

GUÍAS DE ÉTICA EN LA PRÁCTICA MÉDICA

Ética de la objeción de conciencia



©Fundación de Ciencias de la Salud y Autores



GUÍAS DE ÉTICA EN LA PRÁCTICA MÉDICA

Ética de la objeción de conciencia



Queda rigurosamente prohibida, sin la autorización escrita de los titulares del copyright, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, electrónico o mecánico, comprendidas la reprografía y el tratamiento informático.

© Fundación de Ciencias de la Salud y
© Los autores: Rogelio Altisent, Ricardo De Lorenzo, Ramiro González-Fandós, Diego Gracia,
José Luis Monzón, Juan José Rodríguez Sendín, Miguel Sánchez, José Antonio Seoane,
Victor J. Suberviola

Fundación de Ciencias de la Salud
Plaza de Carlos Trías Bertran, 4 - 2ª planta. 28020 Madrid
Tel.: +34 91 353 01 50. Fax: +34 91 350 54 20
email: info@fcs.es web: www.fcs.es

Edición: Ergon. C/ Arboleda, 1. 28221 Majadahonda (Madrid)

ISBN Obra completa: 978-84-8473-402-4
ISBN Tomo 3: 978-84-8473-679-0

Depósito Legal: M-22820-2008



Grupo de trabajo

DIRECTORES

Diego Gracia

Catedrático de Historia de la Medicina, Universidad Complutense y Director del Máster en Bioética de la misma. Miembro de la Real Academia de Medicina. Presidente de la Fundación de Ciencias de la Salud.

Juan José Rodríguez Sendín

Médico Titular. Equipo de Atención Primaria de Noblejas, Toledo. Secretario General de la Organización Médica Colegial.

AUTORES

Ramiro González-Fandós

Magister Universitario en Bioética por la UCM. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

Miguel Sánchez

Profesor de Historia de la Medicina y Bioética. Universidad Complutense. Madrid.

Ricardo De Lorenzo

Abogado, Socio Director del Bufete "De Lorenzo Abogados". Presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario. Madrid.

José Antonio Seoane

Profesor Titular de Filosofía del Derecho, Universidad de La Coruña.

José Luis Monzón

Magister Universitario en Bioética por la UCM. Especialista en Medicina Intensiva. Hospital San Pedro, Logroño.

Víctor J. Suberviola

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, médico del Centro de Salud de Nazaret. Valencia.

Colaboración especial para la segunda parte: Objeción de conciencia en las relaciones clínicas

Rogelio Altisent

Médico de Familia. Centro de Salud Actur Sur. Universidad de Zaragoza.



Índice

I Primera parte

Conceptos generales	1
– <i>Introducción</i>	1
– <i>El método de análisis de casos</i>	2
1. Los hechos	2
2. Los valores	3
3. Los deberes	4
4. Las normas	4
– <i>Objeción de conciencia, desobediencia civil, insumisión</i>	5
– <i>Objeción, seudo-objeción y cripto-objeción</i>	7
– <i>Ética de la objeción de conciencia</i>	8

II Segunda parte

Objeción de conciencia en las relaciones clínicas	11
– <i>Problema 1: Objeción de conciencia a la asignación de cometidos</i>	11
Caso 1. Un programa de control de anticoagulación oral	12
– <i>Problema 2: Objeción de conciencia a los incentivos por ahorro</i>	17
Caso 2. Un proyecto de incentivo individual para los médicos	18
– <i>Problema 3: Objeción a revelar más información de la necesaria en</i> ...	25
procesos judiciales	
Caso 3. Solicitud de información clínica a petición de un juez	26
– <i>Problema 4: Objeción de conciencia ante adolescentes con</i>	30
conductas irregulares	
Caso 4. La fiebre del sábado noche	30



- *Problema 5:* Objeción médica a colaborar en demandas indebidas ... 36
de prestaciones sociales
Caso 5. Petición de un certificado de invalidez 36
- *Problema 6:* Objeción a la atención de inmigrantes con dificultades .. 42
lingüísticas en urgencias
Caso 6. Patologías banales en inmigrantes con dificultades de 42
comunicación
- *Problema 7:* Objeción de conciencia a intervenir en caso de huelga ... 50
de hambre
Caso 7. Recluso en huelga de hambre 54
- *Problema 8:* Objeción a prácticas, tratamientos e ingresos 66
inadecuados
Caso 8. Firmar o no un certificado de defunción 67
Caso 9. Objeción a pruebas diagnósticas innecesarias o inadecuadas .. 70
Caso 10. Ingreso hospitalario contra la voluntad del paciente 71
Caso 11. Demandas improcedentes de asistencia 73
- *Problema 9:* Objeción al traspaso de datos a bancos digitalizados 75
Caso 12. Objeción a un sistema informatizado 76

III Tercera parte

- Objeción de conciencia en el origen de la vida 83**
- *Problema 10:* Objeción a la dispensa de anticonceptivos y 83
contraceptivos
Caso 13. Objeción a un método anticonceptivo 84
Caso 14. Objeción a un método contraceptivo 87
- *Problema 11:* Objeción a la anticoncepción postcoital o de emergencia . 91
Caso 15. “Píldora del día siguiente” 92
- *Problema 12:* Objeción a la esterilización de incapaces 96
Caso 16. Sexualidad y síndrome de Down 96
- *Problema 13:* Objeción a las técnicas propias de la medicina predictiva .. 102
Caso 17. Enfermedad de Huntington 102
- *Problema 14:* Objeción al diagnóstico prenatal 111
Caso 18. Aborto por síndrome de Down 111
- *Problema 15:* Objeción a las técnicas de reproducción humana asistida .. 115
Caso 19. FIVTE en síndrome de Turner 115



- **Problema 16:** Objeción al aborto 119
Caso 20. Aborto complicado 120
- **Problema 17:** Objeción a reanimar grandes prematuros y 123
malformados
Caso 21. Prematuridad con daño cerebral 124
Caso 22. Recién nacido con graves malformaciones. ¿Reanimación ... 127
sin límites?
- **Problema 18:** Objeción a secundar peticiones de adolescentes con 131
hábitos de vida insalubres
Caso 23. ¿Es Roberto un menor maduro? 131

IV Cuarta parte

- Objeción de conciencia en el final de la vida 139**
 - **Problema 19:** Objeción a seguir instrucciones previas 139
Caso 24. Instrucciones previas en un paciente con EPOC 139
Caso 25. Instrucciones previas en testigo de Jehová 146
 - **Problema 20:** Objeción de conciencia al uso de opiáceos 151
Caso 26. Un caso de analgesia peligrosa 151
 - **Problema 21:** Objeción de conciencia a la sedación terminal 154
Caso 27. Cuando los síntomas no pueden controlarse de otra manera .. 154
 - **Problema 22:** Objeción al uso de tratamientos fútiles 157
Caso 28. Futilidad en maniobras de reanimación 157
Caso 29. Supresión de terapia fútil 161
 - **Problema 23:** Objeción de conciencia a no poner o retirar un 165
tratamiento de soporte vital
Caso 30. Sonda nasogástrica en enfermo de Alzheimer 165
Caso 31. La dificultad de retirar un tratamiento de soporte vital 168
 - **Problema 24:** Objeción de conciencia a retirar la nutrición artificial ... 172
Caso 32. Alimentación por sonda en estado vegetativo permanente .. 172
 - **Problema 25:** Objeción de conciencia a la donación de órganos 177
Caso 33. Extracción de órganos en muerte cerebral 177

Índice analítico 183



Conceptos generales

INTRODUCCIÓN

La objeción de conciencia es una de las cuestiones más debatidas y complejas. Los profesionales sanitarios se encuentran con frecuencia con él, bien personalmente, bien en su entorno profesional o en su centro de trabajo. Siempre se vive como un conflicto entre dos deberes, el de respetar las decisiones, bien de los pacientes, bien de los superiores o de las normas y reglamentos, y el de fidelidad de los profesionales a sus propias creencias y valores.

Es frecuente que, ante tal situación, se intente acudir en busca de ayuda a la norma legal. Pero sin mucho éxito. Las clásicas declaraciones de derechos humanos no incluyen entre ellos el derecho a la objeción de conciencia. Y las que lo hacen, como sucede en la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, se limitan a decir que “se reconoce el derecho a la objeción de conciencia de acuerdo con las leyes nacionales que regulen su ejercicio.” Ahora bien, estas leyes reguladoras específicas son escasas y la mayor parte de los países, incluido España, carecen de ellas. La doctrina jurídica, por lo demás, oscila entre los extremos de un iusnaturalismo estricto que defiende la objeción de conciencia como derecho básico y universal, y un iuspositivismo también estricto que niega la existencia de tal derecho salvo en los casos que establezca la ley de modo explícito. Ni que decir tiene que entre ambos extremos se encuentran diferentes posturas intermedias.

Desde el comienzo queremos advertir que ésta no es una *Guía* jurídica sino de ética, razón por la cual busca orientar al profesional en la resolución de los conflictos morales o conflictos de valores relacionados con la objeción de conciencia. Estamos convencidos de que el buen manejo de los conflictos morales hace posible la búsqueda de soluciones que optimicen los valores en juego y eviten la progresión de los conflictos, hasta traspasar los límites estrictamente legales y convertirse en procesos judiciales.

En esta *Guía* procederemos con el mismo método ya utilizado en las dos precedentes, la de *Intimidad, confidencialidad y secreto*, y la de *Ética en cuidados palia-*

tivos. Partiremos del análisis de casos paradigmáticos, si bien no pretendemos elaborar una colección de recetas para casos conflictivos, de tal modo que el profesional acuda a ella para ver simplemente la solución del caso. Nos parece que eso es poco útil, porque nunca podremos identificar y analizar todos los casos, ni tener en cuenta todas las circunstancias posibles, razón por la cual es probable que el lector no encuentre en esta *Guía* la respuesta a su caso particular.

Por eso, entendemos que lo mejor es aplicar un método o un procedimiento de análisis de conflictos éticos, de tal modo que a través de la *Guía* el profesional aprenda a utilizarlo y pueda luego ensayarlo en la resolución de su caso concreto. Por otra parte, la *Guía* no pretende “solucionar” dar soluciones hechas. Lo que busca es decir a quien la consulte cómo hemos deliberado nosotros sobre los casos. Pero es claro que el lector puede considerar esa deliberación no correcta y hacer la suya propia. En última instancia, el responsable de la decisión es el propio implicado, y por tanto él es quien tiene la última palabra sobre el caso y su solución. En esto sucede como en las sesiones clínicas: el médico responsable que presenta un caso clínico lo hace para oír las opiniones de sus compañeros, convencido de que ello le permitirá mejorar su propia decisión, pero teniendo claro que la decisión final es responsabilidad suya, y que puede darse el caso de que al final decida algo distinto a lo que se ha dicho en la sesión clínica.

Lo que intentamos, por consiguiente, no es tanto resolver casos cuanto contribuir a la formación del profesional en el manejo de conflictos éticos; en esta guía, nos referimos concretamente a los conflictos éticos relacionados con la objeción de conciencia.

El método de análisis que proponemos es el de la *deliberación*, tan antiguo como la propia ética. El objetivo de la deliberación es la toma de decisiones prudentes o razonables. No se trata de que todo el mundo adopte la misma decisión ante un caso concreto, sino que todos, tomen la que tomen, lleguen a decisiones prudentes. Se trata de incrementar la prudencia de las decisiones elegidas, aunque éstas no coincidan entre sí. El hecho de que las decisiones varíen entre las personas no es problema grave, siempre y cuando todas sean prudentes. La deliberación es un procedimiento que intenta enriquecer el análisis a fin de incrementar la prudencia.

EL MÉTODO DE ANÁLISIS DE CASOS

1. *Los hechos*. La deliberación ha de partir de unos “hechos”. En el caso de la medicina, la base de todo el proceso son unos hechos, bien “clínicos”, bien “profesionales”. De ahí que la primera parte del método consista siempre en descri-



bir y analizar con todo cuidado los hechos del caso, porque los errores en la apreciación de los hechos los arrastraremos necesariamente en todos los pasos ulteriores del análisis. Sin unos hechos bien establecidos y documentados, todo lo demás sobra. Por tanto, es conveniente que el análisis comience siempre aclarando los hechos o datos del caso.

2. *Los valores.* La deliberación tiene por objeto identificar el curso óptimo ante un conflicto. Cuando no hay conflicto, no es necesario deliberar. La deliberación moral se propone buscar el curso óptimo de solución de un conflicto moral. Y un conflicto moral es siempre y necesariamente un conflicto de valores. El término valor se utiliza aquí por su gran amplitud y su máxima ambigüedad. Llamamos valor a la cualidad que hace importantes las cosas a los seres humanos y que les exige su respeto. Así, la vida es un valor, la salud, el amor, la justicia, la paz, la amistad, la belleza, el placer son valores, como lo son también las creencias religiosas, las tradiciones de las personas, etc. El lenguaje de los valores abarca otros muchos lenguajes con los que estamos familiarizados. Al lenguaje de los valores pueden traducirse otros muy frecuentes en el mundo de la ética, como son el lenguaje de los derechos humanos o, en el caso de la bioética, el lenguaje de los cuatro principios. Todos los derechos humanos son valores. Y los principios, también. Aunque no es recomendable reducir todo el juego moral al conflicto entre los cuatro principios, por su carácter excesivamente simplificador. Los principios son valores, pero no todos los valores son principios. Lo mismo cabe decir de los derechos.

Si la deliberación tiene por objeto saber cuál es la solución óptima de un conflicto moral, y si el conflicto moral es siempre y necesariamente un conflicto de valores, resulta que un punto fundamental del método de la deliberación es la identificación de los valores en conflicto. Para que haya conflicto, tiene que haber dos o más valores que nos exijan respeto y que se opongan entre sí, o que no sea posible tomar en consideración a la vez. En medicina es frecuente que uno de los valores en conflicto sea la vida, y otro la decisión del paciente, o la escasez de recursos, o sus creencias religiosas, etc.

En todo suceso humano, y con más razón en toda historia clínica, hay involucrados muchos valores distintos. Es una buena práctica la de identificar todos los valores que intervienen en una situación concreta, o al menos los principales. Esto puede hacerse elaborando una tabla o lista de valores, a semejanza de la lista de problemas de la historia clínica por problemas. Es importante distinguir la “tabla de valores” presentes o involucrados en el caso, del “conflicto de valores” que vamos a someter a análisis. No hay duda de que los valores son

la base de las obligaciones morales. Pero no todos los valores entran en conflicto entre sí, ni tampoco juegan un papel significativo en el conflicto que inquieta o preocupa en ese momento a una persona determinada. De ahí que la tabla de valores tenga por objeto poder identificar luego con facilidad qué valores son los que están en conflicto en un momento determinado, y cuáles no. De este modo, podremos definir con precisión los valores de que vamos a ocuparnos en el análisis, poniendo los demás entre paréntesis. Si no se procede así, es frecuente que en los procesos de deliberación cada uno hable de un valor distinto, con lo cual es más difícil avanzar en un debate racional y llegar a una conclusión concreta. En esta *Guía* vamos a prescindir de la tabla de valores, ciñéndonos a la identificación del conflicto de valores y a explicitar los valores que entran en conflicto entre sí. Sólo de ese modo será posible, después, definir cuáles son nuestros deberes.

3. *Los deberes.* La ética es una disciplina práctica: siempre tiene por objeto hacer, tomar decisiones. Y la cuestión es saber qué decisión debemos tomar, es decir, qué debemos hacer. Lo que debemos hacer es siempre lo mismo, realizar valores positivos o lesionarlos lo menos posible. De ahí que una vez identificados los valores en conflicto en un caso concreto, tengamos que buscar las salidas que tiene ese conflicto. Esto es lo que técnicamente se denominan “cursos de acción”. Hemos de identificar los cursos de acción posibles. Somos muy proclives a reducir los cursos de acción a dos, extremos y antitéticos. Es un error. Ya dijo Aristóteles que la solución más prudente suele estar en el medio. Pero como los cursos extremos son siempre más claros, es conveniente identificarlos primero (consistirán necesariamente en la opción por cada uno de los valores en conflicto con la lesión completa del otro), para luego ver qué cursos intermedios somos capaces de hallar. Conviene esforzarse por identificar el mayor número posible de cursos intermedios. Luego habremos de elegir entre ellos el que consideramos óptimo, que será necesariamente aquel que lesione menos los valores en conflicto, y que generalmente combinará y armonizará varios cursos de acción intermedios.
4. *Las normas.* El procedimiento anterior sirve para el análisis y resolución de conflictos éticos. Hasta ahora no hemos apelado en ningún momento a la norma jurídica, al derecho. El objetivo de la ética es la búsqueda de la solución óptima, que es siempre la que lesiona menos los valores en conflicto. Cuando tratamos a un paciente estamos obligados a buscar para él la solución mejor, no simplemente una que no sea mala. Esto hace que el enfoque ético y el jurídico sean sensiblemente distintos. Aunque el derecho tiene también una función promotora de valores, una de sus

**TABLA I.** Procedimientos de análisis de conflictos éticos

- Presentación del “caso” objeto de análisis
- Aclaración de los “hechos” propios del caso (tanto datos objetivos como subjetivos)
- Identificación de los “valores” en conflicto en el caso
- Estudio de los “cursos de acción” posibles
- Identificación del (o de los) “curso(s) óptimo(s)”
- Conocimiento del marco “jurídico” de la decisión

funciones básicas es evitar conflictos sociales mediante el establecimiento de límites al libre ejercicio de la autonomía, de tal modo que cuando se traspasan esos límites se está infringiendo la ley. Son dos perspectivas distintas, aunque sin duda se hallan muy relacionadas entre sí. No en vano la ética y el derecho son los principales sistemas normativos que tiene toda sociedad.

Pues bien, aunque nuestro objetivo es el análisis ético de los problemas, no el jurídico, es claro que al final del proceso debemos contrastar nuestra decisión con la norma jurídica, a fin de asegurar que no traspase o vulnere los límites establecidos por el derecho. Por ello, la *Guía* incluye un apéndice general en donde se da cuenta de la legislación y la jurisprudencia sobre ese tema. En el caso concreto de la objeción de conciencia, la variabilidad de la regulación jurídica puede enriquecer sensiblemente el proceso de deliberación y la identificación de los distintos cursos de acción.

En resumen, el procedimiento de análisis de “casos” (o conflictos éticos) que proponemos consta de los pasos que figuran en la Tabla I.

OBJECCIÓN DE CONCIENCIA, DESOBEDIENCIA CIVIL, INSUMISIÓN

Objeción de conciencia profesional es la negativa a cumplir un cometido profesional exigido por las leyes o por algún reglamento o protocolo institucional, o impuesto por las autoridades legítimas, aduciendo para ello razones morales o de conciencia.

Al decir que la objeción es “de conciencia” se alude a su carácter individual y concreto. La “conciencia” se diferencia de la “ciencia” en que hace juicios y toma decisiones particulares, mientras que las proposiciones de la ciencia son universales. Quien hace objeción de conciencia puede no negar la legitimidad general de la ley, absteniéndose sólo de colaborar en su aplicación en situaciones concretas. Hay que distinguir, pues, entre la “objeción de ley” que cuestiona la legitimidad general de una ley, y la “objeción de conciencia”, que siempre es concreta, porque

la conciencia necesariamente lo es. De ahí que “objeción de conciencia” no sea lo mismo que “desobediencia civil”, ni que “insumisión”. En la desobediencia civil y en la insumisión se objeta a una ley, en tanto que el objetor de conciencia, cuando la objeción es auténtica, sólo se niega a aplicar una ley en una situación concreta. El objetor lo es mientras que la ley o los tribunales no reafirmen la necesidad de que el individuo cumpla la ley en la situación concreta de que se trate. A partir de ese momento, si el objetor sigue objetando, pasa a ser insumiso.

La desobediencia civil es el incumplimiento deliberado y generalmente no violento de ciertas leyes que se consideran injustas por parte de individuos o grupos sociales, como medio de presionar políticamente y promover su cambio. Es una manera de protestar contra leyes tenidas por injustas, mediante manifestaciones e incumplimientos que pueden acarrearles arrestos y castigos. De ahí que esté más relacionada con la objeción de ley que con la objeción de conciencia. Lo que se objeta no es una situación concreta sino determinadas leyes.

En algunas ocasiones se confunde la objeción de conciencia con la objeción de ley y la desobediencia civil. La objeción de conciencia es estrictamente moral. La desobediencia civil es un medio de presión política. También puede instrumentalizarse la objeción de conciencia por motivos económicos, como sucede cuando algunos médicos objetan a la práctica de abortos en la sanidad pública, pero los realizan en la privada. Naturalmente, esto es de todo punto reprochable, tal como recuerda la Declaración de la Comisión Central de Deontología de la OMC sobre Objeción de Conciencia.

El distinguir claramente entre la desobediencia civil y la insumisión, que son objeción de ley, de la objeción de conciencia, que lo es siempre a la aplicación concreta de una ley, es importante por varios motivos. En primer lugar, porque en un estado democrático el intento de cambio de una ley debe hacerse por vías sociales, políticas y jurídicas, no mediante la objeción de conciencia. En principio, quien hace objeción de conciencia no está cuestionando necesariamente la ley sino objetando a su aplicación práctica en ciertas situaciones. Esas situaciones pueden ser puntuales, lo cual no quiere decir que sean poco frecuentes. Así, alguien que está de acuerdo con la ley del aborto puede objetar a su aplicación en ciertos casos que le parecen moralmente inaceptables (abortos de repetición, utilización del aborto como método anticonceptivo, adolescentes, etc.). Otras veces, la objeción lo será a la participación en todos los actos derivados de una norma. Pero aun en este supuesto, la objeción de conciencia lo es a la aplicación de la ley, no a su reforma, que ha de realizarse siempre a través de los cauces de participación política.



La objeción de un profesional a practicar una técnica determinada no debe considerarse, en principio, incompatible con el ejercicio de su especialidad, incluso en el ámbito de la sanidad pública. No todo especialista realiza todos los actos clínicos propios de su especialidad. Dentro de un servicio clínico hay distintas funciones, y la objeción suele resultar compatible con el trabajo de los objetores dentro de equipos bien estructurados. De hecho, no todos los cardiólogos practican cateterismos, ni todos los radiólogos realizan ecografías, ni todos los gastroenterólogos, endoscopias, etc. La objeción de conciencia resulta tanto menos lesiva y más asumible por el sistema sanitario cuanto mejor organizados estén los servicios clínicos. Con este mismo objetivo, se considera recomendable que las personas que saben que van a objetar a ciertas prácticas lo comuniquen con antelación a su Colegio profesional y a la dirección del servicio, a fin de que se tomen las medidas organizativas necesarias para que los pacientes no resulten desasistidos ni sufran menoscabo en su atención.

OBJECCIÓN, SEUDO-OBJECCIÓN Y CRIPTO-OBJECCIÓN

Uno de los máximos problemas que plantea la objeción de conciencia es la falta de claridad respecto a su contenido. De ahí la necesidad de establecer unas ciertas distinciones terminológicas, que permitan definir distintos ámbitos generalmente mezclados o confundidos con el de la objeción propiamente dicha.

A lo largo de esta *Guía* podremos comprobar que muchas de las objeciones de conciencia que se pretenden hacer por parte de los profesionales son falsas. Es lo que hemos dado en llamar “seudo-objecciones.” Para que la objeción sea válida ha de cumplir ciertos requisitos, que la mayor parte de las veces no se dan. De ahí la frecuencia de las seudo-objecciones. Más que explicar las condiciones exigidas o las situaciones en las que la objeción de conciencia no es de recibo, conviene revisar los casos clínicos incluidos en esta *Guía*, sobre todo los de su segunda parte, la dedicada a la relación clínica, para hacerse una idea clara de lo que es la seudo-objeción y el ámbito que cubre. En general, cabe decir que cuando la objeción coincide con uno de los cursos extremos de acción, y existen cursos intermedios que optimizan el respeto o la promoción de los valores en conflicto, la objeción no es correcta ni válida. Nadie puede hacer objeción cuando está actuando mal, o el curso elegido no es el correcto. La objeción no puede amparar conductas irregulares. Esto, que parece obvio, se repite con extremada frecuencia en la práctica. De ahí que hayamos decidido incluir en la *Guía* no sólo casos de objeción verdadera sino también de seudo-objeción. Tan educativos y orientadores pueden resultar unos como otros.

Hay otras veces que el defecto de las objeciones no se debe a que sean verdaderas o falsas, sino a que permanecen encubiertas, mudas, sordas, desconocidas, con todos los trastornos que esto puede acarrear. Es lo que hemos denominado “cripto-objeciones.” El ejemplo paradigmático es el de quien no objeta abiertamente, pero actúa como si objetara, y por tanto no lleva a cabo la prestación que le solicitan. ¿Por qué? Las cripto-objeciones suelen ser también pseudo-objeciones, en el sentido de que la mayor parte de las veces, quienes las hacen no tienen auténticos motivos para ello. Así, es frecuente que los profesionales no se presten a recetar la píldora del día después no porque consideren que es moralmente incorrecta, sino porque no están seguros, ni desde el punto de vista moral ni desde el legal, porque tienen miedo, o porque les resulta más cómodo tomar esa actitud que enfrentar directamente el problema. En las pseudo-objeciones se objeta, si bien es cierto que incorrectamente. El cripto-objector no objeta abiertamente, pero sí actúa como si objetara. Su ambigüedad y su anonimato hacen imposible una programación adecuada de los servicios y, en consecuencia, el respeto de las verdaderas objeciones. De ahí la necesidad de que las objeciones, cuando el profesional sabe con antelación que se van a producir, deban hacerse públicas, comunicarse a los superiores y convertirse en un elemento a tener en cuenta a la hora de la organización de los servicios y la distribución de las tareas. Las cripto-objeciones dificultan, cuando no impiden, esta labor preventiva de conflictos y dificultades.

