROS INGRESOS <input type="checkbox"/> NO CONSTA
SITUACIÓN LABORAL: 1 TRABAJADORA POR CUENTA PROPIA 2 TRABAJADORA POR CUENTA AJENA 3 PENSIONISTA 4 ESTUDIANTE 5 DESEMPLEADA O SIN EMPLEO 6 TRABAJO DOMÉSTICO NO REMUNERADO 7 OTRAS 8 NO CONSTA		Nº DE MESES QUE VIVEN EN LA RESIDENCIA: _____ Nº DE ABORTOS VOLUNTARIOS ANTERIORES AL ACTUAL: _____ ¿UTILIZA HABITUALMENTE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿DE QUÉ TIPO? (rellenar sólo en el caso de utilizar algún método anticonceptivo): <input type="checkbox"/> NATURALES <input type="checkbox"/> BARRERA <input type="checkbox"/> MECÁNICOS <input type="checkbox"/> HORMONALES <input type="checkbox"/> MÉTODOS DEBILITANTES <input type="checkbox"/> OTROS MÉTODOS
¿TIENE UN PARTO ANTERIOR? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		FECHA DEL ÚLTIMO PARTO: MES ____ AÑO ____ FECHA DEL ÚLTIMO ABORTO VOLUNTARIO: MES ____ AÑO ____
B. DATOS DE LA INTERVENCIÓN		
¿DÓNDE SE INFORMÓ POR 1ª VEZ DE LA POSIBILIDAD DE INTERRUPTER EL EMBARAZO? <input type="checkbox"/> CENTRO SANITARIO PÚBLICO <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/> TELEFONO DE INFORMACIÓN AL USUARIO <input type="checkbox"/> SERVICIOS FAMILIARES <input type="checkbox"/> SERVICIOS DE COMARCACIÓN <input type="checkbox"/> INTERNET <input type="checkbox"/> NO CONSTA		
SEMANAS DE GESTACIÓN EN EL MOMENTO DE LA INTERVENCIÓN ESTIMADAS POR EL MÉDICO: _____		FECHA DE LA INTERVENCIÓN: DIA ____ MES ____ AÑO ____
MOTIVOS DE LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO: 1 A PETICIÓN DE LA MUJER 2 MOTIVO MÉDICO PARA LA VIDA O LA SALUD DE LA EMBARAZADA 3 PRESENCIA DE QUIMAS ANORMALES EN EL FETO 4 ANOMALÍAS FETALES INCOMPATIBLES CON LA VIDA O DEFICIENTES E INTRINSECAMENTE GRAVES E IRREVERSIBLES		CALERA: RESERVA PARA LA EMBARAZADA: _____ SEÑAL FETAL: _____
MÉTODO EMPLEADO EN LA INTERVENCIÓN: MÉTODO QUIRÚRGICO: <input type="checkbox"/> DILATACIÓN Y PASAJÓN <input type="checkbox"/> DILATACIÓN Y ASPIRACIÓN <input type="checkbox"/> ASPIRACIÓN MÉTODO FARMACOLÓGICO: <input type="checkbox"/> RU-486 <input type="checkbox"/> MIFEPRESTONA OTROS MÉTODOS ESPECIFICAR: _____		
NOTA: LAS OPCIONES NO SON EXCLUSIVAS ENTRE EL POR LO QUE PUEDE MARCARSE MÁS DE UNA.		

Fuente: Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo (ACAI). Protocolo de Atención y Funcionamiento del Aborto Provocado. Gijón, 2010. Disponible en: <http://www.acaive.com/pdf/Guia-ACAI-Protocolo-de-atencion-y-funcionamiento-para-la-IVE.pdf>