Ni que decir tiene que ambas conductas, la pseudo-objeción y la cripto-objeción, son negativas y reprobables. Quienes las utilizan se convierten en los mayores enemigos de la verdadera objeción de conciencia. De ahí la necesidad de sacarlas a luz y ponerlas en evidencia. Lo que a la postre demuestran es la imperiosa necesidad que los profesionales tienen de orientación en este tema. Es la función principal de esta *Guía*. El tema de la objeción de conciencia no se resolverá, como muchos piensan, aprobando una ley, sino educando, en este caso a los profesionales sanitarios, en ética y en los procedimientos de análisis de conflictos de valor. Sólo ello permitirá mejorar su claridad en estos temas y la calidad de sus decisiones. Si se hace así, el resultado será que habrá menos, muchos menos objetores, y además éstos serán más auténticos. La mayor parte de las objeciones actuales no son tales, sino pseudo-objeciones y cripto-objeciones.

ÉTICA DE LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

Una vez delimitado el ámbito de la objeción de conciencia, es hora de someterla al método propuesto en el punto primero. Decíamos allí que todo problema moral parte siempre y necesariamente de un conflicto de valores. De ahí la nece-



sidad de comenzar identificando con la mayor precisión posible los valores en el caso concreto de la objeción de conciencia.

Uno de esos valores es, sin duda, el respeto de la conciencia del profesional que por razones morales piensa que no debe realizar o participar en la ejecución de un acto concreto. El otro valor es el respeto del derecho de la otra parte a una prestación que él considera valiosa y que además es legal. En Derecho es frecuente ver la objeción de conciencia como una colisión de derechos. En Ética es más adecuado entenderla como un conflicto de valores, sin prejuzgar si son derechos y, caso de que lo sean, de qué tipo.

La obligación moral exige siempre respetar lo más que se pueda ambos valores en conflicto, o lesionarlos lo menos posible. Cuando se utiliza el lenguaje de los derechos, es frecuente buscar la solución del problema jerarquizando ambos derechos y optando por aquel de mayor rango. Este procedimiento tiene el inconveniente de que, de ese modo, tiende a lesionarse por completo uno de los valores en conflicto, algo que por lo general resulta incompatible con la búsqueda de un curso óptimo. Los cursos extremos de acción, que coinciden siempre con la opción por uno de ambos valores con la exclusión del otro, son frecuentemente subóptimos. De ahí la necesidad de buscar en lo posible cursos intermedios, que intenten respetar al máximo ambos valores en conflicto. Entre ellos estará, por lo general, el que consideramos óptimo.

Los cursos extremos vienen a coincidir con la afirmación del valor absoluto de uno u otro, o de ambos valores en conflicto. Es un curso extremo afirmar que el respeto a la conciencia del profesional es un valor absoluto y tiene siempre prioridad sobre los deseos expresados por los ciudadanos, y también es un curso extremo el opuesto, aquel que considera que la satisfacción de una prestación o el cumplimiento de una obligación exigida por la ley tiene siempre prioridad en caso de conflicto con los valores del profesional. La crispación que suele producirse en los debates sobre la objeción de conciencia se debe a que el propio debate suele llevar a los participantes a situarse en las posiciones extremas. De ese modo, el conflicto se hace, por lo general, insoluble.

Las soluciones prudentes suelen ser siempre intermedias. También en el caso concreto de la objeción de conciencia. Esas soluciones intermedias han de partir del principio de que ninguno de tales valores es absoluto, y que, por tanto, en ciertos casos cualquier de ellos tendrá que ceder, al menos parcialmente, ante el otro. Habrá que hacer lo posible para que se respete el sistema de valores del profesional, pero es claro que éste tendrá que ceder cuando no haya otro modo de hacer accesible la prestación al ciudadano, en casos de urgencia, etc. Y lo mismo



cabe decir respecto de la otra parte. El ciudadano tiene derecho a la prestación de que se trate, pero en un intento por respetar también al profesional, tendrá que asumir las molestias que ello conlleve (transferencia a otro profesional o a otro centro en que pueda atenderse adecuadamente, etc.)

Éste es el espíritu con el que hemos elaborado la presente *Guía*. Identificaremos siempre los valores en conflicto y buscaremos el o los cursos óptimos, es decir, aquellos que lesionen menos o respeten más los valores en conflicto. Estamos convencidos de que, con ello, pueden solucionarse la práctica totalidad de los problemas que plantea la objeción de conciencia en el ámbito sanitario. Nuestra experiencia es que cuando se aplica el método que proponemos, las personas se sienten valoradas y respetadas y asumen de buen grado las cargas que les puedan acarrear las soluciones que se adopten. Nadie suele negarse a asumir cargas y molestias si entiende la razón por la que debe hacerlo y aprecia el esfuerzo de todos por resolver el conflicto y respetar a las partes implicadas. Si nuestra *Guía* sirviera para promover entre los médicos este estilo de enfoque y resolución de los conflictos éticos, habría cumplido su objetivo.



La objeción de conciencia en la relación clínica

PROBLEMA 1

Objeción de conciencia a la asignación de cometidos



Introducción

Cada vez hay más personas que necesitan recibir tratamiento anticoagulante oral a lo largo de toda la vida. Los anticoagulantes orales (ACO) son fármacos utilizados desde hace 60 años en la prevención y tratamiento de la enfermedad tromboembólica. La notable ampliación de indicaciones de este tratamiento hace que un médico de familia pueda tener actualmente entre 15 y 30 pacientes tomando ACO.

El tratamiento anticoagulante oral (TAO) precisa un cuidadoso control de la dosificación y una continua vigilancia clínica y analítica, con unas características especiales que se pueden resumir en: a) dosis diaria muy variable en cada individuo, b) escasa separación entre dosis insuficiente y excesiva, c) interferencias con otros fármacos y por cambios en la dieta, d) complicaciones hemorrágicas a pesar de un buen control, e) necesidad de controles analíticos frecuentes.

La eficacia del tratamiento depende casi exclusivamente del ajuste de la coagulación a una cifra estable dentro del margen terapéutico de la persona afectada. Un control inadecuado no sólo hace al TAO ineficaz en la prevención de la enfermedad tromboembólica, sino que puede generar complicaciones graves y potencialmente mortales.

Actualmente el control del TAO ha mejorado considerablemente, lográndose una razonable seguridad, gracias a la estandarización de la medición del tiempo de protrombina por medio del INR (razón normalizada internacional), que en España se utiliza desde los años 90. En la práctica, actualmente se dispone de dos métodos para determinar el INR:

- Análisis de una muestra venosa en un laboratorio. Tras la extracción mediante punción de la vena por enfermería, los resultados se suelen remitir al cabo de unas 6 horas con instrucciones por escrito de las modificaciones en la pauta, para ser recogidos por el paciente o un allegado. En ocasiones requiere una segunda visita al profesional sanitario que atiende al paciente.
- Utilización de una muestra capilar mediante punción en el pulpejo del dedo e impregnación de una tira reactiva. Los resultados están disponibles en 2 minutos tras la lectura de la tira reactiva en un aparato analizador transportable y de fácil manejo, lo cual permite tomar decisiones terapéuticas inmediatas. El análisis lo realiza el médico en la consulta o incluso el propio paciente en su propia casa si dispone del aparato.

El hematólogo ha sido tradicionalmente el encargado del control del TAO, a través de las unidades de anticoagulación en los hospitales. Sin embargo, con la introducción de los aparatos que permiten la determinación del INR con una muestra capilar, el control puede realizarlo el médico de familia e incluso se ha introducido el autocontrol de manera análoga al de la glucemia en pacientes diabéticos.

Caso 1. Un programa de control de anticoagulación oral

Al final de la habitual reunión mensual del equipo de un centro de salud, el coordinador comunica como información de última hora que se han recibido instrucciones desde la Gerencia para poner en marcha un programa de control de la anticoagulación oral mediante determinación de sangre capilar.

Se han recibido ejemplares del protocolo para cada consulta médica e instrucciones para enfermería, y en breve llegarán los aparatos con las tiras reactivas que se instalarán en cada planta, pudiéndose trasladar a las consultas con facilidad, e incluso a los domicilios de pacientes inmovilizados.

El objetivo propuesto es llevar a cabo una progresiva captación de pacientes, empezando por aquellos que plantean menos dificultades, de tal manera que en el plazo de un año se logre incorporar al 60% de los pacientes con TAO.

La noticia se recibe con revuelo y la mayoría de los médicos realizan comentarios verbales de rechazo. En el centro hay un malestar creciente por la masificación de las consultas y los problemas de coordinación en algunas consultas de especialidades: “Esto no es de recibo, no podemos seguir asumiendo nuevas responsabilidades como si fuéramos de goma.” “A nosotros nos colocan todo sin consultarnos. Con el centro de especialidades no se atreverían a mandarles un nuevo programa sin hablar de recursos.” “Ahora yo estoy llegando al final de las sesiones clínicas, con este nuevo programa ya me despidió...”



El coordinador pide silencio y toma de nuevo la palabra: “Yo comprendo perfectamente lo que estás diciendo, pero me parece que conceptualmente es buena cosa que los TAO se controlen en el centro de salud. La experiencia de los centros donde se ha hecho una fase piloto de este programa ha sido excelente. Sobre todo, la satisfacción de los pacientes es algo impagable. Además, os tengo que informar de que desde hace meses, algunos de nuestros enfermos que tienen las venas destrozadas están haciendo sus controles del Sintrom en el centro vecino, donde desde hace dos años manejan los aparatos de control capilar.”

Es ya tarde y los asistentes empiezan a levantarse, mientras varios médicos solicitan que se celebre una reunión de equipo con algún representante de la Gerencia para discutir la cuestión con más detalle. El coordinador está de acuerdo en solicitar esta reunión.

La reunión se celebra a las dos semanas con la asistencia del director médico, quien explica de nuevo las ventajas del programa para la calidad de vida de los pacientes y lo que significa de reconocimiento para la madurez de la atención primaria. Sin embargo, la mayoría de los médicos expresan su disconformidad con la puesta en marcha del programa por razones muy variadas.

En un momento dado, uno de los facultativos toma la palabra para explicar que varios médicos han decidido hacer objeción de conciencia a este programa, porque consideran que es un riesgo para la seguridad de los pacientes. “En las actuales circunstancias, resultaría peligroso hacernos responsables de un tratamiento así. Hacerlo es algo que iría en contra de nuestros principios éticos, que son esenciales para un médico”.

El director médico interviene: “En la Gerencia tenemos el compromiso adquirido de extender este programa a toda la población, después de haber realizado experiencias piloto en varios centros que han sido muy satisfactorias. Se trata de un avance que supone una mejora en la calidad de vida muy significativa para los pacientes que toman ACO. Supongo que ya sabéis que en otros países y en otras comunidades autónomas es una técnica muy extendida, porque además la solicitan los propios pacientes, que se lo cuentan unos a otros y ya no quieren ni oír hablar de la extracción venosa”.

Uno de los médicos toma la palabra en nombre de grupo que ha decidido negarse a colaborar con este programa, ejerciendo la objeción de conciencia: “Todo esto está muy bien para explicarlo desde una mesa de despacho, pero luego la realidad tiene otra cara. Tienes a diez pacientes esperando, con una hora de demora en la consulta, y te viene la enfermera con un resultado de INR por las nubes de uno de los pacientes, que va a exigir un ajuste de dosis de Sintrom. ¿Quién les explica

a los pacientes el riesgo que asumen si tenemos un fallo? Porque hay que empezar a preguntar por la dieta, revisar los medicamentos que ha estado tomando... Que cada uno actúe en conciencia y decida si esto es aceptable. Nosotros lo hemos hablado y os comunicamos oficialmente nuestra negativa a cumplir la orden de este programa.”

El Director Médico, cortante, cerró la reunión: “Es el primer centro en el que nos encontramos con esta situación. La orden está ahí y que cada uno asuma las consecuencias. Ahora no os puedo decir nada más sin antes trasladar vuestra posición a la Gerencia”.

Ante esta situación, la Gerencia se replanteó la estrategia para la introducción del programa de control de TAO mediante muestra capilar. El Centro de Salud recibió todo el material, y se ofreció a los médicos su incorporación voluntaria al programa, en función de las posibilidades de cada cupo. Uno de los médicos aceptó, a cambio de una compensación horaria, iniciar el control de aquellos pacientes que se estaban trasladando a otro centro de salud, y presentó en una sesión clínica la experiencia de 3 meses con estos pacientes. Esa sesión clínica se aprovechó para repasar el protocolo. Al cabo de un año, el 80% de los facultativos habían introducido pacientes en el programa. A los dos años, el 80% de los enfermos con TAO estaban siendo controlados mediante el nuevo procedimiento. Tan solo un médico mantuvo un rechazo frontal al mismo, de manera que la mayoría de los pacientes con TAO se cambiaron de cupo.

Valores en conflicto

Todo caso de objeción de conciencia plantea conflictos diferentes a los distintos sujetos implicados. Cuando el profesional objeta a realizar una intervención elegida por el paciente, su conflicto es uno, que a la vez genera otro distinto en el paciente, el de aceptar o no la objeción del médico. En el caso planteado, el conflicto de los médicos objetores es, sin duda, distinto del que tiene el jefe de equipo. Aquí vamos a centrar el análisis en el conflicto de los médicos que objetan, dejando a un lado el conflicto de quien dirige un servicio y tiene que decidir qué hace con la objeción de sus subordinados. En cualquier caso, es necesario tener claro que los conflictos se dan siempre en personas concretas, y que los distintos actores de una situación tienen por lo general conflictos distintos. Lo primero que es necesario establecer es la persona que tiene el conflicto, para luego identificar los valores que en ella entran en conflicto.

En el caso de los médicos objetores que describe la historia anterior, los valores en conflicto son:



- De una parte, la obediencia debida a una orden que procede del superior jerárquico en el ejercicio de su función directiva y coordinadora
- De otra parte, la búsqueda del beneficio de los pacientes y el deber de no hacerles daño, que algunos médicos creen comprometido como consecuencia de la presión asistencial y la escasez de personal

Cursos de acción

Parece claro que esos son los valores que entran en conflicto en la mente de los profesionales descritos. Las salidas del conflicto pueden ser de dos tipos, extremas o intermedias. Las analizaremos sucesivamente.

Cursos extremos de acción

1. Uno consiste en optar por el primero de los valores, la aceptación sumisa de la orden emanada de un superior jerárquico, sin atender al otro valor en juego, el no dañar a los pacientes y procurarles el máximo beneficio.
2. El otro curso extremo es el opuesto a éste, negándose a secundar la orden, habida cuenta de que puede resultar lesiva para los pacientes.

Cursos intermedios

Así como los cursos extremos optan por uno de los valores en conflicto con lesión total del otro, los cursos intermedios tienen por objeto buscar el respeto y la promoción de ambos valores, o su menor lesión posible. Conviene identificar todos los cursos intermedios posibles, a fin de que luego podamos elegir el que consideremos óptimo. En el caso actual, algunos de los cursos intermedios son los siguientes:

1. Explicar a los médicos que la no puesta en marcha del programa acarreará sin duda mayor riesgo para la salud de los pacientes, y que por tanto el programa debe implementarse, incluso a riesgo de que la presión asistencial dé lugar a algún error o equivocación
2. Iniciar su implementación en los cupos con menor presión asistencial, en los que el conflicto de valores no exista o sea menos acusado
3. Utilizar el hecho para pedir a la gerencia un incremento de personal, a fin de que las tareas que se encomiendan a los profesionales puedan llevarse a cabo de modo más adecuado
4. Compensar a los profesionales por este nuevo servicio mediante un aumento salarial
5. Retribuirles mediante compensaciones horarias.

6. Compensarles con otro tipo de incentivos
7. Cubrir la nueva prestación con personal voluntario

Curso(s) óptimo(s)

- Es obvio que el curso óptimo, en este caso como en la mayoría de los demás, ha de estar entre los cursos intermedios. Habrá que ver cuál de ellos es más viable. De hecho, y por lo que se nos dice al final de la historia, lo que se hizo fue, precisamente, elegir un curso intermedio que parecía prudente: introducción paulatina, petición de voluntarios, compensación horaria, etc. Es importante no olvidar que no todo el mundo va a identificar el mismo curso como óptimo, es decir, como aquel que lesiona menos los valores en conflicto. Diferentes personas pueden considerar distintos cursos como óptimos. Por otra parte, los cursos óptimos se ordenan de modo escalar, de forma que si el que parece preferible resulta inviable, hay que pasar al siguiente, etc.



Recomendaciones

- Este caso es muy interesante, pues permite entender cómo funciona la objeción de conciencia. Si encontramos un curso intermedio que consigue salvar los dos valores en conflicto, la objeción de conciencia resulta injustificable. Dicho de otro modo, la objeción es siempre un curso extremo, y para ello es preciso que antes hayan fallado todos los cursos intermedios. No haberlo visto así ha sido siempre la gran tragedia en el manejo de los conflictos de objeción de conciencia.
- Un análisis inadecuado de un conflicto nunca justifica la objeción de conciencia. En el caso presente, hay un médico que sigue haciendo objeción al final del proceso. Esa objeción no es correcta ni debe ser respetada. Y ello por varios motivos. En primer lugar, porque si bien la elevada presión asistencial puede ser causa de errores que perjudiquen a los pacientes, parece claro que el no poner en práctica el programa tendrá mayores consecuencias negativas para éstos. En segundo lugar, porque han aparecido cursos intermedios, que además han sido aceptados por la Gerencia de área. La objeción sólo tiene sentido cuando todos los cursos intermedios resultan fallidos, inútiles o claramente insuficientes.
- Este caso demuestra lo importante que es ver la objeción de conciencia como objeción concreta o de acto, en vez de objeción genérica o de ley. Sólo cuando se analizan todos los elementos concurrentes en una situación y se ve que no existe o no es adecuado ningún curso intermedio, puede hablarse de obje-



ción de conciencia. El planteamiento abstracto de esta objeción no puede llegar más que a consecuencias erróneas.

- En consecuencia, los objetores de este caso no están llevando a cabo una verdadera objeción de conciencia, sino una falsa objeción o “seudo-objeción.”

PROBLEMA 2

Objeción de conciencia a los incentivos por ahorro



Introducción

La ética médica exige la consideración del coste de oportunidad en las decisiones que se adoptan sobre intervenciones sanitarias. Esto supone estudiar y reflexionar sobre las mejores alternativas posibles: el mayor beneficio al menor coste. De ahí se puede deducir que incentivar la eficiencia es una estrategia cargada de sentido ético que corresponde impulsar a los gestores. Sin embargo, es bien conocido que en este terreno se plantean problemas morales que están siendo motivo de controversia y consultas de asesoramiento ético.

Actualmente, los incentivos forman parte del funcionamiento tradicional de las empresas y de cualquier organización humana a la hora de lograr objetivos. La ética de los incentivos tiene una lógica aparentemente sencilla: el incentivo es un estímulo a la conducta. Una primera aproximación a la ética del incentivo vendrá marcada por la moralidad de la conducta que se promueve (p.e. no es lo mismo incentivar a un futbolista para ganar que para perder, del mismo modo que no es lo mismo incentivar la venta de coches que la de armas). Una segunda consideración nos obliga a analizar el medio utilizado para incentivar, es decir, la moralidad del incentivo en sí mismo (p.e. no es lo mismo incentivar con la promoción profesional que mediante la coacción).

Cada vez es más evidente que las organizaciones sanitarias es necesario gestionarlas mediante modelos organizativos de corte empresarial, con objetivos, presupuestos, etc. En este escenario se incorporan los incentivos, pero ocurre que la naturaleza de la empresa de servicios sanitarios es compleja y no resulta fácil definir el producto a incentivar: ¿cómo se mide la salud o la calidad asistencial?, ¿qué papel juega la satisfacción del paciente?

Por otro lado, existe ya bastante conocimiento sobre la auténtica eficacia de los incentivos sobre la motivación profesional, de tal manera que en el caso de la pro-

fesión médica se dan, por encima del incentivo monetario, otras motivaciones que pueden llegar a tener mayor influencia, como son, por ejemplo, el reconocimiento y el prestigio profesional, la autonomía profesional, las ayudas a la formación y la investigación.

Caso 2: Un proyecto de incentivo individual para los médicos

La Dra. Sutiles tiene 50 años y es médica en un centro de salud situado en una zona semi-rural que pertenece a un área de gestión única. Su equipo está formado por: 10 médicos de familia, 2 pediatras, 12 enfermeras, 1 trabajador social, 5 administrativos del equipo de admisión y 1 auxiliar de clínica.

Los médicos compañeros de la Dra. Sutiles se distribuyen en varias generaciones: tres son mayores de 60 años y han ejercido previamente en pueblos cercanos donde tenían la plaza de APD, hasta su agrupación en el centro de salud, hace aproximadamente 10 años. Otros tres, en torno a los 45 años, también tienen la plaza en propiedad y forman parte de la primera generación de residentes de medicina de familia. Los tres restantes han terminado la especialidad en los últimos dos años, y tienen contrato de interinos. Las profesionales de enfermería se reparten en dos grupos: 7 recientemente licenciadas y 5 “veteranas” que han trabajado anteriormente en un hospital, pero que ya llevan varios años en AP.

La Gerencia del Área tiene establecido desde hace años un “contrato programa” con los Equipos de Atención Primaria (EAP) que incluye un sistema de incentiva-ción que se traduce en productividad variable para todo el EAP, a distribuir según el acuerdo interno adoptado por el propio equipo. Este año se añade además un incentivo monetario individual para los médicos, ligado al cumplimiento del gasto presupuestado de farmacia. La dotación de este incentivo se eleva al 1% del presupuesto de cada cupo.

La Gerencia del Área establece que para que un EAP tenga acceso a la productividad variable es condición indispensable que todos los facultativos firmen el pacto de gestión, lo cual exige alcanzar una serie de objetivos, ponderados del siguiente modo:

- Cobertura de la Cartera de Servicios: 40%
- Ajuste a presupuesto: 20% (incluyendo personal y gasto de farmacia)
- Satisfacción de los usuarios: 10%
- Calidad de la prescripción: 30%
 - 10% por genéricos (>15%).
 - 20% por tres indicadores del porcentaje de prescripción de: tipo de AINES; cefalosporinas de 2ª y 3ª generación; nuevos medicamentos.



El Director de Atención Primaria del Área convoca una reunión a la que asisten los 28 miembros del EAP, donde informa del contrato-programa para el siguiente año. El ambiente es de cierta expectación, porque el año pasado hubo fuertes discusiones en el equipo a la hora de decidir el modo de distribuir la cantidad total de productividad variable. La decisión adoptada por mayoría fue hacer una distribución lineal, idéntica para todos los estamentos. Esto generó malestar entre los médicos, de tal manera que este año la Gerencia ha introducido un incentivo individual para los médicos, ligado al cumplimiento del presupuesto de farmacia ajustado por habitante. Este incentivo se eleva en total al 1% del presupuesto asignado a cada cupo, lo que significa una cantidad de unos 1.500 euros anuales.

El Dr. Masa expuso los indicadores de cobertura y cumplimiento de normas técnicas de la cartera de servicios, los nuevos estudios de satisfacción del usuario que se realizarán este año y las cifras de presupuesto que incluyen instalaciones, personal y farmacia. Todo indica que, siguiendo la tendencia del año anterior, el equipo va a alcanzar los objetivos globales que se exigen para que el EAP obtenga la productividad variable. Hay tres cupos médicos que el año pasado no se ajustaron al presupuesto de farmacia, pero la previsión es que quedarían equilibrados por otros cupos donde el gasto se mantiene por debajo del presupuesto. Aunque no se dice explícitamente, a nadie se le escapa que este incentivo persigue el equilibrio presupuestario de los cupos “rebeldes”, que en el conjunto del Área suponen una desviación del gasto de farmacia que preocupa seriamente al Gerente.

El Director Médico, Dr. Masa, se detiene a explicar con especial cuidado la importancia del uso racional del medicamento: “El gasto de farmacia se ha convertido en una pieza clave para el mantenimiento de un sistema público de provisión de servicios de salud, que sólo es sostenible a medio plazo con una estrategia que garantice un razonable control presupuestario. Pensamos que hasta ahora no hemos logrado que llegue este mensaje y que esta idea debería transmitirse con más entusiasmo y persuasión tanto a los profesionales como a la sociedad. Conviene saber que cuando hablamos de presupuestos estamos hablando sobre todo de gasto farmacéutico, que constituye el 70% del gasto sanitario. De ahí que veamos necesario introducir incentivos específicos en este punto, teniendo en cuenta que el facultativo es el responsable de la prescripción, que como bien sabéis es mucho más que firmar una receta. En fin, en la Gerencia estamos convencidos de que introducir esta modificación en la productividad variable beneficia a todos y no perjudica a nadie, pues ningún miembro de vuestro equipo va a cobrar menos incentivos que el año pasado, dado que vuestros indicadores de equipo son bastante buenos”.

La Dra. Sutiles interviene: “Estoy totalmente de acuerdo con el mensaje, pienso además que os ha costado muchos años llegar a esta conclusión, tan evidente por otro lado, pero no veo claro este nuevo incentivo, que a mí personalmente me plantea un serio problema moral. Y que conste que yo acabaría cobrando este incentivo sin modificar mi perfil de prescripción, porque mi gasto de farmacia se ajusta, aunque sea por los pelos, a lo presupuestado. Sin embargo, no me sentiría cómoda tomando decisiones terapéuticas, pensando que ahorrando un poco más conseguiría la ‘bufanda’. Y no quisiera estar en la piel de quien actualmente se pasa de presupuesto, ya sea por poco o por mucho, y decide apretar el cinturón al cupo para ajustarse al presupuesto y así cobrar el incentivo a fin de año.”

Dr. Masa (Director Médico): “Un incentivo puede ser perfectamente compatible con la ética profesional, porque significa un estímulo que se ofrece al conjunto de profesionales del sector sanitario para elevar su contribución a la actividad sanitaria de la forma más eficiente posible. Incluso me atrevo a decir que en la Gerencia tenemos el imperativo ético de motivar a los profesionales para mejorar el sistema, porque una atención sanitaria más eficiente implica mejor atención para cada paciente individual, pero sin mermar la disponibilidad de recursos para mejorar la atención de la población en su conjunto. Nos movemos en esta filosofía, pero estamos abiertos a la crítica.”

Dra. Sutiles interviene de nuevo: “La incentiviación económica directa al ahorro bruto en farmacia no es defendible por los efectos perversos que podría generar. No estoy de acuerdo en eso de que beneficia a todos y no perjudica a nadie; no es preciso recordar ahora situaciones y ejemplos en los que un paciente podría sufrir las repercusiones de un incentivo directo de este estilo. Recuerdo los debates que tuvimos hace unos años sobre la incentiviación al empleo de genéricos, cuando decíamos que contribuirían al sostenimiento de un modelo sanitario de alta rentabilidad social. Pero aquello ya no es creíble hoy en día, con el lío que tenemos de principio activo, sustitución en la farmacias, dudas sobre la bioequivalencia, etc. En aquel momento pensábamos que aquellos incentivos, en teoría, no plantearían ningún perjuicio para el usuario; más bien lo contrario. Pero aquí la situación es muy diferente.”

Pide la palabra el Dr. Gaudio (45 años, de perfil escéptico): “Pienso que el problema es de fondo. Es un error pensar que a los médicos se les puede incentivar solo con dinero. Esto ya está muy estudiado en el mundo de la empresa, lo que pasa es que en la sanidad estamos sordos, ciegos y mudos. Hay otros incentivos que no se aprovechan: la autonomía profesional en la gestión, la formación, la investigación, el prestigio profesional y social. No quiero ser pesimista, pero todo esto



no está en vuestra agenda como gestores, porque vosotros estáis más pendientes del corto plazo. Yo no veo cambios posibles en este escenario: seguiremos pidiendo a los laboratorios que nos financien los congresos y los cursos de formación que nos interesan. Los que tengan escrúpulos de conciencia se pagarán la formación con este incentivo del ahorro de farmacia y a la mayoría nos servirá para pagar las vacaciones. Pero a mí se me ha pasado el arroz de los idealismos. Hablemos claro ya de una vez”

Dr. Masa (Director Médico), intentando cerrar la reunión: “Es un debate antiguo, pero es lo que hay. Tenemos que ser capaces de impulsar una gestión menos rígida que sea capaz de reconocer y recompensar la excelencia profesional. Hay que aceptar que la carrera profesional está siendo un fracaso porque se ha convertido en una subida de sueldo encubierta que no sirve para motivar a nadie. El que hacía las cosas bien, las sigue haciendo, y quien tiene una actitud negativa, no va a cambiar. Sin embargo, quiero decir que es posible desarrollar una actividad asistencial de excelente calidad con ejercicios presupuestarios ajustados a previsiones razonables en gasto de farmacia, sin que esto lesione la calidad asistencial; y al contrario, unos presupuestos desmadrados son compatibles con una calidad asistencial de bajo perfil. Tenemos datos para demostrarlo. Nuestra obligación es empujar en la dirección de la eficiencia.”

La Dra. Sutiles añade antes de levantar la reunión: “Todo esto ya me lo sé, porque lo llevamos discutiendo desde hace años. Mi problema ahora es que si no firmo, perjudico a mis compañeros porque en la Gerencia se ha establecido la condición de que todos los médicos tienen que firmar el Contrato de Gestión para que el equipo reciba la productividad variable. Pero si firmo, mi integridad moral salta en pedazos. Lo pensaré, pero ya adelanto que no lo veo nada claro y probablemente haré objeción de conciencia a este sistema de incentivos.”

La reunión termina en silencio, con caras de circunstancias. La Dra. Sutiles acude al Colegio de Médicos y habla por teléfono con el Dr. Santos, presidente de la Comisión de Deontología, haciéndole un breve resumen de su problema. Se citan para tomar café una tarde de esa semana: El Dr. Santos lleva a la reunión dos documentos con algunos párrafos subrayados: “Te he marcado algunos puntos de estas dos Declaraciones de la Comisión Central de Deontología. La primera declaración es del año 1999 y versa sobre la “Libertad de prescripción.” En ella se afirma que “no son conformes a la ética médica los pactos, contratos o reglamentos que restrinjan la legítima libertad de decisión del médico o que impongan, por coerción o premio, conductas que el médico encuentra injustificadas según su criterio profesional fundado.” El segundo documento, del año 2006, se titula “Ética de la relación profesio-

nal del médico con la industria farmacéutica y las empresas sanitarias” y establece que “es incompatible con la deontología médica solicitar o aceptar contraprestaciones a cambio de prescribir un medicamento o utilizar un producto sanitario.” Y añade que “los incentivos directos a la prescripción –positivos o negativos– son también contrarios a la ética cuando proceden de los gestores del centro sanitario, siendo especialmente reprobables si fueran promovidos por profesionales obligados a observar las normas de la deontología médica.” Me parece, sigue diciendo el Dr. Santos, que ambos textos se ajustan bastante a lo que me has explicado, pero no te descubro nada si digo que es un tema extremadamente complejo.”

Dra. Sutiles: “Te agradezco mucho el interés que te has tomado. Tengo que decidir algo en el plazo de una semana. Tenía algunas dudas, pero con lo que acabamos de leer, ya estoy prácticamente decidida, voy a plantear objeción de conciencia al contrato programa. Ya sé que va a sentar muy mal, porque esto puede tener consecuencias económicas en mi centro de salud, pero cuando tienes algo claro en la conciencia, no puedes violar tus ideas, si te quieres seguir mirando al espejo por las mañanas... Cuento con vuestro apoyo, ya que según me parece entender mi decisión es de lo más deontológico...”

Valores en conflicto

- Promover la eficiencia en el uso de recursos a través de un plan de incentivos.
- Evitar los efectos perversos del método propuesto en concreto. Entre ellos: perjudicar a pacientes y atentar contra el principio de no hacer daño

Los dos valores en conflicto, por tanto, son la eficiencia y la no-maleficencia hacia los enfermos. El perjuicio para sí misma o para otros miembros del equipo no es una consideración decisiva para la Dra. Sutiles. Tampoco parece que la defensa de la libertad de prescripción sea el motivo de la objeción de la Dra. Sutiles. De hecho la libertad de prescripción tiene límites impuestos por la buena práctica clínica y por la justa distribución de recursos escasos en el sistema sanitario

Cursos de acción

Como en el caso anterior, comenzamos identificando los cursos extremos, luego los intermedios y, finalmente, el o los cursos óptimos.

Cursos extremos

Una vez identificados los valores, es fácil hallar los cursos extremos, porque siempre consisten en la opción por uno de esos valores en detrimento completo del otro. En el caso presente, los cursos extremos serían:



1. Un curso extremo consistiría en optar por el mayor ahorro económico, sin tener en cuenta el otro valor en juego, el no hacer daño a los pacientes
2. El otro curso extremo es el opuesto, mirar sólo por el bien de los pacientes, sin atender al gasto que ello pueda acarrear

En contra de lo que pudiera parecer, los cursos extremos no son firmar el pacto de gestión, en el primer caso, y no firmarlo, en el segundo, pues como veremos inmediatamente, lo que el gerente está proponiendo no es un curso extremo sino uno de los varios posibles cursos intermedios.

Cursos intermedios

1. Uno de ellos es el propuesto por el propio gerente, incentivar a quien cumpla unos objetivos de ahorro que se consideran adecuados a los estándares de buena práctica clínica. De hecho, no se está haciendo depender el incentivo del ahorro bruto (éste sería el primero de los cursos extremos) sino de la adecuación a una pauta que se considera correcta.
2. Si los médicos piensan que el criterio de distribución no es correcto (no todos los cupos tienen la misma patología, o los pacientes son de la misma edad, etc.), lo lógico sería proponer fórmulas de corrección del criterio genérico, adecuándolo a la población y la patología propia de los diferentes cupos. No parece que el gerente de área esté cerrado a este tipo de propuestas.
3. Otro curso posible es analizar las causas por las que en ciertos cupos existen desviaciones respecto al criterio establecido. Hay desviaciones que pueden ser tan lesivas para la salud de los pacientes como los criterios mal elaborados.
4. También podría salir de la reunión el objetivo de formar una comisión que elaborara unos criterios más correctos y adaptados a la población y patología de los habitantes del área de salud, de modo que en años próximos no se planteara de nuevo el problema.
5. Hay otros cursos intermedios posibles, aunque claramente subóptimos, como pedir a la Gerencia que se exima del requisito de que todos los facultativos se adhieran al pacto de gestión para que el equipo tenga acceso a la productividad variable; o solicitar lo anterior y, además, que el médico que renuncia al incentivo económico por ajuste al presupuesto de farmacia, pueda percibir los demás incentivos; o proponer a los médicos que renuncien en bloque al incentivo de farmacia, como medida para forzar una negociación que esta partida económica se traduzca en financiación de actividades formativas.

Curso(s) óptimo(s)

- Cualquiera de las opciones que se plantean en los cursos intermedios pueden suponer, en diferentes grados, una alternativa éticamente superior a los cursos extremos.
- No es difícil concluir que el modelo de incentivación propuesto, tan directamente ligado al ajuste presupuestario, puede repercutir negativamente en la calidad asistencial de algunos cupos teóricamente “rebeldes”, cuyos facultativos podrían modificar sus hábitos de prescripción con criterios estrictamente ahorrativos para obtener el incentivo. La perversidad de la medida se deduce fácilmente al comprobar cómo, paradójicamente, la profesional que renuncia a esta compensación, sería merecedora de ella. Por eso, lo más adecuado parece ser establecer los baremos de gasto con criterios objetivos correctos, acordes con el estado del arte y la patología propia de la población de los cupos, e incentivar o sancionar a los profesionales por el cumplimiento o incumplimiento de un objetivo que está correctamente establecido. Adviértase que la desviación de ese objetivo, por cualquiera de los dos lados, es, en principio, maleficiente para los enfermos. Tan injusto es no premiar al que actúa bien como hacerlo con quien actúa mal. Ni que decir tiene que en este último caso no tiene sentido ampararse en la llamada libertad de prescripción. Lo que sí es necesario es fijar unos límites flexibles y no rígidos, dado que la actuación prudente no se identifica con un punto sino con un espacio en el que cabe una cierta, a veces amplia, variabilidad interna.



Recomendaciones

- Como en el caso anterior, en éste la objeción de conciencia resulta prematura. La doctora Sutil, antes de objetar, debería haber hecho un análisis correcto de la situación, identificando los cursos intermedios y viendo si la opción por uno de ellos permite salvar los valores en conflicto. Cuando eso sucede, la objeción carece de sentido; es una falsa objeción o seudo-objeción.
- Conviene no olvidar que la objeción supone siempre la elección de un curso extremo, en este caso el segundo, el evitar el daño de los pacientes, cosa que no es correcta siempre que haya un curso que permita salvar los dos valores en conflicto.
- De esto cabe deducir otra conclusión de gran importancia. Se trata de que al objetar es muy frecuente hacer uso de un pensamiento dicotómico, disyuntivo, pensando que sólo hay dos cursos de acción, los correspondientes a los dos valores en conflicto, y que es preciso optar por uno de ellos en completo detri-



mento del otro. Es lo que se ha llamado “mentalidad dilemática”, ya que reduce los cursos a dos, opuestos entre sí e incompatibles, de modo que la solución no puede consistir más que en elegir uno de ellos frente al otro. En la realidad los dilemas son muy raros, y lo frecuente es que nos encontremos con “problemas”, que son conflictos con más, bastantes más de dos posibles soluciones.

- Reducir los “problemas” a “dilemas” es siempre el resultado de aplicar el principio de “economía del pensamiento”, que cuando se utiliza de modo incorrecto no es adecuado y es signo de pereza mental.
- Para evitar caer en falsos dilemas, es importante utilizar un lenguaje amplio y flexible, que se aparte lo más posible del pensamiento dicotómico. Tal es la razón de que hablemos de “valores”, y no de “derechos” o de “principios”, a pesar de lo frecuentes que son estos últimos lenguajes en bioética. Cuando se considera que hay dos derechos enfrentados entre sí, la tendencia natural es a identificar entre ambos el derecho más importante o que goza de primacía, y optar por él. Lo mismo sucede con los cuatro principios de la bioética. Estos procedimientos son un verdadero obstáculo para la identificación de los cursos óptimos, la búsqueda de soluciones óptimas y la promoción de la prudencia en la práctica profesional.

PROBLEMA 3

Objeción a revelar más información de la necesaria en procesos judiciales



La relación clínica es un proceso basado en la confianza, en el cual el paciente se ve en la necesidad de comunicar al médico cuestiones íntimas que no revelaría a otras muchas personas, o quizá a ninguna más. Esto exige del profesional un exquisito respeto a la confidencialidad de los datos del paciente. En eso consiste el deber de secreto a que está obligado todo médico. De no ser así, de romperse este principio, se vería muy seriamente afectada la relación de confianza entre médico y paciente, auténtico pilar de la relación clínica.

La primera obligación del profesional es la de procurar el mayor beneficio de su paciente. Es la primera, pero no la única. Junto a ella hay otras. Así, la información médica es también fundamental para el cumplimiento de ciertas funciones necesarias en toda sociedad, como son la administración de justicia, la concesión

de prestaciones sociales, etc. Esto hace que los tribunales de justicia, por una parte, y por otra los de concesión de ayudas sociales por discapacidad o cualquier otro déficit, acudan al médico en busca de información fiable. Esto siempre genera en el profesional un serio conflicto, ya que el revelar información sin permiso de los pacientes, o incluso en contra de su voluntad, lesiona el derecho a la confidencialidad de los datos, el deber de secreto profesional y la confianza en que se basa la relación clínica. En la literatura esto se conoce como problema de la “doble agencia.” Por una parte, el médico ha de actuar buscando el mayor beneficio de su paciente, pero por otra se ve como agente al servicio de otros intereses distintos de los del enfermo, como pueden ser la administración de justicia, la gestión pública o incluso la actividad de compañías privadas. Este tipo de conflictos va en aumento, con el propio proceso de complejización de la vida moderna. Lo cual plantea al profesional, cada vez con mayor frecuencia, conflictos éticos de no fácil solución. No es infrecuente que ante ellos alegue objeción de conciencia, dado que bastantes de esas peticiones vulneran gravemente lo que los profesionales consideran principios básicos de su ética profesional.

Este apartado se dedica a estudiar los conflictos sobrevenidos en las relaciones de los médicos con los tribunales de justicia, la administración pública o cierto tipo de empresas privadas, como son las compañías de seguros. La cuestión es si en estos casos puede alegar el profesional objeción de conciencia, y en qué situaciones. Para ello partiremos de tres casos concretos. No agotan el repertorio, pero sí pueden servir como modelo para el análisis de otros muchos casos que, siendo distintos, guardarán, sin duda, importantes similitudes con los aquí descritos.

Caso 3. Solicitud de información clínica a petición de un juez

El jefe local de sanidad de una población rural de 3500 habitantes, integrada en un centro de salud de 10800 habitantes del que es cabecera y que atiende con otros 4 médicos generales y 1 pediatra, recibe una notificación del juez por la que solicita la historia clínica de cinco pacientes sin especificar condición o aclaración alguna. De los cinco pacientes dos pertenecen al cupo de un compañero y tres pertenecen a su cupo. Estos profesionales atienden a la población desde hace 20 y 17 años respectivamente.

El juez sabe que desde hace muchos años ambos médicos trabajan con un modelo de historia informatizada de salud, mediante la cual comparten desde un solo servidor la información de ambos cupos asistenciales, lo que les permite atender, en caso de necesidad, a los pacientes de cualquier otro profesional y, por supuesto, responder adecuadamente en situaciones de urgencia.



El jefe local de sanidad comenta el caso con su compañero. A ambos les extraña la petición del juez, pues conocen bien a los sujetos referidos y no tienen noticia de que hayan sufrido algún accidente, problema laboral o de otro tipo que pueda estar relacionado con su salud. Esto lo corroboran revisando sus respectivas historias clínicas. Ante lo insólito de la petición judicial, consultan con los otros profesionales del centro y el personal de enfermería, que tampoco tiene noticia de nada anormal relativo a las citadas personas.

Así las cosas, deciden que el jefe local de Sanidad pida al juez que especifique cuál es la información que precisa o, si lo considera oportuno, que explicite el motivo de su solicitud, a fin de poder ofrecerle la información adecuada a tal fin, lesionando lo menos posible el secreto médico. También le aclara que dos de los pacientes son de otro profesional y que, por tanto, debe dirigirse a él directamente.

El juez responde inmediatamente, recordando al jefe local de Sanidad sus obligaciones con la justicia y diciéndole que no considera necesario dirigirse a su compañero, dado que el modelo de historia que comparten le permite como jefe local de Sanidad y como médico el acceso directo a esa información, que está obligado a comunicarle dada su obligación de auxilio a la justicia. Añade que “entiende su petición de aclaraciones” y le informa que hay “un proceso judicial abierto contra las cinco personas citadas”, para el que necesita información sobre “su tipo de vida y costumbres, y especialmente la referida al consumo de sustancias ilegales, bien como antecedente, bien como diagnóstico.” Le pide que responda a la mayor brevedad posible y le advierte de las consecuencias que se derivarían caso de incurrir en la figura de denegación de auxilio a la justicia. También le comunica que su petición lleva implícita la liberación del deber de secreto profesional.

Esta respuesta no sólo inquieta a los profesionales sino que les plantea el problema de si deben informar de la vida y costumbres de sus pacientes. Se plantean si deben o no dar esa información, incluso caso de ser significativa para la administración de justicia. Y se preguntan si pueden objetar en conciencia a la petición del juez.

Valores implicados

- Un valor implicado es el respeto de la intimidad del paciente, el carácter confidencial de sus datos y el deber de secreto del profesional, que hacen que tales datos no puedan ser revelados sin autorización expresa del interesado.
- El otro valor implicado es el bien público y la seguridad ciudadana, que el juez tiene la obligación de proteger y para el cual dice necesitar ciertos datos presentes en unas historias clínicas que custodian los médicos

Cursos de acción

Cursos extremos

1. Un curso extremo es optar por la no ruptura de la confidencialidad de los datos, negándose en rotundo a proporcionar los datos al juez, aunque ello le haga al profesional cometer un delito de denegación de auxilio a la justicia. Este es el curso que vendría a coincidir con la objeción de conciencia del profesional a obedecer el mandato judicial.
2. El otro curso extremo de acción es el opuesto, consistente en considerar que la justicia y el bien común tienen en este caso prioridad sobre la confidencialidad de los datos, lo que lleva a dar al juez las historias clínicas completas, e incluso a incrementar su contenido con los datos que los profesionales conocen de las personas implicados en tantos años de relación y que tienen que ver con “su tipo de vida y costumbres”.

Cursos intermedios

1. Uno es el que ha seguido el jefe provincial de sanidad: preguntar al juez qué información es la que necesita, a fin de revelar aquellos datos que resulten imprescindibles, pero no los demás, ya que el mandato del juez no excusa al médico de su deber de secreto
2. Otro es hablar directamente con el juez, a fin de conocer con más precisión sus necesidades, y explicarle la obligación que como médico tiene de custodiar lo mejor posible la confidencialidad de los datos sanitarios
3. Un tercer curso de acción es hablar con los interesados, a fin de conocer el problema que les ha llevado ante los tribunales
4. Otro posible curso intermedio es contestar al juez diciéndole que no consta en la historia clínica información relevante relacionada con la petición que le ha hecho.

Curso(s) óptimo(s)

- Como siempre, las opciones más prudentes se hallan entre los cursos intermedios. Sólo con ellas podemos optimizar la solución del conflicto. Parece claro que la solución óptima pasa por hablar con el juez, entender los motivos que le han llevado a pedir la historia clínica y, a la vez, hacerle comprender que el médico está obligado al secreto profesional. Es normal que el juez agradezca esta visita y entienda el problema de conciencia del médico, y también es normal que le haga comprender las razones que le llevan a pedir ese tipo de información. Se supone que ello es debido a que sobre las citadas personas pesa la presunción



de uno o varios delitos cometidos. De ser así, el médico debe revelarle aquella información que el juez necesite para administrar justicia, no más ni menos.

- En el caso presente cabe la sospecha de que el juez esté intentando perseguir conductas que considera moral o socialmente incorrectas. Esto debe ser tema principal de la conversación entre el juez y el médico, y éste debe hacerle saber que si no se trata de conductas delictivas, no puede revelarle la información, por más que él no esté de acuerdo con ellas. Es lógico pensar que éste no es el caso, pues el juez es muy consciente de que su función termina en los límites del derecho positivo, y que no puede utilizar su cargo para perseguir conductas que le parecen incorrectas pero no son delictivas. Pero en caso de que tal fuera la situación, el médico no debe revelar la información, poniendo inmediatamente el caso en conocimiento del Colegio Oficial de Médicos, en petición de amparo colegial y judicial.

Recomendaciones



- No es correcto hablar en este último caso, el de la no revelación de datos pedidos por un juez cuando no existe presunción clara de delito, de objeción de conciencia. Se trata, una vez más, de una objeción falsa o pseudo-objeción. No ha lugar a la objeción de conciencia cuando alguien pide algo a lo que no tiene derecho y que por tanto no es merecedor de respeto. Simplemente, el médico no puede considerarse vinculado por una orden que no es correcta.
- La objeción de conciencia auténtica o correcta sería aquella que llevara a negarle al juez los datos que pide y ante la presunción clara de un acto contrario a Derecho, sobre todo si se trata del Derecho penal. Por eso la objeción de conciencia coincide en este caso con el primer curso extremo de acción.
- Ni que decir tiene que tal objeción no es correcta caso de que no se hayan explorado todos los cursos intermedios y éstos hayan demostrado su inviabilidad.
- Uno de los objetivos principales de esta *Guía*, si no el principal, es demostrar que la objeción de conciencia sólo puede aplicarse en situaciones extremas, cuando todas las otras vías de solución del conflicto han fracasado.
- Una vez más insistimos en que el enfoque de la objeción de conciencia desde un pensamiento puramente dicotómico, que reduce todo el análisis a la identificación de los cursos extremos, no es correcto. La mayor parte de los casos de objeción de conciencia se aclararían con sólo aplicar correctamente el método.



PROBLEMA 4

Objeción de conciencia ante adolescentes con conductas irregulares

Caso 4. La fiebre del sábado noche

Los hechos

En un pueblo de 2000 habitantes, cabecera de comarca y de zona de salud de 5000 habitantes, a las 5 de la mañana de un domingo acuden a urgencias del centro de salud varios jóvenes que portan muy nerviosos a una chica de 14 años, aparentemente inconsciente, de la que refieren entre gritos y acusaciones mutuas que se ha pasado bebiendo. “Se había caído hacía bastante rato en un rincón de la discoteca del pueblo y no respondía a sus esfuerzos por hacerla volver en sí”.

Tras recuperar a la paciente, se localizó a la familia de la menor, que vivía en un pueblo perteneciente a la zona de salud y distante 20 kilómetros del centro. Cuando llegaron su padre y su madre, la niña había recuperado el conocimiento y continuaba acompañada por dos de los jóvenes que la habían trasladado. El padre entró muy excitado, preguntando por “el que le había dicho por teléfono que su hija había bebido demasiado”. Se encaró con el médico alegando que su hija no era una borracha y que simplemente le había sentado mal la bebida. El médico le hizo pasar al despacho y, tranquilizándole, le comunicó que su hija estaba fuera de peligro. “Entiendo cómo se siente –añadió– pero admita que lo que le ha sentado mal es la cantidad de alcohol ingerida. A esta edad el alcohol que se puede tomar es cero”. Tras las explicaciones, el padre seguía irritado, aunque más tranquilo, e insistía en que a su hija “simplemente le había sentado mal la bebida, o que le habían dado algo y engañado”.

Tratando de calmar al padre, el médico le explica que “no merece la pena discutir de cantidades sino de la gravedad del hecho de que una menor tome bebidas alcohólicas”, cosa, por lo demás, que “no es casual, ya que ocurre todos los fines de semana”. El médico añade que “les comprendo y lamento mucho que tengan este disgusto, pero no puedo evitárselo, porque se trata de una menor y el alcohol a esas edades supone un peligro para su vida y su salud.” Añade que no sólo “está en peligro la vida de su hija sino la de otros jóvenes como ella, debido a que alguien les vende el alcohol que toman y les permite que beban en establecimientos públicos.” El médico explica a los padres su obligación de poner el caso en conocimiento del juez, aunque añade que eso no tendrá consecuencias negativas para su hija. El padre le responde que “con la denuncia al juez, mi hija



quedará como una borracha y nosotros pasaremos mucha vergüenza”. El médico le asegura que no es así, que el juez no hará público absolutamente nada, simplemente actuará si lo cree oportuno y en ningún caso trascenderá nada ni por parte suya ni del juez.

Interviene la madre, diciendo que “algo habrá hecho la niña, y nosotros tenemos parte de la culpa, por dejarla salir hasta tan tarde. Quien no tiene culpa es el doctor y la enfermera que la han atendido y recuperado”. A continuación pidió que no diera parte al juez y a cambio ellos se comprometían a controlar a su hija. El médico apostilló que no es un problema de culpas, que se trata de la salud de la niña y de los jóvenes que todos los fines de semana están dispuestos a beber mucho, y de la necesidad de evitar que alguien, por puro interés económico, les procure a los menores de edad bebidas alcohólicas, saltándose la prohibición existente. Como no se trata de un hecho aislado, cualquier día tendremos todos que lamentar la pérdida de alguna vida humana, sin tener en cuenta otros daños que la situación está produciendo a los menores en su desarrollo. El juez tomará sus decisiones, pero les garantizo que las mismas no van a implicar públicamente a ningún menor. Por lo demás, el comportamiento de su hija y de sus amigos se conoce y es público, debido a que lo hacen y comentan ellos y todos los que en esos momentos están en la discoteca y no por lo que se comunique al juez. Los profesionales estamos obligados legalmente a trasladar estos hechos al juez, pero, dada la situación, también en conciencia.” Poniendo fin a la entrevista, el médico añade: “Si les parece, les veo de nuevo fuera de consulta y, más tranquilos, lo revisamos todo de nuevo y les comento algunas cosas más, a propósito de las costumbres y riesgos de los jóvenes”.