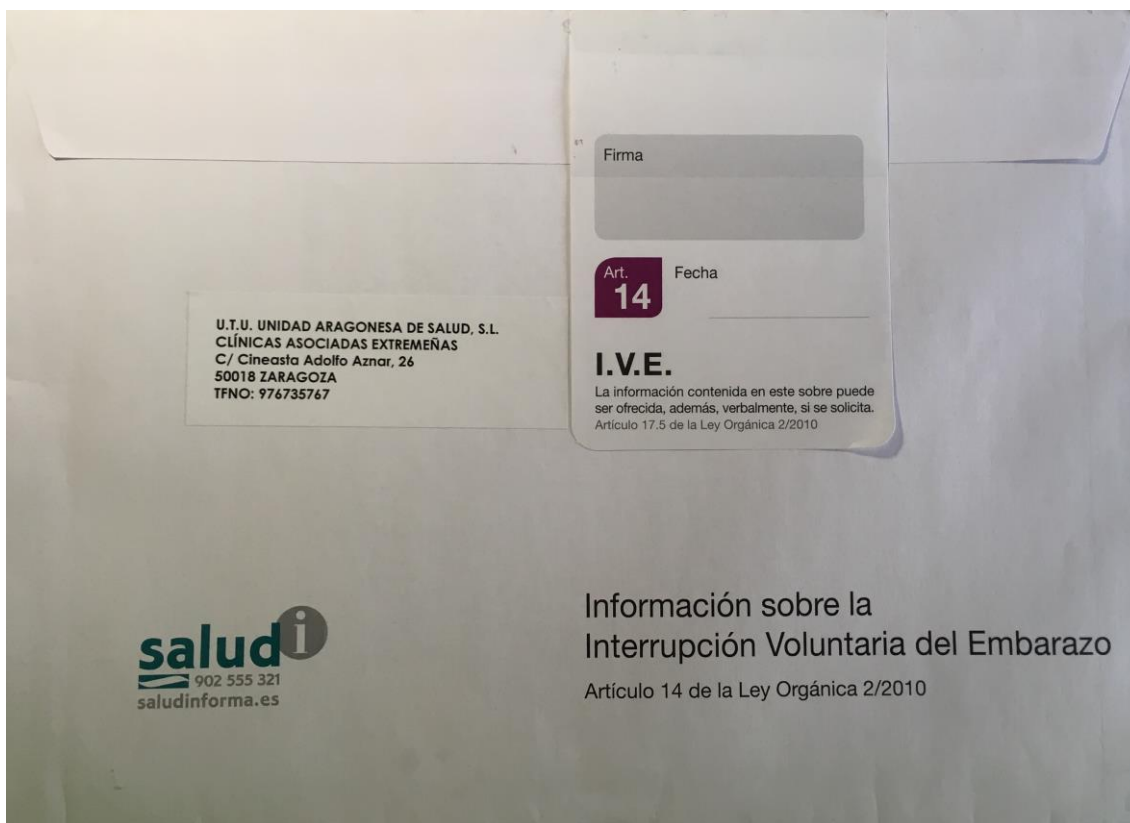
ANEXO IV: Criterios de alta de cirugía ambulatoria según el test Aldrete-Chung

	PUNTOS
ACTIVIDAD	
Capacidad para mover las cuatro extremidades voluntariamente o a requerimiento	2
Capacidad para mover las dos extremidades voluntariamente o a requerimiento	1
Incapacidad para mover las extremidades voluntariamente o a requerimiento	0
RESPIRACIÓN	
Capacidad para inspirar aire profundamente y para toser libremente	2
Disnea, respiración limitada o taquipnea	1
Apnea o necesidad de ventilación mecánica	0
CIRCULACIÓN	
Presión arterial \pm 20 % del nivel preanestésico	2
Presión arterial \pm 20-49 % del nivel preanestésico	1
Presión arterial \pm 50 % del nivel preanestésico	0
NIVEL DE CONCIENCIA	
Plenamente consciente	2
Despierta a la llamada	1
Sin respuesta	0
SATURACIÓN OXÍGENO	
Mantenimiento saturación de O ₂ > 92 % con aire ambiente	2
Necesidad de administrar O ₂ para mantener la saturación > 90 %	1
Saturación de O ₂ < 90 % incluso con O ₂ suplementario	0
APÓSITO QUIRÚRGICO	
Seco y limpio	2
Un poco manchado de sangre pero no aumenta	1
La mancha de sangre va aumentando	0
DOLOR	
Sin dolor	2
Dolor leve controlado con medicación oral	1
Dolor intenso con necesidad de medicación parenteral	0
DEAMBULACIÓN	
Capacidad para ponerse en pie y caminar erguido	2
Sensación de vértigo en la bipedestación	1
Mareos en decúbito supino	0
AYUNO O ALIMENTACIÓN	
Capacidad para beber líquidos	2
Náuseas	1
Náuseas y vómitos	0
MICCIÓN	
El paciente ha realizado la micción	2
Incapacidad para realizar la micción, pero cómodo	1
Incapacidad de realizar la micción, pero incomodo	0

Alta domiciliaria cuando al menos alcance una puntuación de 18 puntos sobre 20.

Fuente: Viñoles J, Argente P. Criterios de alta en cirugía ambulatoria. Cirugía Mayor Ambulatoria [Internet]. 2013;18(3):125-32.

ANEXO V: Sobre informativo reglamentario



Fuente: Proporcionado por el equipo de atención al paciente del HCULB