Programa el caso para la sesión clínica en el centro de salud del martes siguiente. El lunes a primera hora, cuando entra en el centro de salud, le está esperando la joven y una amiga, que se dirigen a él pidiéndole que las atienda urgentemente antes de empezar la consulta. Tras pasar al despacho, tomar asiento y hacerles las preguntas de ritual, la paciente le dice que “la otra noche, cuando no me enteraba de nada, mantuvieron conmigo relaciones sexuales al menos cuatro chicos y por lo tanto tengo miedo de estar embarazada. Todo lo sé porque me lo ha contado ésta. Aunque usted no es mi médico, como me atendió el otro día, vengo a que me de la píldora del día después y así no tengo que explicárselo todo al médico de mi pueblo”.

El médico le pregunta si las relaciones fueron consentidas, si habían utilizado preservativos y si conoce a los jóvenes. La niña manifiesta que todos los fines de semana ella y sus amigas hacen algo parecido, a lo que la amiga que la acompa-

ñaba asiente; que ella no se da cuenta ni tampoco sabe si se ponen preservativos o no, pero que piensa que no. Manifiesta que lo va a seguir haciendo como otras amigas, porque es así como se divierten. El médico le advierte que puede morir en otra situación similar como consecuencia del alcohol ingerido, y que para tener relaciones sexuales no es preciso que abuse de ella el primero que pase por allí, porque pueden transmitirle el SIDA u otras enfermedades. Que si tiene relaciones sexuales debe poner los medios para que no le contagien enfermedad alguna y también para evitar un embarazo no deseado. Añade que no es aconsejable tomar todos los domingos o los lunes la píldora y que debe reservarla para situaciones excepcionales o imprevistas, pero no utilizarla como método anticonceptivo sistemático. A lo que ella responde que sus amigos y conocidos no están enfermos y que “de algo hay que morirse; si te toca, te toca.” Añade que no tiene nada que ver con esos chicos, que son mayores que ella, que no recuerda nada más y que es su amiga la que sabe quiénes fueron. “No se lo digas a mis padres, porque mi madre bastante preocupada está y mi padre me mata”. Tampoco desea que se entere nadie, que ella bebió porque quiso hasta emborracharse, como todos los fines de semana. Y que después no sabe con quién tiene relaciones, ni si son mayores o menores de edad. El médico le responde que no está en su mano acceder a algunas de sus peticiones dado que ella es menor, por lo cual algunas de sus decisiones, así como las consecuencias de las mismas, no sólo le corresponden a ella sino a sus padres y que si no quiere disgustar a su madre, debe evitar aquello que la disgusta.

Le pregunta si su madre conoce todo lo que le ha pasado y si sabe que hoy ha acudido a su consulta. Responde que no, que su madre no sabe nada aunque algo debe suponerse. El médico le manifiesta que tras un análisis que le va a hacer, le va a dar el tratamiento, pero que le advierte que es una menor de edad y que debería comunicárselo al menos a su madre. La paciente responde que de ninguna manera, que ella en ningún caso desea que lo sepa su madre. El médico, tras los resultados de la analítica y una vez valorada la situación, le propone un pacto: ofrecerle la píldora postcoital por el riesgo de embarazo, pero a condición de que vuelva a consulta con su madre. Él se compromete a no decirle nada del tratamiento y a cambio ella debe realizarse unos controles más adelante. Le advierte que lo que han hecho con ella puede considerarse una violación y que tiene que trasladar al juez la denuncia por el estado en que llegó a urgencias y los abusos a los que fue sometida. La paciente le pide que no lo haga, porque para ella no es una violación, ni siquiera un acto de violencia y que ya ha ocurrido otras veces. No quiere que lo sepan sus padres porque si se entera su padre la mata y va a descargar la culpa



sobre su madre. El médico le dice que está de guardia al día siguiente, que venga con su madre fuera de consulta. No le dirá lo del tratamiento en esta ocasión, pero tiene que hablar con ella en relación a lo del día anterior. Mientras tanto, quiere pensar la decisión que debe tomar.

Por la tarde, acude a consulta la paciente con su madre, a la que ya le había contado lo ocurrido. La madre le pide entre llantos que no se entere su marido, al menos, de lo de los abusos, lo que sería difícil si lo comunica al juez, porque podría ser llamado a declarar. Y si puede ser, que no dé traslado al juez de nada de lo ocurrido, con el fin de evitar el escándalo. El médico le dice que está obligado a denunciar la intoxicación etílica, no sólo la de su hija sino también los de los otros casos conocidos de jóvenes, pero que no daría parte de los abusos sexuales. Informa a la madre sobre las medidas tomadas y le tranquiliza sobre las posibles consecuencias y controles que va a realizar a su hija. Es evidente que el comportamiento no es normal y debe ser valorado por el profesional adecuado.

Resuelto el caso, el médico decide llevarlo a una sesión clínica, para ver si el modo como ha procedido puede considerarse correcto y, sobre todo, para llegar, si es posible, a un consenso sobre el modo de manejar estas situaciones. En el transcurso de la sesión, otros colegas manifiestan encontrarse con situaciones similares durante los fines de semana y festivos. Deciden identificar los problemas principales que les plantean estos casos. Los principales son estos:

1. ¿Debe denunciarse al juez la intoxicación etílica grave de la menor y el lugar donde se le sirvió el alcohol? ¿Deben denunciarse o ponerse en conocimiento del juez otros hechos similares que ocurren todos los fines de semana en la misma discoteca, donde se les vende alcohol sin ningún control?
2. ¿Debe atenderse a la menor y ofrecerle tratamiento para limitar el riesgo de embarazo sin la presencia de alguno de sus padres?
3. ¿Es o no la paciente una menor madura?
4. ¿Debe denunciar al juez, contra la voluntad de la paciente, el abuso sexual practicada por cuatro adultos?
5. ¿Pueden los médicos administrar la píldora del día después a menores de edad sin el consentimiento de sus padres?

Como muchas de estas cuestiones son implicaciones legales, se decide consultar a la asesoría jurídica del Colegio Oficial de Médicos. Pero en el curso del debate surge otra cuestión, la de si en casos como éste cabe la objeción de conciencia de los sanitarios a tratar a menores de edad con conductas disolutas y claramente dañinas para su salud y su vida. Éste es el punto que ahora pasamos a estudiar.

Valores implicados

En este caso, como en tantos otros, los conflictos son varios y los valores implicados en cada conflicto son o pueden ser distintos. Es preciso, pues, determinar bien de qué conflicto estamos hablando, ya que cada uno de ellos requiere un análisis particular. Lo que ahora se trata de saber es cuáles son los valores implicados en el conflicto de los profesionales que se preguntan si pueden objetar en conciencia a intervenir en este tipo de casos. Quedan fuera del análisis todas las cuestiones propiamente legales, como son la obligación o no de denuncia de estas situaciones ante el juez.

Así planteado el problema, es claro que los valores en conflicto en los profesionales son los siguientes:

- El atender confidencialmente a quien lo necesita y prevenir embarazos no deseados facilitando anticoncepción postcoital.
- El no amparar conductas irregulares y potencialmente peligrosas, teniendo que suministrar además anticoncepción postcoital repetitiva.

Cursos de acción

Cursos extremos

1. El primer curso extremo consiste en proteger la salud y la vida de las adolescentes, accediendo a sus requerimientos, ya que ésta es la obligación de un profesional de la medicina. En este curso, obviamente, no se tiene en cuenta el otro valor en conflicto, a saber, las consecuencias negativas que pueden acarrear conductas tan irregulares para la propia salud y vida de esas mismas personas.
2. El segundo curso de acción es el opuesto. No se accederá a las peticiones de las adolescentes, dado que su poco autocontrol y falta de responsabilidad incrementa los riesgos y pone en peligro su salud presente y futura. Este curso coincide con la objeción de conciencia, ya que en él el profesional se niega a asistir a los pacientes, al menos en las condiciones exigidas por éstos.

Cursos intermedios

1. Lo primero que se hace necesario es evaluar la madurez de estas personas. En la historia no se dice nada sobre este punto, que es esencial. Las conductas parecen muy irresponsables, y por tanto cabe sospechar que son personas no sólo menores sino inmaduras. Es el supuesto que vamos a manejar en las consideraciones siguientes.



2. El médico tiene que procurar convertirse en la persona de confianza de la paciente, a fin de iniciar con ella un proceso de educación sanitaria y humana. El recurso a los padres no parece que pueda resultar de gran utilidad, puesto que no han conseguido nada hasta el momento y han permitido que la situación llegue al punto en que se encuentra.
3. La joven del caso necesita urgentemente una educación sexual adecuada. Caso de que el médico no pueda hacerlo solo o no se considere capacitado para ello, debe pedir ayuda a los Centros de planificación familiar o a los de Consulta joven.
4. Otro curso posible es trabajar con los padres, a fin de educarles en el manejo de estos problemas y en la relación con sus hijos
5. Está, también, la posibilidad de ayudar al grupo familiar entero a través de los equipos de terapia familiar, o de los Centros de salud mental.
6. Cabe también plantearse una intervención en el grupo de jóvenes que rodean a esta chica y que le han acompañado al servicio de urgencia.
7. El médico de familia debería estar adecuadamente formado en las técnicas de manejo de los problemas de la adolescencia, a fin de poderlas aplicar al trato con sus pacientes. Un curso de acción importante es promover la formación de los profesionales en las técnicas que pueden ayudar a la resolución de este tipo de conflictos.
8. El caso descrito es muy llamativo por lo extremoso que resulta. Tiene que ser posible convencer a la menor de que su conducta pone en riesgo su vida, y que ciertas reglas de control pueden hacer compatible el disfrute de los fines de semana con el necesario cuidado de su salud.

Curso(s) óptimo(s)

- La objeción de conciencia, en este caso como en tantos otros, es un curso extremo que no resulta moralmente defendible más que si todos los cursos intermedios resultan fallidos. En principio, pues, el profesional no puede hacer objeción de conciencia. Tendrá que utilizar todo su saber y experiencia en la búsqueda del mayor beneficio de la paciente, lo que pasa por resolver su situación actual y por introducirla en un proceso de educación sexual y humana. Esto puede hacerlo directamente, en colaboración con otras unidades, como las de planificación familiar, salud mental, medicina preventiva, etc. Es fundamental ganarse la confianza de la joven y utilizar la relación en beneficio suyo, buscando un cambio drástico de su conducta, al menos en la de consumo de alcohol y en sus relaciones sexuales. Sería deseable poder integrar a los padres en algún momento en este proceso educativo.



Recomendaciones

- Este caso plantea otros muchos problemas, varios de tipo jurídico, como la notificación al juez de las conductas, etc. Aquí no los hemos analizado, habida cuenta de que nuestro tema es la objeción de conciencia. Por otra parte, ésta es una *Guía* de ética, no de Derecho médico.
- Es importante no perder de vista que las soluciones jurídicas, con ser necesarias y obligatorias, muchas veces no optimizan los valores en conflicto. Ello se debe a que por lo general fijan los mínimos exigibles a todos, lo cual hace que con frecuencia se produzca una cierta desorientación respecto al objetivo del análisis, que si es ético siempre ha de consistir en la búsqueda de los máximos, es decir, de la o las soluciones óptimas.
- En el caso concreto que estamos analizando, la focalización del problema en torno a las obligaciones legales de comunicación al juez y a los padres de la joven del problema, desvía la cuestión de la verdadera perspectiva ética, que ha de consistir en la búsqueda del mayor beneficio de la menor.
- En el caso concreto de la objeción de conciencia, el enfoque del tema sólo desde la perspectiva jurídica, como un mero conflicto de derechos, lleva generalmente a reducir los cursos de acción a dos, y a optar por uno de los dos derechos en conflicto, lo que dificulta por lo general la búsqueda de soluciones óptimas.
- Es importante no olvidar nunca que la objeción de conciencia es siempre la opción por un curso extremo, y que no está justificada hasta que no demuestran su inviabilidad los cursos intermedios. Olvidar esto es el error más frecuente en el manejo de este tema, que lleva a defender objeciones que resultan falsas en cuanto se realiza un análisis más cuidadoso del asunto.



PROBLEMA 5

Objeción médica a colaborar en demandas indebidas de prestaciones sociales

Caso 5. Petición de un certificado de invalidez

Varón de 32 años, soltero, residente en la casa paterna. Un hermano mayor que él acude al domicilio particular del médico para pedirle ayuda: "a ver qué hacemos con mi hermano, porque cualquier día sucede lo peor. Bebe hasta más no poder, está agresivo, como loco, y anda diciendo que cualquier rato de estos se ahorca, y



éste es capaz de hacerlo”. El hermano parece muy angustiado, acude a la entrevista solo, sin el paciente y sin su conocimiento. No es posible averiguar si el paciente ha sido sorprendido hoy en un intento suicida o si tiene intentos previos conocidos, porque la familia elude hablar claro sobre ese tema. Parece que ha proferido amenazas o advertido de su intencionalidad. De otro modo, no se entiende la urgencia de la consulta. Quedamos en que consideraremos este como un encuentro casual, en el que el médico preguntó por el paciente al hermano de éste y ambos quedaron en que al día siguiente iría a la consulta. El paciente sólo fue atendido una ocasión, hace siete años, en que acudió por sufrir una erupción pruriginosa al contacto con cereales ensilados.

Antecedentes Personales: a los 16 meses padeció una meningitis que le dejó como secuela una sordera bilateral severa. A los 12 años tuvo un brote de brucelosis, con orquitis bilateral. Fumador de 15-20 cigarrillos día. Bebedor excesivo habitual, más a días y a ratos, hasta la embriaguez severa.

El lunes acude el paciente a la consulta, acompañado por su hermana mayor, que no reside en esta localidad y que ha venido ex profeso. Llega sin afeitarse, con ropa vieja y sucia, despeinado, cosa que parece deliberada, porque no es lo habitual en él. Entra con las manos en los bolsillos y la cabeza hundida entre los hombros, como si los alzara en exceso, mirándose los zapatos. Teatraliza, dando a entender que viene en contra de su voluntad. Declina mi invitación a sentarse y deja que sea su hermana la que hable por él. Mientras su hermana cuenta los hechos, él permanece con la mirada fija en el suelo, frotándose la mano con los dedos abiertos, distraído, nervioso, como ausente.

Cuando, pasados los primeros momentos, el médico invita a la hermana a salir del consultorio y dejarlos solos, ella le dice al médico: “no se preocupe, que a él no le importa que sea yo la que se lo cuente. Mire, él es un pobrecito, es bueno, pero a causa de la sordera no es muy inteligente y siempre necesita ayuda. Siempre tiene dolor de cabeza o de oídos, y eso lo hace ponerse rabioso, como loco. Con mis padres, no puede ni hablar, porque en seguida se enzarzan. Y si anda con el tractor, dice que el ruido del motor lo mata. Desde hace algún tiempo le ha dado por beber hasta caerse. Y ahora nos enteramos por un vecino de que anda pensando en ahorcarse. Ya me dirá qué hacemos con él. Si pudiera conseguirle alguna ayuda...”

Una vez que la hermana abandona el despacho, el paciente parece conectar con el profesional. Sabe leer los labios. Es afectivo y empático. Aparentemente no parece *borderline*. Me cuenta que su problema son los oídos, que ya no aguanta más, que está harto y que cualquier día... (hace el gesto de cortarse el cuello con el índice, de izquierda a derecha por la base del cuello), porque además “sabe” que

él no tiene solución, que no tiene amigos (lo que atribuye a su sordera), y que hasta sus hermanos le toman el pelo porque no puede defenderse, al no saber lo que hablan entre ellos. De su padre afirma que no le deja en paz, diciéndole a cada paso lo que tiene que hacer y riñéndole por hacer las cosas mal. De su madre afirma que ella ya tiene bastante con sus “nervios” como para preocuparla más. Y que como él trabaja solo, ya está harto de todo.

A la pregunta de por qué bebe, responde que le da tranquilidad y “porque además los oídos no me hacen tanto ruido”. Se echa a reír de inmediato y añade: “o por lo menos yo no me entero”. Manifiesta su deseo de que le hagan un electroencefalograma para ver qué tiene en la cabeza, como le ha dicho su hermana, porque algo tiene que tener. A la pregunta del médico de en qué cree que puede ayudarle, él responde: “Allá tú, si piensas que vas a solucionar algo, inténtalo o, por lo menos, mira a ver si me coge la ONCE, que me han dicho que dan ayudas. Y si no tengo arreglo, dejadme hacer lo que me dé la gana”.

Se queja de que duerme muy mal, con sueño entrecortado, “pero no me andes dando pastillas, que cuantas menos, mejor”. Cuando le explica el médico que el insomnio puede ser consecuencia directa del daño que le hace el alcohol, sonríe y dice: “Sabrás tú. A mí lo que me hace el alcohol es dormir, no despertarme, vamos, digo yo”.

Al abandonar la consulta, parece salir contento. Da la mano al médico por propia iniciativa y al despedirse le dice: “tú mira a ver si me dan una ayuda y así dejo las vacas, que nunca me han gustado, porque son muy marranas”.

Alguien le ha insinuado que tiene derecho a que le den una ayuda económica, con indicación expresa de que la solicite a la ONCE. Y la familia está empeñada en conseguirle ese “algo”. Verbaliza ideas y amenazas suicidas con marcado carácter manipulador del entorno.

Al médico el paciente le parece más inteligente de lo que creen en su entorno familiar. No es posible evidenciar el retraso mental que la familia reiteradamente insinúa. Es impulsivo, intolerante y, en ocasiones, agresivo, tanto en sus relaciones familiares como sociales, con problemas secundarios de adaptación y convivencia como consecuencia de su sordera. Voluntariamente solitario y socialmente aislado, no carece de medios económicos. Por el contrario, tiene trabajo propio y estable, con doce vacas de ordeño, maquinaria, terreno agrícola con cereales y coche propio. Actualmente parece pasar una mala época; ha aumentado la ingesta excesiva de alcohol y descuida su trabajo, por lo que tiene mayores fricciones con su padre. Utiliza deliberadamente el alcohol como ansiolítico: “Sobre todo bebo cuando me cabreo, cuando me salen mal las cosas y, eso sí, en los fines de semana más, que para eso son fines de semana. ¿O no?”.



Ante la situación descrita, el médico establece un plan de manejo del caso, consistente en: a) Valoración psiquiátrica de su estado actual, desintoxicación o deshabitación de su alcoholismo y tratamiento posterior de mantenimiento, si fuera necesario. b) Valoración por ORL de posibles tratamientos paliativos a su sordera. c) Estudio a fondo de su patología sensorial y de su grado de minusvalía. d) Brindarle apoyo emocional y solicitar asistencia social si fuera necesario, pero manteniéndole ligado a sus obligaciones y reforzando su autonomía.

La familia y el paciente insisten en solicitar ayudas a la ONCE o adonde convenga: “la cosa es que le den algo, que bastante tiene”. Su médico se niega a tramitar la solicitud de invalidez, por considerarla innecesaria e injusta y potencialmente perjudicial. ¿Qué hará con su tiempo caso de que se le considere inválido? ¿Y con el dinero? El médico piensa que la invalidez no es necesaria para abordar su problema y que, lejos de beneficiarle, podría resultar perjudicial para su curso clínico. Sus necesidades no son económicas, no está incapacitado para el trabajo que realiza, y éste le mantiene alerta y le obliga a un ritmo de vida saludable. No solicitar ahora la ayuda no tiene consecuencias negativas para él. Siempre hay tiempo para iniciar ese proceso. Pero una vez concedida la invalidez, ésta resulta irreversible y puede acarrear importantes consecuencias indeseables.

La negativa a colaborar en el proceso de invalidez le supone al profesional un apercibimiento por parte del director médico de la gerencia y posteriormente de los servicios de inspección. Las entrevistas fueron tensas y tras ellas se le requirió por escrito que, respetando los deseos del paciente, diera curso a la solicitud. Ante tal requerimiento, el médico se declaró objetor de conciencia ante una petición que consideraba lesiva de su ética profesional. Más tarde se enteró de que, por mediación de otro de los médicos que le atendían, y en contra de su opinión, manifestada y justificada por escrito, el paciente había conseguido la pensión de invalidez, porque es “*amigo-de-no-sé-quién*”.

Valores implicados

En este caso, como en tantos otros, hay varios problemas morales. Cada uno de ellos requeriría un análisis específico. Aquí nos planteamos el de la objeción de conciencia del médico. Él la ha expresado a consecuencia del conflicto moral que le ha generado la petición por parte del paciente y de la familia de un informe para poner en marcha un proceso que considera injusto y contraproducente para el enfermo.

Así planteado el problema, los valores en conflicto son los siguientes:

- De una parte, el respeto de la decisión autónoma expresada por el paciente y por su familia.

- De otra, la obligación que el profesional cree tener de no perjudicarlo, así como de evitar la percepción de una prestación social por parte de alguien que no la merece, lo que lesiona claramente el principio de justicia.

Cursos de acción

Tras identificar los valores, es sencillo dar con los cursos extremos, tras lo cual debe hacerse el esfuerzo de identificar todos los cursos intermedios posibles.

Cursos extremos

1. Si se opta por el primero de los valores, la decisión del paciente, el curso extremo consiste en atender a sus deseos y extender el certificado, sin tener en cuenta los otros valores en conflicto.
2. El curso opuesto a éste es no extender el certificado ni iniciar el proceso de invalidez, contrariando la decisión expresada por el paciente y sus familiares. En este caso, los valores por los que se opta son la no-maleficencia y la justicia. Al objetar, el médico se sitúa precisamente en este curso de acción.

Cursos intermedios

1. Hablar con el paciente y sus familiares y hacerles ver que no se dan las condiciones objetivas para iniciar un proceso de concesión de ayuda por invalidez
2. Hablar con el gerente de área y con el inspector médico, a fin de transmitirles las razones por las que cree que no hay razones objetivas para la concesión de la invalidez, y recabar de ellos las razones por las que creen lo contrario
3. Extender un informe médico en que se deje constancia de las condiciones reales del paciente, y dejar la responsabilidad de la concesión al tribunal que habrá de juzgar la conveniencia o no de conceder la invalidez, que es a quien realmente le corresponde.
4. Trasladar el paciente a otro profesional

Curso(s) óptimo(s)

- De nuevo son los cursos intermedios los que resultan más adecuados. Debe intentarse resolver el problema hablando con el paciente, con su familia, con el gerente de área y con el inspector médico. Si estos cursos resultan ineficaces, el médico debe extender un certificado veraz de la situación del paciente, dejando la valoración final al tribunal que habrá de concederle la invalidez. Sería conveniente tratar el caso en sesión clínica y establecer los criterios a que deben atenderse los profesionales en casos similares en el futuro.



- De lo anterior se deduce que no es correcta la objeción de conciencia en este caso. De nuevo se trata de un curso extremo, que no puede justificarse más que tras haber resultado ineficaces todos los cursos intermedios hubieran resultado ineficaces

Recomendaciones



- Intentando beneficiar a nuestros pacientes, los médicos a veces empeoramos y agravamos su situación. Todos debemos limitarnos a trabajar en el áreas y competencias que mejor conocemos, y la gestión global de salud de un ciudadano al que no se conoce bien es competencia de su médico de cabecera. Se hicieron mal las cosas por precipitación profesional y por los circuitos político-administrativos, olvidando que el dinero no lo resuelve todo y que a veces puede estropear las cosas. A pesar de la resistencia del médico y de su informe, se le concedió la invalidez al paciente. Se trata de un varón de 32 años, soltero y sin compromiso. Le quedan por vivir, si todo va normal, unos 50 años más.
- Los efectos no se hicieron esperar, condicionando tanto los resultados actuales como su futuro profesional y humano. Ha dejado de trabajar, “porque está enfermo” y explota el papel con su familia. Ha vendido sus vacas y permanece ocioso durante todo el día. La sociedad ha ratificado oficialmente, al concederle una pensión, que “es un inválido”. Bebe y fuma más que antes. Han aumentado sus exigencias en el entorno familiar, con lo cual los problemas de convivencia se han agravado. Tiene más medios económicos que antes para ser usuario habitual, como lo es, de prostitutas, y además no toma precaución alguna en esas relaciones, con lo que los riesgos de ETS han aumentado. Cree tener más derechos que antes y consume más analgésicos, porque ahora, “con las recetas rojas, no pago un duro en la farmacia”.
- Su padre, anciano, no lo aguanta, la convivencia se ha deteriorado y las broncas familiares son continuas. Su madre ha empeorado de su ansiedad, de sus dolores de cabeza y utiliza su enfermedad como refugio. Como “está mal de los nervios”, no quiere saber nada de su hijo. Su hermano pregunta “qué hacer con él, pues lo único que hace es estorbar a los demás”. Acude a consulta psiquiátrica cada dos meses. Su médico de cabecera se confiesa harto de él, de su familia y de las continuas demandas de ambos. Se siento frustrado por el fracaso de sus gestiones y enfadado porque se le ha concedido una pensión vitalicia que no merece y que cae sobre los hombros de todos los españoles. Para colmo, tiene que utilizar con él las recetas de pensionista, lo que le asegura la gratui-

dad total de las medicinas. Presagia que cualquier día se encontrará al paciente en las páginas de sucesos.

- El caso constituye un drama debido a la mala gestión de la salud, como consecuencia del desconocimiento de los efectos de prestaciones que ofrece el Estado de bienestar sin evaluación de las consecuencias de las mismas en un paciente concreto. La situación es más llamativa habida cuenta que no se respeta el criterio del médico de cabecera, verdadero conocedor del problema, además de generarle un conflicto de conciencia. Por otra parte, se ha producido un grave deterioro en la relación entre el médico y la familia. Con posterioridad, los familiares han pedido disculpas al médico, reconociéndole que tenía toda la razón. En la actualidad, el paciente se encuentra internado en un servicio de psiquiatría por orden judicial, tras un grave enfrentamiento con sus familiares, a los que amenazó con arma blanca. Los familiares han acudido a su médico de cabecera, ante la notificación de que dentro de diez días le dan de alta en el centro psiquiátrico y vuelve a su casa: “¿Qué vamos a hacer cuando le suelten?”



PROBLEMA 6

Objeción a la atención de inmigrantes con dificultades lingüísticas en urgencias

Introducción

La medicina de urgencias a menudo genera situaciones de tensión, tanto por el tipo de patología –en ocasiones de riesgo vital– y la ansiedad de las familias acompañantes, como por el contexto de masificación asistencial, tan frecuente en nuestro medio.

En algunas zonas, este escenario se ve completado con el incremento de pacientes de otras nacionalidades con dificultades lingüísticas, lo cual ha suscitado dificultades asistenciales añadidas, generando algunos problemas de carácter ético.

Caso 6. Patologías banales en inmigrantes con dificultades de comunicación

El Dr. Pedro Seguras trabaja en el servicio de urgencia de un hospital que presta asistencia en una zona urbana con un elevado porcentaje de población inmigrante de diferentes latitudes, la mayoría de países de lengua no española. Con relativa frecuencia solicitan asistencia urgente personas inmigrantes que tienen dificul-



tades para hablar y entender el castellano. En una de las reuniones del servicio de urgencias se suscitó la siguiente discusión:

Dr. Pedro Seguras: “Esto no puede seguir así. Ayer estuve durante casi una hora intentando aclararme con una paciente que no hablaba ni una palabra en español y que se quejaba de un dolor en el cuello. Le hicimos de todo, Rx, ECG, analíticas... Hicimos pasar a la familia, pero tampoco sirvió para mucho. En un momento dado no pude más y exigí que localizaran a la trabajadora social para que gestionara la presencia de un traductor, y hasta que llegó dejamos a la paciente en observación. Al final resultó que tenía unas aftas en la mucosa bucal. Ya os podéis imaginar cómo estaba la sala de espera...”

El jefe de servicio, Dr. Luis Arribes, interviene: “Ya sabéis que hemos solicitado un incremento de plantilla para el servicio, en todos los estamentos. En la gerencia tienen el informe de nuestra actividad asistencial del pasado año y ya me han adelantado que la estadística justifica una ampliación de plazas, donde se incluirá una trabajadora social que tendrá una dedicación especial a este tipo de situaciones”

Dr. Pedro Seguras: “Aquí hay un problema de fondo. Esto es un dispendio y además un peligro para todos. No podemos dedicar los recursos de un servicio de urgencias a atender problemas menores que deberían ir al centro de salud, y mientras tanto los infartos aparcados en la sala de espera. Y todo porque nos meten con calzador pacientes que no hablan ni una palabra de español. A mí esto me plantea un auténtico problema de conciencia, porque mi obligación es curar y no resolver problemas sociales. Ahora resulta que me tengo que dedicar a hacer de médico de cabecera de inmigrantes que deciden venir a urgencias. Y todo porque aquí les acabamos resolviendo cualquier problema, gratis total. Mientras tanto, llegan las urgencias vitales, las ambulancias pidiendo paso, y nosotros haciendo señales de humo para aclararnos con pacientes con gripe que pasan de ir al centro de salud.”

Dr. Luis Arribes: “Tienes razón en parte, pero me parece que lo determinante del problema es que tenemos más trabajo del que podemos atender y esto se va a resolver en buena medida con la ampliación de la plantilla que nos han prometido. Las urgencias siempre han generado mucho estrés, pero los más antiguos recordaréis que hace quince años, antes de que se montara el servicio, también teníamos problemas, incluso más serios, lo que pasa es que ahora todos somos más exigentes, nosotros y los pacientes; y que conste que no quiero quitarle importancia al problema, que es ciertamente preocupante, pero también conviene tener un poco de perspectiva, sobre todo los recién llegados que, por cierto, Pedro, no es tu caso.”

La prometida ampliación de plantilla se retrasaba más allá de lo prometido. El ambiente en el servicio de urgencias se fue enrareciendo, había caras largas, sobre

todo entre los facultativos. Prácticamente todos los días se repetía la escena de algún paciente inmigrante, atendido por un problema que en realidad era banal, y que cuando era remitido a su centro de salud a menudo terminaba en una discusión con los propios enfermos o con sus familias. Así estaban las cosas, hasta que una de las reuniones semanal del servicio de urgencias se desarrolló del siguiente modo:

Dr. Pedro Seguras: “Ya está decidido, voy a plantear objeción de conciencia para la atención a pacientes que no hablen español. Lo llevo pensado desde hace tiempo y lo he consultado con un abogado. Esto ya es una cuestión de principios. Yo no puedo estar media hora para entenderme con un paciente que luego tiene un catarro, pero con el cual no logro comunicarme; y mientras tanto, tenemos en la cola esperando una urgencia vital, cuya vida está en peligro por este desastre organizativo. Ya sé que es muy fuerte lo que estoy planteando, y no es mi intención perjudicar a los compañeros, pero si todos hiciéramos lo mismo estoy seguro de que esto se arreglaría de una vez.”

Dr. Luis Arribes: “¿Pero qué dices, hombre? Esto no es posible. Como te niegues a atender a un paciente te va a caer un paquete de campeonato. Te lo advierto como jefe de servicio.”

Dr. Pedro Seguras: “Pues ya lo veremos, porque tengo una sentencia del Tribunal Constitucional que ampara el derecho a la objeción de conciencia. Y yo lo tengo muy claro. Si la dirección no pone traductores, esto no puede mantenerse así. Por encima de los principios de beneficencia y de autonomía están el de no maleficencia y el de justicia...Pienso que si seguimos tragando, en la práctica estamos perjudicando a los usuarios.”

En la reunión del servicio se organizó un auténtico tumulto, hablando todos a la vez. Las opiniones se repartían en todas las direcciones: “Pues es verdad, seguro que así la dirección se lo tomaría más en serio”; “¿Pero qué es lo que se va a arreglar?”; “Que quede claro que yo no voy a ocuparme de los pacientes que tu rechaces, vamos que yo voy a ser objetor al objetor”...

Dr. Luis Arribes: “Por favor, os pido un poco de serenidad, hablad de uno en uno, porque gritando no solucionaremos nada. A ver, Susana, tú eres la supervisora de enfermería y me parece importante que des tu perspectiva, pues al fin y al cabo estáis directamente implicadas en la primera valoración de estos pacientes cuando entran por la puerta del servicio.”

Sta. Susana Gil: “Pues es verdad, al personal de enfermería nos toca recibir al paciente y hacer una primera valoración del grado de urgencia, lo cual no es sencillo cuando falla la comunicación verbal. Pienso que el problema se está agravando por las demoras que se generan y no digamos cuando es necesario entrar en y salir



de la sala de espera, con gente que se te cuelga de los brazos...; a veces hay protestas y todos los días tenemos alguna bronca seria. Lo que ya no tengo tan claro es lo de la objeción de conciencia. Entiendo que es un tema personal muy delicado y que debe respetarse, pero a mí me genera dudas, y si el Dr. Seguras no tiene inconveniente, sugiero que se plantee este caso al Comité de Ética Asistencial (CEA), para ver si nos pueden orientar, pues el problema está afectando a todo el servicio. Vamos, que me gustaría escuchar más opiniones de gente experta en estos temas éticos.”

Dr. Luis Arribes: “Me parece que Susana acaba de hacer una excelente aportación. Yo le pido al Dr. Seguras que antes de dar más pasos, tenga la amabilidad de acompañarme para explicar nuestro problema al CEA a ver si nos pueden ayudar.”

El Dr. Seguras acompaña al jefe de servicio, Dr. Arribes, a una entrevista con la presidenta del CEA, la Dra. Blanca Sevilla, quien tras escuchar la explicación del caso les comenta: “La verdad es que nunca habíamos recibido una consulta de estas características, pues lo típico de un CEA son casos donde se nos piden orientaciones ante decisiones que son éticamente complejas y que plantean dudas a los profesionales o incluso a los pacientes. Por ejemplo, actualmente nuestro mejor cliente es la UCI. El comité también hace recomendaciones o protocolos para situaciones éticas difíciles, por ejemplo, acabamos de hacer uno para casos de cirugía en pacientes que rechazan transfusiones de sangre. Sobre la marcha se me ocurre que vuestro caso lo podríamos enfocar hacia la elaboración de unas pautas o recomendaciones éticas para la asistencia de pacientes inmigrantes con dificultades de idioma.”

Dr. Pedro Seguras: “A mí me parece muy bien todo lo que dice Blanca, pero quiero recordar el motivo por el que estamos aquí...la objeción de conciencia.”

Dra. Blanca Sevilla: “Cierto. Estaba pensando en voz alta sobre cómo ayudarlos. Verás, a mí me parece que el tema de la objeción de conciencia es una cuestión que así, en estado puro, deberías tratarla en el Colegio de Médicos. En cualquier caso, pienso que podríamos tratar este asunto en la próxima reunión del CEA como un problema de ética asistencial que concierne a un servicio en su conjunto. Os pido un voto de confianza, pues intuyo que algo podríamos aportar. Mi experiencia de estos años es que de las deliberaciones siempre sale alguna luz. Además, en el comité hay dos médicos que están en la Comisión de Deontología del Colegio de Médicos, que también podrán aportar esa perspectiva. Antes de un mes me comprometo a daros una respuesta del CEA, pero eso sí, necesito que me pongáis por escrito un resumen del problema, en un folio, intentando precisar la consulta.”

Dr. Pedro Seguras: “Blanca, sabes que tengo muy buenos amigos en el CEA y que agradezco el interés que os tomáis, que además es *gratis et amore*. Pero no voy

a someter mi conciencia a lo que decidáis en la reunión del comité. Hay momentos en que la dignidad personal y profesional deben decir basta, y esto no se puede diluir en una reunión de 'sabios'."

Dra. Blanca Sevilla: "Mira Pedro, ni nosotros somos unos sabios ni te vamos a decir lo que debes hacer. Tan solo intentamos ayudar a quien pide asesoramiento. Si te sirve, bien y si no, tan amigos..."

Dr. Luis Arribes: "Ahora no vamos a repetir de nuevo todo el argumento. Este asunto ya nos tiene a todos abrasados. (El Dr. Seguras hace un gesto de fastidio) Que quede claro, Pedro, que tú no eres el problema, me refiero a estos continuos conflictos con las urgencias en otros idiomas; en todo caso tú has tenido el coraje de agarrar el toro por los cuernos. Pero lo que me sabría mal es que al final el toro te corneara a ti y que encima no sirviera para nada. Recuerda aquella sesión que diste sobre la terapéutica fútil...Sabes que como jefe del servicio estoy muy preocupado y que hago todo lo posible para encontrar soluciones. Pero tengo que repetirte que no veo claro lo de hacer objeción de conciencia tal como lo planteas. Yo no soy un experto en estos temas, pero la intuición me dice que algo no encaja. Te pido por favor que escuchemos lo que nos pueda decir el CAE."

Dr. Pedro Seguras: "Vale, vale. haré el escrito con un resumen de la consulta este fin de semana y se lo paso a Blanca."

Una vez recibido el informe, el CAE se reunió para analizar el caso. Como de costumbre, lo hizo siguiendo los pasos que a continuación se detallan:

Valores en conflicto

El conflicto lo tiene un médico, el Dr. Pedro Seguras, que por una parte considera una obligación atender a los pacientes que acuden a urgencias con patologías banales y sin hablar español, y de otra piensa que el excesivo tiempo que consume con esos pacientes le impide atender bien a los demás, algunos de ellos con patologías realmente urgentes y graves.

Así planteado el tema, los valores en conflicto son:

- De una parte, la salud y el bienestar de los inmigrantes que acuden al servicio de urgencia en busca de ayuda. Todos estos valores giran en torno al principio ético de beneficencia
- De otra, el no ser maleficente con los demás enfermos que, a veces con patologías graves, tienen que esperar más tiempo del debido como consecuencia del retraso en la asistencia generado por la dificultad de comunicación con ciertos inmigrantes.



Cursos de acción

Los dos valores identificados, el ser beneficente con los inmigrantes que tienen graves dificultades en la comunicación y el no hacer daño a los demás enfermos que acuden a urgencias, entran en conflicto en situaciones y momentos concretos, de modo que no puede cumplirse con ambos a la vez. Para identificar el curso de acción óptimo, es decir, el que lesiona menos ambos valores o los realiza en mayor medida, tenemos primero que identificar todos los cursos de acción posibles, comenzando por los cursos extremos, que son siempre los más sencillos de ver.

Cursos extremos

Consisten siempre en la opción por uno de los valores en conflicto, con lesión completa del otro. En este caso, los cursos extremos serían:

1. De una parte, dedicar a los inmigrantes que no pueden comunicarse todo el tiempo que sea necesario, habida cuenta que es obligación del médico atender a todos sus pacientes y buscar su mayor beneficio, sin tener en cuenta el otro valor en conflicto, el posible daño de los pacientes que se hallan en la sala de espera.
2. De otra parte, negarse a atender a ese tipo de pacientes, habida cuenta de que con frecuencia utilizan la vía de la urgencia para recibir asistencia gratuita incluso estando ilegalmente en el país. A ello se añade que con frecuencia acuden por patologías banales, que no deben ser atendidas en un servicio de urgencia. Como esto puede resultar lesivo para los otros pacientes, que sí acuden con patologías graves, lo lógico es optar por este valor, el de no hacer daño a estos pacientes, dejando de lado el otro valor en juego. Éste es el curso de acción que elige el Dr. Seguras, al hacer pública su objeción de conciencia a la asistencia a los inmigrantes con graves dificultades de comunicación.

Cursos intermedios

1. Hablar con la dirección médica, a fin de buscar una solución urgente a este problema
2. Elaborar un protocolo de actuación que especifique la conducta a seguir y la sistemática de exploración que conviene poner en práctica en ciertas situaciones tipificadas. El Comité de Ética podría ayudar a elaborar ese protocolo, trabajando en colaboración con los profesionales afectados.
3. Ponerse en contacto, a través de la trabajadora social, con las agrupaciones de inmigrantes, a fin de que los enfermos vengán acompañados de otra persona que conozca ambos idiomas y pueda hacer de intérprete

4. Perfeccionar el sistema de clasificación de los pacientes en espera, a fin de que no sufra demora la asistencia de los casos de veras urgentes como consecuencia de los problemas de comunicación con los inmigrantes
5. Ponerse en contacto con la embajada o el consulado del país en cuestión, a fin de que ayude a la búsqueda de una solución al problema lingüístico que plantean sus compatriotas.

Curso(s) óptimo(s)

- Es obvio que el curso óptimo está en uno o varios de los citados cursos intermedios. Sólo si se demostraran como completamente ineficaces o inútiles, sería posible optar por uno de los cursos extremos, cosa que en la realidad no sucede. De ahí que el Dr. Seguras no esté actuando prudentemente al objetar en conciencia. Su opción es incorrecta, y por tanto no ha lugar a la objeción de conciencia. Ésta procede de un análisis defectuoso del problema. Sólo hay derecho a la objeción cuando no hay modo de salvar los dos valores en conflicto. Entonces sí tendría sentido plantearse el optar por la no-maleficencia frente a la beneficencia, y por tanto negarse, por motivos éticos, a la atención a los inmigrantes con dificultades de comunicación. Pero en caso contrario, la objeción es improcedente.



Recomendaciones

- Insistimos en que el problema fundamental de la objeción de conciencia es el de determinar cuándo puede utilizarse correctamente y cuándo no. En todos los casos vistos hasta aquí, el recurso a la objeción de conciencia se ha mostrado como improcedente o incorrecto, no por mala voluntad de nadie sino por la confusión mental que rodea este tema. Como ya hemos dicho de modo repetido, esta confusión se produce por un análisis inadecuado de los conflictos éticos, y, sobre todo, por el imperio de una lógica dicotómica, que reduce los cursos de acción a dos y sólo dos, entre los cuales considera que debe elegirse el más elevado. Si los profesionales manejan adecuadamente el procedimiento de análisis de problemas éticos, evitarían este tipo de confusiones, así como el error de creer que pueden apelar a la objeción de conciencia en situaciones en que no es así.
- Cuando se trabaja con grupos socialmente desfavorecidos, como es el de los emigrantes, es preciso estar muy sobre aviso para evitar cualquier tipo de discriminación. Ésta se produce al asociar, por ejemplo, el hecho de ser inmigrante con la consulta por patologías banales.



- Tampoco puede ligarse en exclusiva el pobre conocimiento del español por parte del paciente con un exceso de dedicación, pues existen, por ejemplo, condiciones sensoriales o limitaciones en la relación que dificultan la asistencia y también consumen mucho tiempo, lo cual no justificaría excluir o discriminar a quienes tienen esos defectos en la asistencia sanitaria. El facultativo no puede verter las dificultades de idioma de un paciente sobre el propio paciente. Del mismo modo que un paciente con una limitación sensorial, por ejemplo, el ser sordomudo, no puede verse perjudicado por sufrir esta limitación, aunque esto suponga una mayor dedicación de tiempo, que teóricamente puede redundar en perjuicio de otros enfermos. En efecto, si hubiera una hipotética concentración de sordomudos en las urgencias, esto supondría una sobrecarga asistencial que requeriría más recursos, lo cual sería responsabilidad de la gerencia, pero nunca los facultativos podrían dejar de atenderles por este motivo, pues sería claramente una discriminación injusta.
- Cuando un profesional tiene delante a un paciente, debe atenderle de acuerdo con sus circunstancias y necesidades, tomando decisiones terapéuticas en función del diagnóstico y el pronóstico. Si el tratamiento requerido no fuera el adecuado al medio, como por ejemplo parece ocurrir cuando en el servicio de urgencias un paciente acude de manera inadecuada por un problema que no es urgente, puede derivársele a su médico de familia, pero siempre después de realizar una valoración diagnóstica, nunca antes. Conviene recordar, sin embargo, que esta situación se produce con todo tipo de pacientes y no sólo con inmigrantes.
- La distribución de responsabilidades ante la asistencia no tiene compartimentos estancos, pero es evidente que pueden establecerse diferentes niveles: del médico ante el paciente individual; del jefe de servicio ante la organización inmediata; de la gerencia ante la asignación de recursos, de la Administración en las decisiones de macro-gestión, etc. Cuando se plantea la necesidad de educar a la población en el correcto uso de los recursos hay una responsabilidad pedagógica a la que se debe contribuir desde todos los niveles. Por tanto, el médico asistencial debe contribuir a que los pacientes inmigrantes hagan un buen uso del sistema sanitario, pero es evidente que su responsabilidad es limitada y sin duda compartida.
- Nadie está obligado a lo imposible, pero sí a lo que está a su alcance. Ante problemas organizativos que afectan seriamente a la calidad asistencial, el médico debe plantearlos en el adecuado nivel de gestión. En caso de que no se tomen medidas razonables al problema asistencial, deberá ponerlo en conocimiento

de su Colegio de Médicos, para que asuma las responsabilidades institucionales que le correspondan en defensa de la calidad de la asistencia médica.



PROBLEMA 7

Objeción de conciencia a intervenir en caso de huelga de hambre

Introducción

Lo usual en materia sanitaria es encontrarse con actuaciones queridas o consentidas por los sujetos particulares, actuaciones éstas que, tanto en el ordenamiento jurídico estatal como en el autonómico se canalizan a través de la institución del “consentimiento informado”.

El otorgamiento por parte del paciente del consentimiento para la práctica de cualquier intervención, obtenido después de la información prestada por parte del facultativo encargado del paciente, es la regla general de actuación de los profesionales sanitarios, habiéndose normativizado esta forma de actuación a través del artículo 2 y de los artículos 8-11 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, norma ésta dimanante del Convenio del Consejo de Europa para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano Respecto de las Aplicaciones de la Biología y la Medicina. El citado artículo 2, al detallar los principios básicos que inspiran esa norma jurídica, reitera el carácter de voluntariedad de las intervenciones y establece, entre otros, los siguientes principios y criterios generales:

1. La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica.
2. Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la ley.
3. El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.
4. Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.



5. Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.

Junto a esta regla general de la voluntariedad de los tratamientos sanitarios, con fundamento en el consentimiento informado, existen casos que la doctrina define como “intervenciones corporales obligatorias” o “tratamientos sanitarios obligatorios”. En el caso de las intervenciones corporales obligatorias no nos hallamos propiamente ante tratamientos sanitarios, porque la finalidad de la intervención es distinta de la salvaguarda de la salud individual o colectiva. Normalmente está dirigida a otros fines de interés público en el seno de un proceso judicial y, sobre todo, en el ámbito del proceso penal, estribando el problema fundamental inherente a dichas intervenciones en dilucidar las posibilidades de actuación de los profesionales sanitarios y los límites a dichas injerencias. Por su parte, los tratamientos sanitarios obligatorios, por tratarse de una excepción a la regla general del consentimiento informado, se hallan previstos normativamente para dos supuestos de hecho, que son los siguientes:

- a) El primero se refiere a aquellos casos en que se pone en riesgo la salud pública. Para este caso existen en el ordenamiento jurídico previsiones específicas de intervención sanitaria coactiva. Se trata, normalmente, de enfermedades infecto-contagiosas, donde el principio de proporcionalidad (en los tres aspectos que la jurisprudencia ha ido conformando, esto es, como intervención necesaria, adecuada y proporcionada *stricto sensu*), resultará capital para su legalidad.
- b) El segundo se refiere a aquellos delicados y contados casos en los que no se halla propiamente en juego la salud de terceros, sino únicamente la propia integridad física o psíquica de la persona afectada. Son supuestos en los que, además, el sujeto no es capaz de dar un consentimiento válido, puesto que es una persona que, jurídicamente o de hecho, no es capaz y su falta de consentimiento o su negativa a prestarlo no es suficiente para impedir un tratamiento. Pero también dicha excepción se plantea actualmente con una cuestión que podría considerarse conexas a la huelga de hambre, como acontece con los trastornos alimentarios, anorexia o bulimia, cuestiones estas en las que se producen con cierta habitualidad tratamientos coactivos, en algunos casos incluso con ingreso hospitalario donde se lleva a cabo la prestación sanitaria y la alimentación forzada.

Pero no acaba aquí el elenco de supuestos de tratamientos obligatorios, sino que existen otros también muy delicados en los que se han planteado interven-

ciones sanitarias coactivas y donde es difícil hablar de un defecto de consentimiento o de una incapacidad para la prestación del mismo, como acontece con el caso de los huelguistas de hambre en una institución penitenciaria, caso éste que será objeto de análisis en los epígrafes siguientes, y en el que existen resoluciones del Tribunal Constitucional, en las cuales, con votos particulares disidentes, se dio una salida jurídica al tema –aunque no necesariamente acertada– a partir sobre todo de su calificación como un supuesto específico de relación de sujeción especial existente entre los reclusos y la Administración Penitenciaria, y circunscrita a la validez constitucional de esta intervención exclusivamente al supuesto de los internados en un centro penitenciario, con expresa exclusión de trasladar la doctrina constitucional contenida en la resolución judicial a otras hipótesis con las que guarde cierto grado de semejanza.

Si, en principio y como se dijo antes, el elemento legitimador de la actuación médica es el consentimiento informado del paciente –y por eso lo exige la ley– el acto médico sin tal consentimiento supone también un atentado contra la autonomía y dignidad del paciente, y, a veces, una intromisión ilegítima en su intimidad corporal. Pero, también como se dijo antes, el ordenamiento jurídico contempla una serie de situaciones de hecho en las cuales –excepcionalmente– puede imponerse un acto médico a una persona. Debe hacerse desde ahora una mención importante y esta es la siguiente: si la intervención obligatoria excluye la necesidad de consentimiento, no siempre excluye la obligación de informar.

¿Qué ocurre cuando el paciente se niega a prestar su consentimiento para someterse a ciertos tratamientos? En este caso, procede distinguir lo siguiente:

1. Cuando no hay riesgo vital para el paciente, el médico no puede forzar la voluntad del mismo, ni puede intimidarle con peligros inverosímiles o irracionales. En este caso se impone la libertad personal: el propio interesado asume los riesgos que haya derivados de la no intervención o tratamiento que el médico cree necesarios o aconsejable –riesgos no vitales, por hipótesis–, si bien debe dejarse constancia escrita de ello (por ejemplo, el paciente deberá firmar el alta médica voluntaria subsiguiente a su negativa al tratamiento aconsejado).
2. En los casos de riesgo vital, sobre todo en caso de que haya un riesgo propio para la persona, cuando hay que adoptar alguna medida o prueba médica y, además, hay un conflicto entre la libertad personal, y a veces también la intimidad, frente al derecho a la vida e integridad personal, se plantea el problema de qué es superior.

Todos estos valores y derechos están garantizados por nuestra Constitución; mas ninguno de nuestros derechos fundamentales es absoluto. Hay un conflicto



entre la libertad y la integridad física, aunque a veces puede estar la propia vida en juego. No se trata tanto de que deba prevalecer una sobre otra, libertad sobre vida, vida sobre libertad. No es tanto un conflicto de intereses y de derechos en esos términos (uno frente a otro), sino que sólo la vida compatible con la libertad es objeto de protección constitucional. Sólo se respeta la dignidad humana si se garantiza al individuo el derecho a tomar decisiones de acuerdo con su sistema de valores, sus convicciones, sus deseos y opiniones.

La tipología y las ocasiones que pueden dar lugar tanto a intervenciones corporales como a tratamientos sanitarios obligatorios pueden ser muy variadas. Van, por ejemplo, desde ciertas pruebas biológicas en procesos de filiación, en asuntos penales, a casos de transfusiones de sangre a testigos de Jehová, casos de anorexia o, en fin, tratamientos y alimentación forzada en caso de huelga de hambre. En el Derecho español no hay una previsión legal específica al respecto, y los órganos judiciales tienen que buscar la solución por aplicación analógica de ciertas normas y principios.

En lo que se refiere específicamente al tratamiento y alimentación forzada en caso de huelga de hambre, en este conflicto entre la libertad individual y los derechos a la vida y a la integridad física y sus respectivos y recíprocos límites, tenemos como caso que se presentó en la realidad, y que ha dado lugar a cierto precedente jurisprudencial, el de las personas internadas en establecimientos penitenciarios (presos del GRAPO) que se declararon en huelga de hambre querida hasta la muerte, alimentadas a la fuerza, frente a su abierta negativa, por Instituciones Penitenciarias, hecho este que fue recurrido por los interesados, primero ante la jurisdicción ordinaria y luego ante el Tribunal Constitucional.

Las sentencias de este Alto Tribunal 120/1990, de 2 de julio, 137/1990, de 19 de julio y 11/1991, de 17 de enero, contienen importantes pronunciamientos a este respecto, que, aun referidos a una situación específica y con problemática concreta, pueden ayudarnos en nuestro razonamiento en relación con la cuestión que ahora abordamos y, sobre todo, nos permiten ver cómo entiende el Tribunal Constitucional el conflicto y los límites recíprocos de aquellos derechos fundamentales. No obstante, conviene tener presente que los pronunciamientos del Tribunal Constitucional son anteriores a la entrada en vigor de las dos normas mencionadas al comienzo de esta introducción: el Convenio de derechos humanos y biomedicina del Consejo de Europa, y la Ley básica de autonomía del paciente. Estas normas han subrayado la importancia del respeto de las decisiones autónomas de las personas, entre ellas la negativa a recibir tratamientos, y han reforzado la exigencia del consentimiento informado de los pacientes para cualquier actuación en el ámbito de su vida y su salud.

Cabe destacar, entre otras, las siguientes aseveraciones del Tribunal Constitucional:

1. “El derecho fundamental a la vida, en cuanto derecho subjetivo, otorga a sus titulares, según señalamos en la STC 120/1990, la posibilidad de recabar el amparo judicial y, en último término, el de este Tribunal frente a toda actuación de los poderes públicos que amenace su vida o su integridad. De otra parte, y como fundamento objetivo, el ordenamiento impone a los poderes públicos y en especial al legislador, el deber de adoptar las medidas necesarias para proteger esos bienes, vida e integridad física, frente a los ataques de terceros, sin contar para ello con la voluntad de sus titulares e incluso cuando ni siquiera quepa hablar, en rigor, de titulares de ese derecho”.
2. “El derecho a la vida tiene, pues, un contenido de protección positiva que impide configurarlo como un derecho de libertad que incluye el derecho a la propia muerte. Ello no impide, sin embargo, reconocer que, siendo la vida un bien de la persona que se integra en el círculo de su libertad, pueda aquélla fácticamente disponer sobre su propia muerte, pues esa disposición constituye una manifestación de *agere licere*, en cuanto que la privación de la vida propia o la aceptación de la propia muerte es un acto que la ley no prohíbe y no, en ningún modo, un derecho subjetivo que implique la posibilidad de movilizar el apoyo del poder público para vencer la resistencia que se oponga a la voluntad de morir, ni, mucho menos, un derecho subjetivo de carácter fundamental en que esa posibilidad se extienda incluso frente a la resistencia del legislador, que no puede reconducir el contenido esencial del derecho”.
3. “En suma, de la doctrina contenida en las Ss TC 120/1990 y 137/1990 se desprende que, como señala la primera de ellas, no es constitucionalmente exigible a la Administración Penitenciaria que se abstenga a prestar asistencia médica, que precisamente va dirigida a salvaguardar el bien de la vida que el artículo 15 CE protege. Pero esta protección que entraña necesariamente una restricción a la libertad, ha de realizarse mediante un ponderado juicio de proporcionalidad que, sin impedir los deberes de la Administración Penitenciaria a velar por la vida, integridad y salud de los internos (artículo 3.4 LOGP), restrinja al mínimo los derechos fundamentales de quienes, por el riesgo de su vida en que voluntariamente se han colocado, precisen de tal protección.”

Caso 7. Recluso en huelga de hambre

D. Fernando fue condenado en Sentencia de la Audiencia Provincial de Pontevedra, de fecha de 5 de abril de 2006, como autor de un delito de homicidio a la



pena de 12 años y 7 meses de prisión e inhabilitación absoluta, habiéndose confirmado dicha pena por la Sala de lo penal del Tribunal Supremo al resolver el recurso de casación interpuesto contra la Sentencia de la Audiencia Provincial.

El 1 de mayo de 2007, el recluso fue reconocido por los médicos forenses, después de haberse declarado en huelga de hambre en fecha de 5 de abril de 2007, los cuales emitieron informe, cuyas conclusiones son las siguientes:

1. Que en el momento en que se emite informe el recluso conserva sus facultades mentales y manifiesta su decisión de continuar con la huelga de hambre en que se declaró.
2. Que dicha huelga de hambre consiste en la ingesta exclusiva de agua, lo cual parece acreditarse científicamente a la vista de la evolución clínica del paciente, desde que se declaró en huelga de hambre hasta que fue reconocido por los médicos forenses.
3. Que la situación clínica del paciente es aceptablemente buena (dentro de su situación general) y no parece existir en el momento en que se emite informe un riesgo inmediato para su vida.
4. Que, de mantener la conducta de ayuno con ingesta exclusiva de agua, la evolución esperada es el fallecimiento en un período cuya duración no puede determinarse.
5. Si se desea garantizar la vida del recluso será preciso reiniciar la alimentación cuando se produzca un deterioro de sus constantes vitales.
6. Que el recluso se encuentra debidamente controlado y atendido desde el punto de vista médico y dada su situación ha de permanecer ingresado en un centro hospitalario.

La Dirección del centro hospitalario donde se encuentra ingresado el recluso informó a Instituciones Penitenciarias, con base en el dictamen elaborado por el equipo médico de la Unidad de Nutrición Clínica que, en fecha de 2 de mayo de 2006, se acordó la alimentación forzosa enteral por sonda nasogástrica y que con fecha de 3 de junio siguiente se retiró la sonda nasogástrica, a la vista de la rehabilitación nutricional conseguida, negándose el paciente a tomar ningún otro tratamiento por vía oral. El dictamen médico añadía que, de persistir en su voluntad de no ingerir alimentos, se hará necesario reiniciar la administración de nutrición enteral por sonda nasogástrica con objeto de preservar su vida, concluyendo que, de persistir el paciente en su actitud, a la vista de la evolución y de los datos existentes en la literatura científica, hay un alto riesgo de producirse un proceso de deterioro progresivo debido no sólo a la ausencia de alimentación voluntaria, sino también al propio proceso de ayuno y realimentación no fisiológica, y a las

medidas de contención que se hayan de tomar ante la falta de colaboración del paciente en el proceso terapéutico, que pueden condicionar a medio plazo, a pesar de las estrechas medidas de seguimiento y tratamiento que se han adoptado y de las que se puedan tomarse en un futuro, una situación irreversible con resultado de muerte o graves secuelas. Asimismo, no son descartables, en modo alguno, eventos intercurrentes que puedan condicionar la muerte súbita, de carácter imprevisible a pesar de los controles realizados.

El Dr. Alonso, Jefe de la Unidad de Nutrición Clínica, encargado de tratar al paciente, considera que la huelga de hambre del recluso está amparada por el principio ético de autonomía, una de cuyas expresiones es la prohibición de actuar en el cuerpo de otra persona en contra de su voluntad, y el derecho de ésta a renunciar a tratamientos presuntamente eficaces. A pesar de los cambios introducidos recientemente por el Convenio de derechos humanos y biomedicina del Consejo de Europa y la Ley básica de autonomía del paciente, que coinciden con su posición ética de respeto de la autonomía, el Dr. Alonso cree que el Derecho español actual sigue influido por la doctrina del Tribunal Constitucional establecida a comienzos de los años noventa, que otorga preferencia a la protección de la vida del recluso frente a su autonomía para tomar decisiones. No comparte este enfoque, y por eso está pensando en declararse objetor de conciencia a esta intervención. En cualquier caso, y dada la gravedad del conflicto, decide consultar al Comité de Ética Asistencial de su centro, a fin de conocer su opinión sobre la ética de la huelga de hambre en instituciones penitenciarias.

Valores en conflicto

Éste es un típico caso en que el análisis ético se confunde con gran facilidad con el jurídico. El Derecho tiene por objeto fijar los valores vigentes en una sociedad y establecer las normas que permitan resolver o evitar conflictos, pero no está dicho que la evolución de los valores jurídicos vaya al unísono de la evolución de los valores sociales, ni que el juicio ético de una situación tenga que coincidir con el jurídico. La solución del conflicto jurídico que plantea la huelga de hambre han de establecerla las leyes y los tribunales de justicia, pero eso no impide, sino que más bien exige, el enfoque propiamente ético de la cuestión, que podrá coincidir con el jurídico o no hacerlo.

El Dr. Alonso puede plantearse dos problemas que son claramente diferenciables. Uno es el problema jurídico: si tiene o no obligación legal de respetar la decisión tomada por un paciente adulto y autónomo que expresa repetidamente y de modo inequívoco su renuncia a la ingestión de alimentos sólidos. Pero otro es



si debe moralmente respetarle o no. Puede llegar a la conclusión de que no le está moralmente permitido alimentar a la fuerza a un paciente, incluso teniendo claro que eso puede acarrearle problemas jurídicos muy serios. Corrección ética y corrección legal no se identifican, y una persona puede tener la conciencia tranquila cometiendo una falta o incluso un delito legal, y viceversa, puede considerar que actúa incorrectamente, incluso cuando no incumple ningún precepto jurídico.

Como esta *Guía* tiene por objeto el estudio de los problemas éticos de la objeción de conciencia, vamos a centrar nuestro análisis en este punto, dejando para el final la exposición de la normativa jurídica referente al caso, y por tanto la corrección legal o no de la decisión a la que lleguemos mediante el puro análisis ético. Ello servirá, de este modo, de ejercicio práctico sobre cómo diferenciar y articular ambas dimensiones normativas de la vida humana.

El conflicto con que se encuentra el Dr. Alonso es el siguiente: en principio, él está obligado a no intervenir en el cuerpo de sus pacientes en contra de su voluntad, siempre que se trate de personas adultas, competentes, fuera de situaciones de extrema urgencia, y cuando no está en juego el bien común o la salud pública. El caso que a él se le presenta no entra en ninguno de tales supuestos excepcionales. De estar el paciente en la calle o en su casa, tendría obligación estricta de respetar su voluntad. Sin embargo, le dicen que por el hecho de ser un recluso, pierde el ejercicio del derecho fundamental a la gestión del propio cuerpo y de su vida. Esto le resulta extraño e inaceptable. La cárcel no priva a los seres humanos de sus derechos fundamentales, a no ser el de la libre circulación o la libertad de movimientos. Un recluso puede casarse, engendrar hijos, etc., pero, según la doctrina del Tribunal Constitucional antes indicada (SSTC 120/1990, de 2 de julio; 131/1990, de 19 de julio; y 11/1991, de 17 de enero) no podría rechazar la alimentación si ello pone en riesgo su vida.

El Dr. Alonso, que vivió y sufrió la huelga de los GRAPO, piensa, además, que las sentencias que entonces dictó el Tribunal Constitucional tampoco son de gran ayuda, pues esa huelga tuvo lugar en un momento muy complejo de la vida política española, en pleno proceso de transición, en el que no era políticamente asumible que casi cien reclusos pudieran fallecer en huelga de hambre en instituciones penitenciarias españolas, pero que hoy las cosas han variado tanto, que difícilmente puede pensarse que dicha solución sigue teniendo vigencia, al menos en el orden ético, ya que la sociedad de hoy es muy distinta a la de entonces y el respeto de la libertad y la autonomía de las personas, y más en concreto de los pacientes, es mucho mayor.

Hay otros argumentos que el Dr. Alonso esgrime en contra de la solución puramente jurídica del caso. Es bien sabido, dice, que Gandhi se puso varias veces en huelga de hambre, con el objetivo de evitar la guerra entre musulmanes e hindúes en la India. Una de ellas fue durante su confinamiento en la prisión de Yervada. Gandhi estaba dispuesto a inmolar su vida por una causa muy noble, la de evitar una guerra civil y religiosa. ¿Se hubiera atrevido alguien a alimentarle por la fuerza? Él, desde luego, no. ¿Es que acaso cambia la ética de la huelga de hambre por el hecho de encontrarse recluido en un centro penitenciario? Esta conclusión le parece, simplemente, ridícula. Por eso quiere ir más allá de lo que dicen las normas jurídicas y las decisiones jurisprudenciales, y hacer un análisis estrictamente ético del problema. En un primer momento, y antes de llevar a cabo ese análisis, cree que los seres humanos merecen respeto incluso cuando deciden poner fin a sus vidas, siempre que esas decisiones las tomen personas adultas, competentes, capaces de entender lo que hacen y las consecuencias de sus acciones, etc. El Dr. Alonso piensa que todos esos requisitos se dan en el caso que a él le ocupa, y que por tanto no debe alimentar al citado recluso a la fuerza. Además, si bien cree que la regulación legal actual es compatible con su posición ética de defensa de la autonomía del recluso aunque éste ponga en peligro su vida con su decisión, conoce las resoluciones judiciales que afirman la obligación de alimentar por la fuerza al recluso para proteger su vida, en razón de la “relación de sujeción especial”. Por eso se plantea hacer objeción de conciencia a la intervención.

El Comité, tras conocer los hechos del caso, busca los valores éticos en conflicto. Los principales que cree hallar son los siguientes:

- De una parte, el respeto de la autonomía del paciente, que le obliga a no intervenir en su cuerpo sin su conocimiento y consentimiento previos
- De otra, el valor vida, amenazado como consecuencia de una huelga de hambre prolongada. Bien es verdad que el recluso Fernando se niega a ingerir sólidos pero no líquidos, lo que hace que el pronóstico clínico sea menos dramático, al menos a corto plazo.

Cursos de acción

Una vez identificados los valores, es relativamente simple establecer cuáles son los cursos extremos de acción, lo que a su vez define los límites dentro de los cuales tienen que moverse los cursos intermedios.

Cursos extremos

1. No adoptar ninguna medida sanitaria de carácter forzoso ante la situación de huelga de hambre del paciente–recluso, por considerar que se está ante



un caso encuadrable en la renuncia al tratamiento, con el consiguiente peligro de fallecimiento. Esta es la opción que en principio piensa adoptar el Dr. Alonso, apelando si es necesario al derecho a la objeción de conciencia.

2. El curso extremo opuesto consiste en optar por la vida como valor protegible, sin atender al respeto de la autonomía del paciente. Este curso obliga a adoptar medidas de alimentación forzada, inmovilizando incluso al paciente para que no pueda retirarse la sonda nasogástrica, con lo que se conservaría, en situación normal, la vida del paciente.

Cursos intermedios

1. El paciente-recluso no nos consta que esté bien estudiado. De hecho, la historia transcrita no contiene datos que son esenciales para determinar si es persona con capacidad y juicio suficientes para entender la situación y asumirla de forma madura y autónoma. Se necesitaría una evaluación psicopatológica, para descartar patología mental o una depresión subclínica, no descartable *a priori* en alguien que se encuentra en sus condiciones. Si estos estudios evidenciaran una importante falta de capacidad o restricciones graves en su autonomía, es claro que nuestra obligación de respeto de sus decisiones se vería sensiblemente reducida.
2. El proceso de información y consentimiento no se realiza correctamente cuando en el intercambio de opiniones entre el profesional y el paciente aquél no es capaz de entender las razones que el paciente aduce para rechazar un tratamiento. En este caso, tampoco tenemos datos sobre este punto. Habría que profundizar la relación e intentar entender las razones que han llevado al recluso a tomar decisión tan grave.
3. Otro curso de acción es hablar con la familia, y utilizarla como mediadora, a fin de resolver el conflicto.
4. Caso de que fuera necesario, debería avisarse a psicólogos que pudieran mediar en el problema y reforzar emocionalmente a Fernando.

Curso(s) óptimo(s)

- La obligación moral de todo ser humano es respetar todos los valores presentes en una situación, o lesionarlos lo menos posible. En el caso que nos ocupa, nuestra obligación primaria no es optar por la vida o por el respeto de la libertad de Fernando, sino procurar, por todos los medios a nuestro alcance, ser respetuosos con ambos valores a la vez. Esto es difícil, pero si resulta posible ése es el único curso de acción justificable moralmente.

- A diferencia de lo que sucede en ética, en el Derecho es más frecuente proceder mediante el sistema de ponderación de derechos. Así, la doctrina constitucional ha considerado que, en caso de conflicto, la vida de un recluso internado en una institución pública, en la que existe un deber de guarda y custodia por parte del Estado, es un valor que tiene prioridad sobre el de libertad de conciencia. Por supuesto, la jurisprudencia también busca evitar los extremos, y eso es lo que hace que exija respetar la decisión del paciente hasta tanto no pierda la conciencia o se encuentre en situación vital claramente comprometida. Pero ese modo de ponderación parece, cuando menos, rudimentario o insuficiente.
- En nuestro análisis ético del caso, hemos encontrado varios cursos intermedios. Aún podrían describirse más. Resulta imperativo perseguir todos, en un intento por buscar una salida óptima al conflicto que tenemos planteado. Hay que hablar mucho más con el paciente, intentar entender sus razones, evaluar su capacidad de juicio, hacerle una exploración psicopatológica adecuada, ver si manifiesta síntomas depresivos, apoyarle emocionalmente, etc., etc. No siempre, pero en muchos casos, es indudable que por esta vía se resuelven muchos conflictos que en un principio parecen irresolubles. Y caso de que ello sea posible, nuestra obligación es hacerlo de ese modo.
- Puede suceder que, explorados todos los cursos intermedios, lleguemos a la conclusión de que ninguno funciona. En ese caso, habremos de inclinarnos por uno de los dos cursos extremos. Cabe plantearse, pues, el problema de hacia cuál dirigirse en último término. La respuesta clásica no ofrecería ninguna duda: la vida es el valor en que se fundamentan todos los otros valores, y por tanto en caso de conflicto hay que optar por la defensa de la vida. Nuestro Derecho, sobre todo el anterior a la Constitución de 1978, ha defendido siempre este punto de vista. Hoy, sin embargo, ese tipo de ponderación de valores resulta, cuando menos, discutible. La vida no es un valor absoluto, y tampoco se trata del valor supremo. De hecho, puede ceder ante otros muchos, como son las creencias religiosas, la defensa de la patria o, simplemente, el ejercicio de la propia libertad. Esto hace que el debate sobre hacia qué lado dirigirse caso de que los cursos intermedios resulten inviables no pueda resolverse de modo tajante. Unas personas optarán por la defensa de la vida y creerán que su obligación moral es alimentar al recluso, y otras, por el contrario, pensarán que deben respetarle, aunque ello ponga en riesgo su vida. Hoy por hoy, las dos opiniones son respetables desde el punto de vista ético. Algo análogo puede afirmarse desde el punto de vista legislativo: ambas opiniones son respetables y defendibles con argumentos. Incluso podría afirmarse que el derecho a rechazar o renunciar a tratamientos podría primar sobre el obligación de alimentación for-



zosa. Con todo, las respuestas judiciales no han protegido igualmente ambas posturas, otorgando primacía a esta última obligación. Pero de lo que no hay duda es que en una sociedad que ha optado claramente por el liberalismo, como es la nuestra, la evolución irá en la dirección de respetar cada vez más la libertad de las personas, incluso en detrimento de su vida.

- Este caso es interesante, porque permite sacar una enseñanza que no había aparecido hasta ahora. El objetivo de la deliberación moral no es llegar a un consenso total sobre la decisión a tomar. La deliberación no es un método de consenso. Lo que pretende es incrementar la prudencia de nuestras decisiones. Y la prudencia no es un punto sino un espacio, en el que caben decisiones distintas, incluso contrapuestas entre sí. Tras el mismo proceso de deliberación, unas personas pueden concluir que, caso de fallar los cursos intermedios, optarían por alimentar al recluso a la fuerza, y otras por el curso contrario. Eso no es incorrecto, siempre y cuando ambas decisiones sean prudentes. En el momento actual, es difícil no concluir que ambas son prudentes si se han mostrado inútiles todos los cursos intermedios. Algo parecido sucede en el ámbito jurídico, aunque desde el punto de vista judicial ha parecido más prudente optar por alimentarle a la fuerza que por el respeto de su decisión. En cualquier caso, conviene repetir que la prudencia ética y la jurídica no coinciden, y que actuando prudentemente en el orden ético se puede ser imprudente en el orden legal, y viceversa. Se puede ir a la cárcel con la conciencia muy tranquila, y puede también suceder lo contrario.
- El objetivo del análisis ético que hemos llevado a cabo ha sido analizar el conflicto de valores que tenía el Dr. Alonso ante la negativa de un recluso a ingerir alimentos. Le hemos aconsejado unos cursos de acción que consideramos prudentes. El análisis termina ahí. Si, como hemos supuesto en estos últimos párrafos, esos cursos han resultado inútiles y es preciso optar entre los dos extremos, entonces el problema a analizar es ya otro, ulterior al que nos ha ocupado aquí. Pero podemos ampliar nuestro análisis hasta él. El Dr. Alonso, a la vista de la ineficacia de los cursos intermedios, y convencido de que la reclusión no modifica el derecho de las personas a gestionar libremente su propio cuerpo, se cree en la obligación de no alimentar al preso. Ahora objeta en conciencia, pero con una motivación distinta y más fundada que la vez anterior. Esto plantea un nuevo problema, el de qué hacer cuando un médico objeta. El problema, obviamente, no lo tendrá ese médico, que ya ha tomado una decisión, sino quien sea su jefe jerárquico. A éste se le planteará la cuestión de si le puede obligar, si denunciar el caso, si buscar voluntarios que puedan llevar a cabo ese servicio, etc. También aquí tendríamos que buscar los valores en conflicto (respetar la objeción de con-

ciencia del profesional, por un lado, y proteger la vida del recluso, por el otro) y los cursos de acción. Ni que decir tiene que el curso óptimo sería de nuevo uno intermedio, y que el más prudente es buscar voluntarios que puedan realizar esa labor sin cargo de conciencia, puesto que hemos dicho que éste es un punto en que la población está dividida, y que así como hay personas que consideran inmoral alimentar a la fuerza a estos pacientes, otros califican de ese mismo modo el dejarles morir y están dispuestos a hacer todo lo posible porque eso no suceda.

- En el caso que nos ocupa, hay una complicación, dado que el juez de vigilancia penitenciaria es quien ha mandado que se le alimente. Negarse a ello constituiría un acto de desobediencia que el juez puede considerar desacato a la justicia. De todos modos, también esto puede ser resuelto buscando cursos intermedios. El juez no dice quién ha de alimentar al recluso, y por tanto sería óptimo tratar esto entre los miembros del servicio y resolver que se haga cargo de este paciente aquel profesional que no sólo no tenga problemas morales en hacerlo, sino que vea en ello una obligación moral imperativa. Es muy probable que en el equipo haya alguien, si no la mayoría, que lo entiendan así, en cuyo caso la objeción de conciencia del Dr. Alonso no tiene por qué convertirse en un problema irresoluble.
- Ahora, al final del análisis del caso, conviene llamar la atención sobre algo de la máxima relevancia. Éste es el primer caso de los hasta aquí analizados en el que encontramos una verdadera y fundada objeción de conciencia, no una pseudo-objeción. Objetar a la alimentación forzosa de un recluso mayor de edad, capaz, bien informado, etc., es tan respetable, en principio, como objetar a la tortura o a los tratos inhumanos y degradantes. Puede discutirse si lo son. Pero en cualquier caso, es razonable y respetable la postura de quienes lo entienden así. No a todo se puede objetar en conciencia, ni todas las objeciones de conciencia son correctas, pero hay algunas que sí lo son. Y este es uno de esos casos.



Recomendaciones

Dada la relevancia normativa de este caso, conviene que tras el análisis ético concedamos un espacio al propiamente jurídico. En la introducción quedaron expuestos los principios jurídicos generales aplicables a esta situación. Ahora es el momento de aplicarlos al conflicto concreto que hemos venido analizando.

- Desde el punto de vista jurídico, es aplicable a nuestro caso la conclusión que puede sacarse de la Jurisprudencia constitucional dictada en hechos análogos al que ahora se examina. La protección y la obligación de preservar el bien de la vida que entraña el artículo 15 de la Constitución Española, y la restricción de



la libertad que puede comportar el tratamiento o alimentación forzada, ha de realizarse mediante un ponderado juicio de proporcionalidad que, sin impedir el respeto de los deberes éticos y profesionales del médico (y entre ellos el de la objeción de conciencia a la práctica de la alimentación forzada) y de la familia del enfermo (o de quien se niega a alimentarse o a seguir un tratamiento médico prescrito como necesario) de velar por la vida, integridad y salud de éste, restrinja lo mínimo posible la libertad y los derechos fundamentales de quienes, por el riesgo de su vida en que voluntariamente se colocan precisen de tal protección. Ésta es la posición tradicional. Junto a ella, con apoyo en las recientes novedades legislativas en esta materia (Convenio de derechos humanos y biomedicina del Consejo de Europa y Ley básica de autonomía del paciente) cabe defender jurídicamente otra posición, más moderna o autonomista, que extienda también al ámbito penitenciario el máximo disfrute de los derechos, y no restrinja la autonomía de los pacientes impidiéndoles renunciar libremente a tratamientos, incluso cuando puedan ocasionar la pérdida de su vida. (No obstante, la jurisprudencia reciente se ha mantenido fiel a la doctrina tradicional).

- Ese juicio de proporcionalidad, delicado y grave, como se observa en las sentencias del Tribunal Constitucional mencionadas, deben hacerlo los Tribunales de Justicia: previamente a la adopción de medidas coercitivas, cuando haya tiempo y sea posible juzgar acerca de su necesidad y oportunidad sin riesgo para la vida o la salud del afectado, valorando la oportunidad de la medida, si es razonable y justificada; para ello recabará el Juez informes de especialistas y demás, y decidirá atendiendo al interés del afectado en función de los referidos derechos fundamentales a la libertad y a la vida. O decidirá *a posteriori*, cuando por razones de urgencia no sea posible postergar el tratamiento médico o la alimentación forzada a la espera de la decisión judicial.
- Estos son, precisamente, los criterios que ha seguido la jurisdicción ordinaria en los Autos de 25 de enero de 2007 y 1 de marzo de 2007, dictados ambos en el caso de la huelga de hambre del recluso D. José Ignacio de Juana Chaos. En la primera de las resoluciones judiciales citadas, dimanante del Rollo 8/05, de la Sección Primera de la Sala de lo Penal de la Audiencia Nacional, proveniente del Sumario 5/05 que instruyó el Juzgado Central de Instrucción nº 1, se acuerda mantener la prisión provisional comunicada, situación ésta en la que se encontraba el recluso en el momento de dictarse el auto, disponiéndose que “la prisión atenuada está prevista para otro tipo de supuestos distintos del actual: bien cuando aparece una enfermedad sobrevenida (por ejemplo un tumor terminal), bien cuando se produce una agravación general del estado de salud del

interno (por ejemplo, toxicómanos con sida). Pero ninguno de tales supuestos es el del caso en que es el preso quien, precisamente por su propia voluntad (estando informado en todo momento – y así se acordó en las diversas resoluciones citadas – de su situación y de los posibles peligros que para su vida y/o integridad física se generan por su voluntaria actitud de continuar con la huelga de hambre), se ha puesto en tal situación de peligro: esto es, se trata de una autopuesta en peligro libre y voluntaria. Y ante tal actitud, siendo decisión del interesado, De Juana Chaos, único responsable de su puesta en peligro, planteándose un conflicto de intereses, debe decaer su voluntad ante la posición de garante de la Administración. Efectivamente, se ha reiterado por el Tribunal ya en diversas ocasiones (AA 28 de agosto, 14 y 20 de septiembre y 24 de noviembre, entre otros), que los derechos constitucionales de las personas privadas de libertad – sea por cumplimiento de condena, sea por prisión preventiva (como es el caso que nos ocupa) – pueden ser objeto de limitaciones al existir una relación especial de sujeción entre el interno y la Administración que origina un entramado de derechos y deberes recíprocos, entre los que destaca el esencial deber de la Administración de velar por la vida, integridad y salud del interno con el consiguiente deber de adoptar las medidas necesarias para protegerlos, imponiendo limitaciones al ejercicio de los derechos fundamentales de aquel interno que, por el riesgo de su vida en que voluntariamente se han colocado, precisen de tal protección, acordándose la alimentación forzosa del preso ante su actitud de huelga de hambre, actuándose con el respeto de su dignidad como ser humano, estando actualmente ingresado en Centro Hospitalario. De los distintos informes médicos citados *ut supra* (del Centro Hospitalario y de los Sres. Médicos Forenses) se deduce claramente que de no proceder a la alimentación forzosa (enteral por sonda nasogástrica) existe un grave peligro para su vida. Así las cosas, entendemos debe procederse a tal alimentación forzosa, en la forma que determinen los médicos que lo tratan, conforme a lo acordado por el Tribunal en diversas resoluciones –la última, el 24 de noviembre de 2006–. Ciertamente es que toda actuación médica, y esta en concreto, como afirman los médicos que le tratan (a los que nos hemos referido en los antecedentes de hecho de esta resolución), conlleva peligros, pero peor es, desde luego, la inactividad, no hacer nada por cuando la consecuencia fatal es evidente: el óbito del preso”.

- Pero, como se dijo en la introducción al caso práctico, la actuación de los profesionales sanitarios, además del cumplimiento estricto de las resoluciones judiciales que pudieran dictarse al respecto, debe acomodarse a la dignidad de la persona humana, así como al derecho del sujeto que se niega a ingerir ali-



mentos a no sufrir tratos inhumanos o degradantes –cuestiones éstas que podrán ser el factor determinante a la hora de decidir el facultativo si ejerce o no el derecho a la objeción de conciencia sobre dicha alimentación forzada–, materia esta en la que ha de tenerse en cuenta la doctrina elaborada por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, que constituye el referente de los principios éticos y deontológicos a los que tiene que sujetar su actuación el facultativo.

- En efecto, en garantía de este carácter excepcional de los tratamientos obligatorios y vistas las consecuencias que la aplicación de medidas coercitivas, no consensuadas con el paciente, suponen para la evolución de su enfermedad y para su consideración como ciudadano, se han ido estableciendo importantes limitaciones para la adopción de la medida. Entre ellas cabe destacar las siguientes, previstas tanto en la legislación internacional como en la jurisprudencia:
 1. La persona, por razón de la huelga de hambre, ha de suponer un riesgo para sí misma o para terceros.
 2. Es preciso que la persona padezca, a consecuencia de la huelga de hambre, unas dolencias diagnosticadas en cuanto a sus síntomas, con unas características y extensión que aconsejen la alimentación forzada.
 3. El tratamiento debe responder a una finalidad terapéutica, de modo que la privación de libertad de elección del paciente debe limitarse a aquellos aspectos que sean necesarios “para el éxito del tratamiento”.
 4. Es preciso que no exista tratamiento alternativo para aliviar la huelga de hambre.
 5. La alimentación forzosa ha de adoptarse en todo caso por razón de criterio médico, luego es preciso que exista informe médico objetivo.
 6. La necesidad del tratamiento forzoso ha de ser examinada por la autoridad competente de acuerdo a un procedimiento legalmente establecido, con independencia del carácter administrativo o judicial.
 7. El tratamiento forzoso en que consiste la alimentación forzada en caso de huelga de hambre, ha de ser limitado en el tiempo y sujeto a revisiones periódicas, de modo que habrá de cesar cuando ya no concurren las circunstancias que motivaron su adopción.
 8. El paciente debe ser informado de sus derechos y debe tener la oportunidad real de ser escuchado por el Juez.
 9. El paciente tiene derecho a ser representado por sí mismo o por terceros, así como el derecho a apelar ante las instancias judiciales la decisión adoptada.

En todo caso conviene advertir, desde una perspectiva tanto jurídica como bioética, que la persistencia del deseo de una persona de permanecer en huelga de hambre y el rechazo a la alimentación forzada, no es asimilable, en modo alguno, a la eutanasia –como práctica activa para acabar con la vida– sino a la renuncia al tratamiento aunque, como consecuencia de esa decisión, se acelere la muerte del huelguista.



PROBLEMA 8

Objeción a prácticas, tratamientos e ingresos inadecuados

Introducción

En la relación clínica, el médico se ve forzado en muchas ocasiones a decidir cosas que él, en principio, no haría. Tal sucede cuando tiene que prescribir un tratamiento que no querría prescribir, o cuando tiene que dejar de prescribir uno que querría; cuando ha de ingresar a un paciente que él nunca ingresaría por iniciativa propia, o al revés, se ve obligado a no ingresarlo, cuando su intención hubiera sido la contraria; o cuando considera indicado solicitar una prueba complementaria o derivar a un especialista y no puede hacerlo, o viceversa; o necesita emitir un informe cuando piensa que es innecesario hacerlo, etc.

En todos estos casos surge la pregunta de si puede alegar objeción de conciencia. Esto se plantea, sobre todo, cuando el profesional considera que lo que el paciente o el sistema sanitario le obligan a hacer no sólo no es beneficiante sino que puede llegar a ser perjudicial o maleficente. ¿Qué hacer en esos casos?

Para aclarar esto puede ser útil fijar con alguna precisión el sentido de los términos beneficencia y no-maleficencia. Lo que cada uno de nosotros considera beneficioso depende en muy buena medida de nuestras tradiciones y creencias, y no sólo de argumentos intelectuales completamente objetivos. Esto hace que cuando queremos saber si algo es o no beneficioso, tengamos que preguntarnos: ¿beneficioso para quién? Es claro que el testigo de Jehová no considera beneficioso el recibir sangre de otra persona, etc. Toda la teoría del consentimiento informado se basa en este hecho, el de que el beneficio no puede definirse de un modo universal, abstracto y genérico, sino que lo que unos consideran beneficioso puede no ser tenido por tal por otros.

Distinto es el principio de no-maleficencia. No podemos hacer algo que consideramos beneficioso a otra persona si ésta no quiere o no lo acepta. Ella tiene



derecho a gestionar lo que considera su beneficio autónomamente. Pero hay cosas que el profesional no puede hacer, aunque el paciente se lo pida. Son aquellas que pertenecen al ámbito de la maleficencia. Nadie puede hacer algo que es maleficiente, y el enfermo no puede pedir esto a un médico. Así como la gestión de la beneficencia se halla protegida por el principio de autonomía, la de la maleficencia no lo está. El profesional no puede hacer algo maleficiente, aunque el enfermo se lo pida. Esto se halla más allá de su competencia.

Si esto es así, la cuestión está en definir qué cosas son maleficientes. Hay un área, la más extensa, en la cual no resulta difícil definir algo como maleficiente. Así sucede, por ejemplo, con el asesinato, con la violación y, en general, con todos los atentados contra la vida o la integridad física. Por eso se encuentran tipificados en todos los códigos penales del mundo, que son tratados de no-maleficencia. Si comparamos su contenido, veremos que todos tienen muchas cosas en común. Pero hay otras en las que no existe acuerdo entre ellos. Por ejemplo, en la pena de muerte, o en el aborto, etc. Esto significa que para unos esas conductas son maleficientes, en tanto que para otros no lo son. ¿Cómo proceder en estos casos? Cuando la sociedad está muy dividida en una materia y no es posible llegar a un consenso muy mayoritario, lo lógico es dejar a cada cual que proceda según su conciencia, es decir, según su idea de lo que es o no maleficiente, dentro de los límites mismos fijados por el Derecho.

En la práctica, esto lleva a que ciertos profesionales se encuentren en situaciones que ellos consideran maleficientes, pero que no están aceptadas como tales por el común de la sociedad, ni por tanto tampoco por las normas jurídicas. Éste es el espacio propio de la objeción de conciencia. Su objetivo es no hacer cosas que uno tiene por maleficientes, por más que otros muchos no las tengan por tales. En principio, eso no debe causar ningún grave problema en la gestión práctica de esas situaciones, ya que si las opiniones en ese punto están muy divididas, es obvio que no será difícil encontrar quienes estén dispuestos a realizar esas prácticas sin grave cargo de conciencia. Ésa será, como veremos inmediatamente, la vía más lógica de solución de estos problemas.

Caso 8. Firmar o no un certificado de defunción

El Dr. López recibe una llamada urgente de una paciente diciendo que al entrar a casa se ha encontrado muerta a su madre, que, por favor, venga en seguida, para ver si aún puede hacerse algo. El médico interrumpe su consulta y acude de inmediato al domicilio. Al llegar se encuentra el cuerpo sin vida de una paciente de 74 años, viuda, que vive sola, conocida suya al igual que el resto de la familia, la cual es normofuncional. La paciente tenía varios factores de riesgo cardiovascular, no

presentaba signos de muerte violenta y se encontraba a punto de tomar el desayuno, con un comprimido de Cafinitrina en la mano. El Dr. López informa a la familia de que lleva algún tiempo muerta, y que como no sabe la hora exacta de la muerte ni la causa precisa, no puede firmarles el certificado de defunción, lo que hará el forense una vez realizada la autopsia. La familia, contrariada y enojada, increpa al médico, amenazándole caso de que no impida que le hagan la autopsia.

Valores en conflicto

- Aclarar la causa de una muerte en la que no puede descartarse totalmente la hipótesis del suicidio o de los malos tratos. El médico desconoce la causa exacta de la muerte y la hora que se ha producido ésta, y piensa que una autopsia dilucidaría estas dudas.
- El otro valor en juego es no herir los sentimientos de los familiares, proteger su reputación y no complicar su duelo; es decir, hacer lo posible por ser benéfico con ellos. Los familiares piensan que una autopsia perjudicaría la reputación y el recuerdo de su madre, haciendo aún más difícil la elaboración del duelo.

Cursos de acción

Cursos extremos

1. No firmar el certificado de defunción, y solicitar la autopsia legal. Este curso es el que cabe llamar de objeción de conciencia. En efecto, en él el médico objeta a firmar un certificado de defunción por motivos de conciencia.
2. Firmar el certificado de defunción por las amenazas de los familiares.

Cursos intermedios

1. Explorar el cadáver con cuidado, para descartar todo tipo de indicios de muerte violenta.
2. Tranquilizar a la familia y explorar sus temores a que le practiquen la autopsia.
3. Interrogarla más extensamente sobre los últimos momentos de la enferma, para ver si hay contradicciones en lo que dicen, etc.
4. Revisar la historia clínica, para comprobar si la patología de la enferma permite explicar razonablemente ese desenlace, o no.

Curso(s) óptimo(s)

- Habría que comenzar poniendo en práctica los cursos intermedios citados: entrevistar a la familia, explorar minuciosamente el cadáver, revisar la historia clínica, etc.



- Si tras todo eso no hay razón para pensar en la posibilidad de muerte violenta, lo prudente es firmar el certificado de defunción, no por las amenazas de los familiares, sino porque no hay razones objetivas para hacer lo contrario.
- Si hubiera indicios razonables de muerte violenta, el médico debe ponerlo en conocimiento del médico forense o de la autoridad judicial. La negativa a firmar en ese caso el certificado médico no puede considerarse objeción de conciencia, ya que con ello no hace otra cosa que cumplir lo legalmente establecido. Cuando lo que manda la ley coincide con lo que uno cree en conciencia que debe hacer, no tiene sentido hablar de objeción de conciencia.
- No cabría llamar objeción de conciencia, por tanto, más que al negarse a firmar el certificado médico sin ningún indicio razonable de muerte violenta. Pero esto, como resulta obvio, no es objeción de conciencia en sentido estricto, sino error del profesional y, por tanto, mala práctica.
- Una vez más nos encontramos con que se hacen pasar por objeción de conciencia cosas que no lo son. El médico tiene la obligación de explorar adecuadamente el cadáver, revisar la historia, interrogar a la familia y proceder de modo razonable o prudente. No cabe confundir la objeción de conciencia con la mala práctica.

Recomendaciones



- Una práctica asistencial que resulta habitual tanto al médico de atención primaria como el del hospital es la cumplimentación del certificado de defunción. El certificado de defunción es imprescindible antes de proceder al enterramiento o incineración de un cadáver. Generalmente, los familiares desean que este trámite se simplifique, para cumplir con la costumbre o tradición y despedir al fallecido.
- Una muerte puede producirse por causa natural, por causa violenta o ser sospechosa de criminalidad. En el primer caso, el médico que conocía al paciente, que le ha tratado su última enfermedad o que le acompaña en las últimas fases de la misma no tiene ninguna dificultad de certificar la defunción. Pero en el caso de sospecha de muerte violenta o de criminalidad la ley obliga a una autopsia forense.
- No certificar de defunción cuando se conoce al paciente y la causa probable de la muerte y no se tiene sospecha de muerte violenta o criminal, estaría sólo justificando la práctica de una medicina defensiva, alejada de un comportamiento ético.

Caso 9. Objeción a pruebas diagnósticas innecesarias o inadecuadas

Acude a la consulta de su médico de familia una mujer de 37 años, sin factores de riesgo de osteoporosis (sigue teniendo la menstruación, no es fumadora, no ha tenido nunca fracturas,...), solicitando una densitometría, porque le duelen todos los huesos y ha oído que de ese modo puede saberse lo que a ella le pasa, y que así le podría dar tratamiento. El médico le contesta que eso no serviría para ella y que él, en conciencia, no le va a pedir la densitometría.

Valores en conflicto

- De una parte está el valor de la eficiencia, que lleva a no realizar pruebas diagnósticas que, precisamente por esa razón, los protocolos consideran inadecuadas o improcedentes.
- De otra parte está el respeto a la decisión de la paciente.

Cursos de acción

Cursos extremos

1. No pedirle la densitometría, dado que no se encuentra médicamente indicada. Se supone que esto es lo que el médico considera objeción por motivos de conciencia.
2. Pedirle la densitometría, ya que es la voluntad de la paciente que lo solicita de forma autónoma.

Cursos intermedios

1. Informar a la paciente de la existencia del protocolo, que impide que se hagan densitometrías sin más criterio que el que lo solicite el paciente.
2. Explicarle las razones por las que la densitometría no está indicada en esas situaciones.
3. Proponerle el estudio de sus dolores de acuerdo con las pautas consideradas correctas.
4. Intentar comprender si hay razones de otro tipo (psicológico, sociológico, familiar) que tienen intranquila a la paciente y le hacen somatizar de ese modo su angustia o su descontento.
5. Pedir una segunda opinión sobre el caso.

Curso(s) óptimo(s)

- De nuevo los cursos óptimos son los intermedios. El médico debe conseguir que la paciente entienda las razones por las que no está indicada la prueba.



- Debe dejarle claro que los recursos de la sanidad pública tienen que distribuirse equitativamente, y que eso obliga a no utilizar los procedimientos diagnósticos especialmente caros a demanda de los pacientes. También debe dejarle claro que si en algún momento cumple las condiciones para la densitometría, se la solicitará sin pérdida de tiempo.
- A la vez que le informa de las razones por las que no puede acceder a la prueba solicitada, debe indicarle las medidas higiénicas que debe tomar para el control de sus dolores, especialmente el ejercicio físico y el control de la alimentación.
- Un médico de asistencia pública no debe hacer otra cosa. De todos modos, debe dejarse la puerta abierta a que la paciente, en el uso de su libertad, busque hacerse la densitometría en la medicina privada.

Recomendaciones



- De nuevo estamos ante un caso de objeción lata o impropia. Cumpliendo el protocolo, el profesional no está objetando a nada, sino haciendo lo que debe. Sólo cabe la objeción cuando se produce una negativa al cumplimiento de una norma o mandato de quien tiene autoridad para darlo. Aquí no sucede eso. La norma dice precisamente lo contrario, y la petición de la paciente no es vinculante para el profesional, dado que en este punto ella no tiene autoridad para darlo. Es importante no perder de vista que los protocolos son criterios de buena práctica clínica, y que precisamente por ello forman parte de la llamada *lex artis*, que no sólo tiene validez científica sino también jurídica. Haciendo lo que un profesional debe hacer tanto desde el punto de vista científico como del jurídico, carece de sentido hablar de objeción de conciencia.
- Cada vez más, se asiste a la solicitud de pruebas complementarias o envíos a especialista por parte de los pacientes. Esto puede ser por la influencia de los medios de comunicación que alertan de manera injustificada sobre problemas de salud y proponen acciones que no tienen en cuenta las exigencias de un sistema sanitario público universal y gratuito, donde es el médico de atención primaria el responsable de administrar bien los recursos.

Caso 10. Ingreso hospitalario en contra de la voluntad del paciente

Acude al domicilio de un varón de 67 años una unidad del SAMU, que ha sido llamada porque el paciente se estaba ahogando sin poder respirar. Está diagnosticado de una neoplasia de próstata con metástasis hepáticas, óseas y pulmona-

res y hasta ahora había rechazado todo tratamiento médico. Los familiares informan al médico del SAMU de estos hechos, pero como no le aportan ningún informe ni documentación, el médico les dice que le va a trasladar al hospital, porque si no es para eso, no entiende para qué le han llamado.

Valores en conflicto

- El respeto de la decisión reiteradamente expresada por el paciente de no ingresar en un hospital, habida cuenta de su infausto pronóstico.
- El respeto de la decisión de los familiares, que parece que han llamado al médico para que alivie la asfixia del paciente. Se supone que si el alivio necesita el ingreso hospitalario, los familiares desean que se lleve a cabo.

Cursos de acción

Cursos extremos

1. No trasladar al paciente al hospital y continuar la asistencia como hasta ahora.
2. Trasladar al paciente al hospital sin atender a la voluntad reiteradamente repetida por éste.

Cursos intermedios

1. Siempre que se trata de decisiones de los pacientes, la primera obligación del profesional es asegurarse de que él no ha cambiado de opinión. Es frecuente que cuando aparecen síntomas nuevos y muy angustiosos, como es el caso de la hipoxia o de la asfixia, los pacientes modifiquen sus deseos. Habría, pues, que explorar al paciente y ver qué es lo que desea en este momento.
2. Se supone que la situación en que se halla es crónica, y que por tanto en él existe una cierta adaptación a la hipoxia. Ésta reduce considerablemente la capacidad de los enfermos para tomar decisiones autónomas, pero es muy poca la capacidad que necesita un paciente para retractarse de un deseo anterior, sobre todo cuando lo que ahora expresa resulta por completo razonable.
3. Es muy probable que el paciente no quiera tanto el traslado al centro sanitario cuanto el alivio de su disnea. En este caso, la obligación del profesional es aclararle que eso va a llevarse a cabo de modo inmediato y en el propio domicilio, bien por el equipo de salud, bien por el de cuidados paliativos, y que en el futuro no tendrá la sensación de angustia que ahora sufre.
4. Esta explicación también debe ser dada a los familiares. Hay que entender bien qué es lo que están pidiendo, si el traslado al centro sanitario o el alivio de su disnea. Todo hace sospechar que lo que les preocupa es esto último.



Curso(s) óptimo(s)

- Cuando el paciente ha expresado repetidamente su deseo de no ingresar en un hospital y su situación es la propia de un enfermo terminal, lo lógico es controlar síntomas, sobre todo el síntoma dolor, y en este caso el síntoma disnea, de tal modo que la persona pueda pasar el resto de tiempo que le queda pacífica y tranquilamente.
- Esto debe comprobarse hablando con el paciente y los familiares. También, reevaluando al enfermo desde el punto de vista médico, a fin de confirmar que, en efecto, se trata de una situación terminal.
- Con un equipo bien entrenado de asistencia domiciliaria, o un equipo domiciliario de cuidados paliativos, no tiene sentido el ingreso hospitalario de estos pacientes. El buen manejo de los síntomas permite salvar los dos valores en conflicto, los deseos del paciente, el de sus familiares y los criterios de buena práctica clínica.

Recomendaciones



- Ingresando al paciente por deseo de los familiares, el médico actúa de modo incorrecto. No parece haber razones clínicas para ello y tampoco una voluntad explícita del enfermo.
- Una vez más nos encontramos ante un caso en que carece de sentido hablar de objeción de conciencia. ¿A qué objeta el médico? ¿A hacer algo indebido? Eso no puede ser llamado objeción de conciencia. ¿A hacer algo debido? A esto tampoco puede llamárselo objeción de conciencia sino mala práctica clínica. El problema es que en este caso no debe llevarse a cabo el ingreso hospitalario, a no ser que el tratamiento domiciliario adecuado sea imposible en ese área de salud.
- Nos encontramos, una vez más, con un caso de pseudo-objeción de conciencia. Estos casos son muy educativos, porque demuestran, cuando menos, que la objeción de conciencia se utiliza por los profesionales de modo errático, sin saber muy bien lo que es y sin criterio. Echar mano de la objeción de conciencia en situaciones como la descrita es rigurosamente incorrecto e inadecuado.

Caso 11. Demandas improcedentes de asistencia

Acuden a las urgencias del centro de salud una mujer de 74 años y su hija de 45, porque mientras compraban en el mercado esta última ha sufrido una caída, golpeándose en la rodilla. La hija dice que ya lleva días mareada. El médico le

explora la rodilla y le hace una valoración general, informándole de que lo de la rodilla es una simple contusión y que le va a solicitar un análisis mañana mismo, para descartar anemia, porque la ve un poco pálida, lo que podría explicar los mareos. Mientras tanto le prescribe Paracetamol y le aconseja reposo. La hija le contesta que la debería de remitir al hospital, para que le hicieran los análisis en seguida, y le sacaran unas radiografías de la rodilla, para estar más seguros. Pide también que avisen a una ambulancia para llevarla, porque casi no puede andar. El médico insiste en que él ya ha dicho lo que hay que hacer, que para eso es el médico.

Valores en conflicto

- El respeto de los criterios de buena práctica profesional y la distribución correcta y equitativa de recursos.
- El respeto de la decisión de la paciente.

Cursos de acción

Cursos extremos

1. No atender a las peticiones de la enferma. Se supone que la objeción de conciencia coincide con este curso de acción, ya que por razones que el profesional considera éticas, rechaza sus peticiones.
2. Atender a sus peticiones, facilitándole una ambulancia y remitiéndola a urgencias del hospital.

Cursos intermedios

1. Mandarla al hospital pero sin ambulancia.
2. Evaluar la capacidad de la paciente.
3. Intentar entender las razones por las que quiere que le hagan un estudio analítico.
4. Explicarle que cada prueba tiene sus propias indicaciones, y que el profesional ha de atenerse a ellas, porque en caso contrario está poniendo en riesgo a los pacientes y despilfarrando recursos.

Curso(s) óptimo(s)

- Este caso denota sin duda una falta de confianza en el médico. Aunque esto se puede deber a muchos factores, también culturales, hemos de entender que no es perder el tiempo buscar los motivos de esa falta de confianza e intentar ganársela. Por este motivo deberíamos descartar el curso extremo primero.



- El segundo curso de acción extremo tampoco es de recibo. Sería una medicina de complacencia, que en principio evita problemas directos y enfrentamientos con los pacientes, pero que compromete seriamente al profesional por el mal uso de los recursos que el sistema pone en sus manos.
- Como de costumbre, los cursos óptimos son los intermedios. Especialmente apropiados son los cursos 3 y 4.

Recomendaciones



- Una vez más nos encontramos con un recurso indebido a la objeción de conciencia. No es correcto invocar esta figura en la presente situación. El médico sabe lo que tiene que hacer; por tanto, cuál es su obligación moral, y si no lo hace comprende que habrá actuado mal. La práctica clínica correcta es *lex artis* y tiene para el médico no sólo valor ético sino jurídico. Caben, no obstante, varias respuestas ética y jurídicamente correctas dentro del campo de la *lex artis*. Esto es lo que se está reconociendo con la objeción de conciencia, o lo que ha de reconocerse en relación con tratamientos que un paciente rechaza. Cuando no se hace lo correcto por motivos de conciencia, porque ello entra en conflicto con otro valor que se considera que no puede violarse, tiene sentido hablar de objeción de conciencia; pero cuando no se hace por otras razones distintas a las de la conciencia y, por lo general, no respetables, no cabe hablar de objeción de conciencia sino de mala práctica.

PROBLEMA 9

Objeción al traspaso de datos a bancos digitalizados



Introducción

El desarrollo de las nuevas tecnologías, y en particular de las tecnologías informáticas, ha provocado, y seguirá provocando, profundos cambios en el sistema sanitario. Y como con otros avances tecnológicos, cabe afirmar que no todo lo técnicamente posible es éticamente correcto.

El sector sanitario no ha sido pionero en la incorporación de la informática: más bien al contrario, han existido varias razones que la han dificultado. Por una parte, la natural resistencia al cambio de los profesionales, arrastrados por la inercia de

los registros manuales. Por otra parte, las administraciones sanitarias autonómicas han puesto por delante sus propios intereses políticos a los de utilidad y eficiencia clínicas, y se han decantado por modelos de historia centralizada, no fácilmente compatibles entre autonomías ni con otros programas informáticos. En muchos casos, por lo demás, la implantación no se ha llevado a cabo correctamente. La formación, la organización del paso del sistema de información tradicional al nuevo y los sistemas de motivación de los profesionales han dejado mucho que desear. Las empresas informáticas, por lo general, no han solucionado estos problemas y han antepuesto su propio interés o al interés general.

A pesar de estas dificultades, parece imparable el uso generalizado de las herramientas informáticas. En medicina se manejan grandes cantidades de información. Una gran parte de las tareas, sobre todo en atención primaria, es burocrática, y la informática puede ser de gran ayuda. Puede facilitar la accesibilidad a la información relevante de los pacientes, a fin de tomar decisiones clínicas para la continuidad asistencial, también para la docencia y la investigación, la gestión y la planificación.

No obstante, no todo es positivo, también existen problemas, algunos de ellos de gran importancia ética. Es el caso del riesgo de vulnerar el principio de confidencialidad de los pacientes, con la circulación de la información sin suficientes garantías y a instancias que no necesitan toda la información ni que ésta sea nominal.

El derecho de toda persona a la preservación de sus datos, es el fundamento de su derecho a la confidencialidad. Todo derecho conlleva un deber. El derecho a la confidencialidad de los pacientes conlleva un deber de los profesionales que les atienden; éste es el secreto médico.

Si no se le garantiza la confidencialidad, ningún paciente confiará en su médico. Y sin confianza no hay relación médico-paciente que pueda cumplir su cometido. Por ello, es el médico quien tiene que velar y hacer todo lo que esté en su mano para que se respete la confidencialidad de sus pacientes.

No obstante lo dicho, hay que recordar que la responsable última legal de la custodia de la información y de los sistemas que los soporta es la Administración Sanitaria, excepto en el ejercicio de la actividad privada, pues en este caso son los médicos los responsables de la gestión y custodia de la información y documentación.

Caso 12. Objeción a un sistema informático

La Consejería de Sanidad de una determinada Comunidad Autónoma lleva años con su plan de informatización. Le ha llegado el turno al centro de salud de nuestro caso, para poner en marcha el nuevo programa informático de Atención



“ambulatoria” de la Comunidad Autónoma, cuya propietaria es la Consejería, que pretende informatizar toda la atención primaria, los centros de especialidades y las consultas externas de los hospitales, centralizando toda la información en una megabase de datos ubicada en un gran hospital. Cada profesional accederá al sistema mediante una tarjeta identificativa y una clave personal. Cada miembro del equipo tendrá un nivel de acceso a la información, según sea su profesión y responsabilidad. La entrada en la historia de un paciente se hace mediante su tarjeta sanitaria, pasada por un lector de tarjetas, o bien introduciendo el número de su tarjeta u otros datos identificativos. También se puede acceder a las historias sin estar el paciente delante ni disponer de su tarjeta ni de su número, con su nombre y apellidos o número de DNI.

El centro de salud en cuestión lleva funcionando 20 años. Desde su inicio, se utiliza la historia clínica individual en formato papel, así como otros registros manuales. Desde hace unos 5 años están informatizados la cita previa y los tratamientos de larga duración, con un programa, al parecer, ya obsoleto. En el Centro trabajan 6 médicos de familia y 2 pediatras.

El Coordinador del equipo convoca una reunión con todos los facultativos, para informar de los plazos en los que está previsto cablear el centro, instalar los ordenadores y las impresoras, así como los días en que se impartirá un curso de formación del programa informático. Quiere que se pongan de acuerdo sobre el tiempo que quieren disponer para ir pasando toda la información de las historias en papel al programa informático, priorizando los tratamientos crónicos, los diagnósticos y las alergias de cada paciente.

En la reunión, uno de los médicos de familia, el Dr. Objeto, que hasta el momento de intervenir se ha mostrado inquieto y contrariado, expresa: “Antes de que sigamos adelante yo quiero decir que estoy en contra de que se informaticen las historias. Todos mis pacientes tienen su historia clínica muy detallada, pues he invertido mucho tiempo en hacerlo. No sé de dónde iba a sacar tiempo para pasar todos los datos al ordenador. Muchos pacientes tienen una historia así de gorda —mientras indica con la mano un espesor de unos 2 cm— y están llenas de datos personales que afectan a su más sensible intimidad. En todos estos años nunca he tenido ningún problema, pero ¿quién me asegura que si pongo esos mismos datos en el ordenador no los va a leer cualquiera?”

El coordinador, que ha visto cómo el Dr. Objeto se ha ido cargando emocionalmente, intenta calmarlo y explica: “Para acceder a la historia de cualquier paciente, antes hay que identificarse y el sistema guarda la información de quien ha entrado. Por lo menos, eso nos dijeron en la reunión de coordinadores con la Gerencia.”

El Dr. Objeto prosigue con su razonamiento: “Para mí no es suficiente garantía. ¿Os dijeron algo de para qué quieren toda la información de mis pacientes en los Servicios Centrales de la Consejería? No creo que puedas convencerme. He hablado con compañeros de otros centros de salud y he decidido que, mientras no tenga más garantías de la confidencialidad de los datos de mis pacientes, me declaro objetor de conciencia para el uso del programa informático. No quiero, siquiera, que me den la tarjeta de acceso, porque no la pienso utilizar.”

Otro de los médicos, el Dr. Mayor, que tiene 63 años y que, por no encontrarse muy bien de salud ha estado los últimos meses de baja en tres ocasiones, toma la palabra: “Yo también tendré que acogerme a eso de la objeción de conciencia que dice el compañero, pues en privado os diré, a vosotros que me conocéis desde hace tiempo y sabéis que cuando traigo alguna presentación de ordenador para alguna sesión me la tiene que preparar mi hijo, que yo he llegado un poco tarde a esto de los ordenadores y que, como me falta poco para jubilarme, no me compensa el esfuerzo.”

El coordinador, contrariado, dice que llevará la postura de los dos médicos a la Gerencia, para ver qué dicen, y convocará una nueva reunión en cuanto sea posible, pero que los plazos anunciados se irán cumpliendo.

Problemas

En el presente caso hay dos situaciones distintas. Si bien ambos médicos se oponen a la utilización del sistema informático, no se les puede valorar igual.

El Dr. Mayor, aunque su posición sea comprensible, no debería apelar a la objeción de conciencia, dado que no es ésta la razón por la que rechaza el uso del programa informático. Siempre será reprobable éticamente el hecho de alegar objeción de conciencia, cuando en realidad el motivo es la conveniencia, la incapacidad, la falta de motivación, u otras razones menos confesables. Con esta posición, aparte de faltar a la verdad, se perjudica a los que sí declaran su objeción de conciencia honestamente.

El caso del Dr. Objeto es diferente. Si se garantizara la confidencialidad de los datos de los pacientes, él no tendría inconveniente en utilizar el sistema informático. Y se entiende que encontraría el modo y manera de ir introduciendo los datos relevantes en la nueva historia informatizada, como lo harán sus compañeros no objetores.

Hay que entender que la postura del objetor de conciencia no suele ser cómoda, siempre que intente lesionar lo menos posible a los pacientes que tengan un punto de vista distinto al suyo, y estos vean que no les satisface su necesidad. Tampoco



suele resultar cómodos la confrontación con los demás compañeros, que se ven sobrecargados con las tareas que él no desempeña, ni el enfrentamiento con la Administración, que a veces obligan a ésta a hacer ajustes organizacionales.

Valores en conflicto

Analizamos, como es obvio, el conflicto del Dr. Objeto, puesto que el otro ya hemos dicho que no es de recibo. El conflicto es debido a que entiende el valor de los sistemas informáticos, pero cree que pueden resultar una amenaza para otro valor tan fundamental o más que éste, el de la confidencialidad de los datos sanitarios de los pacientes.

Los valores en conflicto son, pues, los siguientes:

- De un lado, lo que podría enunciarse como la gestión racional de la información sanitaria, que incluye los sistemas más actuales que hayan demostrado ser eficaces y a la vez los más eficientes. Proporcionarlos es responsabilidad de la Administración sanitaria.
- De otro, el derecho a la confidencialidad de los datos de los pacientes.

Cursos de acción

Cursos extremos

1. Introducir todo tipo de información en el sistema informático, sin distinguir la que tiene carácter más confidencial y sin importarnos el uso que se haga de esa información y por supuesto sin informar a los pacientes de ese riesgo.
2. En el extremo opuesto, negarnos rotundamente a utilizar el sistema informático y a introducir cualquier dato de los pacientes. Este curso es el asumido como propio por el Dr. Objeto.

Cursos intermedios

1. Los médicos tienen la capacidad de introducir en el sistema informático los datos que consideran relevantes.
2. Hacer que en el sistema informático los datos más íntimos, así como las anotaciones personales de los médicos, se hallen ubicadas en archivos especiales, a los que sólo pueda accederse con excepcionales medidas de seguridad.
3. Estudiar si no sería posible establecer un sistema en red, de tal modo que el programa de gestión fuera común a todos, pero los datos se archivaran en cada dentro de salud, a fin de no hacer un megabanco, dado que, caso de accederse a este último, el daño para la confidencialidad de los datos sería muy superior.

4. Establecer unos estrictos sistemas de acceso y control de la información, de modo que el nuevo sistema informático no suponga un peligro para la confidencialidad de los datos.
5. Comunicar a la Dirección el riesgo de que se vulnere la confidencialidad de los datos de los pacientes, para que garantice su custodia y asuma toda la responsabilidad.
6. Ir trasladando los datos de los pacientes a medida que estos vienen a consulta y autorizan a realizarlo, informándoles de las ventajas del nuevo sistema, así como de sus riesgos.

Curso(s) óptimo(s)

- El curso óptimo debería lesionar lo menos posible los valores en conflicto. Por eso descartamos los dos cursos extremos, ya que el primero no contempla la salvaguarda de la confidencialidad, mientras que el segundo imposibilita la utilización de un sistema informático que aportaría beneficios a los pacientes en particular y a la sociedad en general.
- El curso de acción más prudente sería aceptar la utilización del sistema informático que manda la Dirección, buscando por todos los medios que los datos de los pacientes resulten protegidos del modo más seguro posible, y evitando que las anotaciones personales de los médicos y los juicios de valor se mezclen con ellos.
- También parece igualmente prudente el informar a los pacientes de las características y usos del sistema informático donde introducimos sus datos personales, para que puedan ejercer su autonomía, negándose a dar ciertas informaciones o permitir que las plasmemos en el sistema.
- Los pacientes pueden pedir la supresión de datos que no sean relevantes para el cuidado de su salud de un banco sanitario, pero no de aquellos otros que el sistema pueda necesitar para su asistencia o la de otras personas.



Recomendaciones

- A pesar de que la legislación española permite registrar datos sanitarios de las personas sin su consentimiento expreso, obraremos más correctamente si antes de introducir algún dato de un paciente, le informamos de lo que vamos a hacer y pedimos su permiso, esto es, solicitamos su consentimiento informado, al igual que lo hacemos, o lo deberíamos hacer, antes de practicar un tacto rectal, solicitarle una radiografía o prescribirle un tratamiento erradicador del *Helicobacter pylori*.



- Conviene ser cuidadoso a la hora de registrar información sensible que afecte a la confidencialidad de los pacientes, sobre todo en modelos de historia única y centralizada, ya que pueden ser muchos los profesionales con capacidad de acceso a tal información.
- Conviene utilizar los espacios que algunas aplicaciones permiten, a fin de que las anotaciones subjetivas y las que el profesional considere oportunas, quedan encriptadas, permitiendo el acceso exclusivamente al profesional que las ha registrado.
- Se deberían seguir buscando alternativas a las megabases centralizadas de datos, a fin de reducir el riesgo de utilización ilícita y mayor salvaguarda de la confidencialidad de los datos de los pacientes.
- Puesto que estamos en una *Guía* de objeción de conciencia, es preciso insistir en que en el caso que hemos analizado tampoco es correcta la objeción realizada por el Dr. Objektor. Se trata de un curso extremo, que no resulta éticamente correcto más que caso de haber fracasado todas las vías intermedias. También conviene tener en cuenta que la protección de los datos nunca puede exigirse de modo total o absoluto, ya que no es posible una protección de ese tipo. Tampoco la protección de que gozaban las historias clínicas en el centro de salud era absoluta. Lo que los profesionales deben pedir es que la protección en el nuevo sistema no sólo no sea menor, sino que sea superior, dado que, entre otras cosas, la acumulación de datos va a ser mucho mayor, motivo por el cual cualquier acceso a ellos tendrá consecuencias mucho más graves.
- Para acceder a un banco de datos sanitario es preciso utilizar claves personales que sólo debe conocer el sanitario que accede, y quedar registrada tal entrada. Por ello nadie debe permitir que con su clave acceda cualquier otra persona a los datos del archivo. A su vez, los sanitarios únicamente deberían acceder a los datos de un paciente cuando resulte necesario para la asistencia de éste. En caso contrario, se vulnera su derecho a la confidencialidad.



La objeción de conciencia en el origen de la vida

PROBLEMA 10

Objeción a la dispensa de anticonceptivos y contraceptivos



Introducción

En la historia de la humanidad, la limitación de la natalidad ha estado siempre presente y ha sido motivo de preocupación social. Parece ser que fue en la prehistoria cuando aparecieron los primeros medios conocidos para controlar la natalidad. Desde la antigüedad se han practicado el infanticidio, el aborto y la contracepción. Esto demuestra la constante voluntad de la especie humana de escapar a la fatalidad de una reproducción natural no siempre deseada, unas veces por motivos de selección de género, favoreciendo, por ejemplo, el nacimiento mayoritario de varones guerreros o cazadores, o intentando mejorar las razas, o, en fin, por puro control demográfico. Dicha voluntad ha variado, siendo unas veces de orden individual y otras colectivo, unas institucional y otras no, pero en una u otra forma estas prácticas han perdurado hasta nuestros días.

Como es bien sabido, el control de la natalidad puede realizarse de dos maneras o por dos vías: evitando la unión de los gametos (anticoncepción) o bien evitando que el producto de la fecundación ya culminada anide y quede implantado y/o sea expulsado (contracepción). Hay métodos anticonceptivos naturales que, en general no originan debate moral por su uso, y métodos artificiales que, a su vez, pueden ser: de acción de barrera a la posible fecundación, hormonales de acción anovulatoria, o bien químicos de acción espermicida. Todos ellos son reversibles, obviamente, al dejarse de utilizar. Los hay también irreversibles, que precisan de una pequeña intervención quirúrgica, como la obstrucción de las trompas de Falopio o la ligadura de los conductos deferentes.

Estos métodos artificiales, reversibles e irreversibles, generan debate moral y social.

Como métodos contraceptivos cabe citar: la píldora RU486 (Mifepristona), los dispositivos intrauterinos (DIU), los tallos de alga japónica desecados que aumentan progresivamente de tamaño al contacto con un medio húmedo –llamados de *laminaria*– y que dilatan el canal cervical uterino, el Misoprostol (Cytotec) que dilata también el canal cervical, el Metrotexato (citotóxico frente al trofoblasto) y las prostaglandinas (que producen contracciones uterinas y reblandecimiento cervical). Algunos consideran que los anovulatorios tienen también acción antiimplantatoria, porque entre sus mecanismos de acción está el de modificar la estructura y desarrollo del endometrio. Es cierto; pero no deben obviarse los otros tres mecanismos: inhibir la liberación de FSH y LH a nivel del hipotálamo, alterar el moco cervical y la motilidad de las trompas de Falopio. Esto significa que sólo si fallan las acciones dirigidas a impedir la fecundación, podrá tener un efecto antiimplantatorio. Los anovulatorios actúan también sobre el endometrio, impidiendo la formación de sus células ciliadas que, como es sabido, sirven para facilitar el avance de los espermatozoides en su camino hacia el óvulo.

Caso 13. Objeción a un método anticonceptivo

Una joven pareja de recién casados ha decidido planificar la posibilidad de tener familia. Su proyecto, dado que “tienen una vida por delante”, consiste en no tener hijos en los tres primeros años de matrimonio para poder conocerse más profundamente y, además, asegurar sus respectivos puestos de trabajo, ya que ambos son maestros interinos y preparan oposiciones, buscando conseguir una plaza fija. Como sistema más seguro y cómodo, se han inclinado por el anillo vaginal anticonceptivo, pero no obstante quieren una información más profesional sobre ello.

La mujer ha ido siempre, llevada por su madre, a su ginecólogo que ya es algo mayor y le da vergüenza que el mismo especialista al que han ido su madre y ella misma desde la pubertad sea quien reciba las confidencias de la pareja. Su íntima amiga de siempre le ha recomendado un profesional con el que trabaja como enfermera en una gran clínica privada, que en su opinión es persona de gran competencia técnica, muy serio, educado y atento. La pareja acude el día y hora que les han citado, algo abrumada porque la novedad del especialista y el tema en sí hacen algo violenta la situación.

El ginecólogo, muy correcto, recibe a la pareja y escucha atentamente su exposición. Una vez finalizada la misma, adopta una postura tensa y con tono de repro-



che les dice: “¡Qué decepción me han causado! ¡Que una pareja tan joven y llena de vida no sea capaz de pensar en transmitirla a través de unos hijos que son la bendición del amor entre un hombre y una mujer! Lamento esta situación pero yo no receto anticonceptivos, porque mi conciencia me lo prohíbe. Tengan la amabilidad de salir de mi consulta. Adiós y buenas tardes.”

Es fácil suponer la profunda decepción y vergüenza con la que la pareja salió de aquella clínica y la sensación de incompreensión en un tema que ellos habían reflexionado, hablado, acordado y decidido con gran ilusión.

Valores en conflicto

Ante una petición como la que ha formulado la pareja anterior a un profesional, en éste se produce un cierto conflicto entre dos valores:

- De una parte, el respeto de la voluntad expresada por el marido y la mujer
- De otra, la vida como valor, que los métodos anticonceptivos impiden que se realice.

No hay duda que el conflicto moral en el uso de anticonceptivos se debe a la oposición entre esos dos valores, que siempre se halla presente, incluso en aquellos que optan por alguno de los cursos extremos, como es el caso de nuestro ginecólogo.

Cursos de acción

Cursos extremos

1. Si se opta por el primero de los valores en conflicto, con total desatención al segundo, la consecuencia será el tomar como guía la voluntad de la pareja y atender a su solicitud.
2. Si se opta por el valor contrario, la vida, el resultado será la negativa a la solicitud de anticonceptivos de la pareja. Éste es el curso elegido por el ginecólogo. De nuevo advertimos que la objeción de conciencia coincide con uno de los cursos extremos. Él objeta en conciencia a la utilización de métodos anticonceptivos artificiales, porque considera que ellos alteran el proceso natural de la procreación humana y, por tanto, de la transmisión de la vida. El valor vida tiene prioridad absoluta sobre la opción de la pareja, y por eso se niega a secundar sus deseos; los considera maleficentes.

Cursos intermedios

1. La conducta del profesional descrito es claramente extrema, y por ello mismo irresponsable. Nadie es merecedor de ese tipo de trato. Lo menos que se exige

- es que los profesionales sean respetuosos, educados, y que cuando objetan a una práctica, expliquen las razones por las que lo hacen.
2. Es muy probable que, caso de hacer explícitas sus razones, dijera que nosotros no somos quienes para alterar el orden de la naturaleza, sobre todo en asunto tan fundamental como la transmisión de la vida, que él considera sagrado.
 3. Habida cuenta de que se trata de una pareja de maestros, y por tanto con un nivel cultural respetable, cabe suponer que también ellos argumentarían, aduciendo que, sin negar importancia al respeto del orden natural, éste no puede considerarse absoluto e intocable, como lo demuestra toda la actividad del ser humano sobre el planeta, que si en algo consiste es en su modificación, a veces sustancial, y que por otra parte ellos también consideran la vida como un valor fundamental, y tal es el motivo de que procuren procrear de modo responsable.
 4. Este intercambio de razones permitirá, al menos, entender que quienes piensan de modo distinto a nosotros también tienen sus razones, quizá de tanto peso como las nuestras, y que por ello mismo merecen, al menos, el mismo respeto. Esto supone ya un acercamiento de posiciones, y aun en el caso de que no se llegue a un acuerdo, el resultado será siempre mejor que el de la opción por los cursos extremos, porque habremos conseguido respetar más ambos valores en conflicto.
 5. Suponiendo que la deliberación no termine en acuerdo, habrá servido para que intercambien razones, maduren en sus propias posiciones e intenten ayudarse mutuamente.
 6. Así, el ginecólogo podría orientarles sobre los llamados métodos anticonceptivos naturales, así como sobre sus ventajas e inconvenientes, dejando libertad a la pareja para que acepte o no su ofrecimiento.
 7. Si después de un diálogo sereno, respetando la simetría de valores de ambas partes, con una información clara y no sesgada, la pareja persevera en su elección, el objetor puede recomendarlos un profesional que no lo sea, le merezca confianza y pueda atender su solicitud.

Curso(s) óptimo(s)

- Dado que el especialista es objetor para la prescripción de anticonceptivos, el curso óptimo recomendado parece que debe de ser el de mantener un diálogo sereno, respetando la simetría de valores de ambas partes, dando una infor-



mación clara y no sesgada y, si la pareja mantiene su elección, enviándolos a un profesional que no sea objetor y atienda su solicitud.

Recomendaciones



- En la parte anterior de esta *Guía* nos hemos encontrado con múltiples casos de pseudo-objeción de conciencia. Los casos más genuinos de objeción se dan siempre en los conflictos del principio y del final de la vida, es decir, en aquellas situaciones en que la vida como valor está en peligro. De hecho, el único caso de objeción de conciencia auténtica de la parte anterior fue el de la huelga de hambre, una situación en la cual el riesgo de perder la vida es alto.
- Es frecuente que los profesionales consideren que el derecho a la objeción de conciencia les libera de cualquier otra obligación relativa al caso de que se trate. Es un grave error. Como ya hemos repetido varias veces, la objeción de conciencia sólo es admisible cuando no hay otra vía que permita salvar los dos valores en conflicto, e incluso en estos casos, tiene que hacerse del modo más respetuoso posible para con el otro valor en juego. La defensa de un valor no dispensa del respeto hacia el otro. La objeción de conciencia no es una patente de corso. Y por más que se pueda concebir como un derecho, no libera de cumplir con todos los demás deberes inherentes o relacionados con el caso.
- La búsqueda de la solución óptima exige necesariamente la puesta en marcha de un proceso de deliberación adecuado. El hecho de que alguien sea objetor o tenga derecho a la objeción no le priva de la necesidad de deliberar con el paciente, a fin de buscar entre ambos la solución óptima a su caso.
- La anticoncepción tiene connotaciones que inducen al debate moral, pero esto no debe llevar al enfrentamiento de un profesional con su paciente, sino a facilitar información que pueda aclarar otras decisiones nuevas que no se contemplaban por falta de conocimientos. El médico debe de informar siempre, manifestar su actitud de forma serena y clara y, si no es posible dar el servicio que nos demandan, poner al paciente en manos de otro profesional que se lo pueda dar. No es recomendable la actitud paternalista ni moralista: es recomendable la profesionalidad objetiva y clara.

Caso 14. Objeción a un método contraceptivo

Una mujer de 27 años, madre de un hijo de ocho meses, acude a consulta en un Centro de Atención a la Mujer, solicitando información sobre el DIU y con el deseo de colocarse uno, caso de que la información recibida se ajuste a sus expectativas. Le

recibe una educadora sanitaria que, después de facilitarle toda la información necesaria tanto gráfica como verbal, le remite a la consulta del ginecólogo para concretar el momento de la inserción del DIU y realizar las exploraciones previas pertinentes.

Cuando la paciente llega a la consulta de ginecología y el especialista conoce el motivo de su consulta, éste le explica en tono tranquilo y claro que es objetor para los métodos de contracepción pero que hablará con una compañera que pasa consulta al lado y que ella le atenderá.

La paciente vuelve a la sala de espera y, a los diez minutos, le llaman para entrar en la consulta de la ginecóloga de la que saldrá con el DIU implantado y citada para la revisión siguiente.

Valores en conflicto

La diferencia entre este caso y el anterior es que aquí la paciente pide un método contraceptivo y no simplemente anticonceptivo. El DIU impide la nidación del cigoto en el endometrio uterino y, por tanto, la progresión del embarazo. Hay grupos para los que los métodos contraceptivos tienen la misma moralidad que los abortivos, razón por la cual objetan a su utilización, incluso cuando no son objetores al uso de métodos anticonceptivos.

En el presente caso nos encontramos con un ginecólogo que probablemente pertenece al grupo que se acaba de describir. Para los más radicales, tanto los métodos anticonceptivos como los contraceptivos son incorrectos, dado su carácter anti-natural, y además consideran que está prohibido cualquier tipo de colaboración en tales prácticas, de tal modo que el profesional no puede facilitar, como hace el de nuestro caso, la realización de la técnica por otro profesional. El hecho de que nuestro médico actúe así, demuestra que no es persona muy radical, lo que hace suponer que quizá no objeta a la utilización de anticonceptivos, así como a que las personas que libremente quieren utilizar contraceptivos, puedan hacerlo, bien que sin su colaboración directa.

Como luego veremos, de lo anterior cabe concluir que el ginecólogo no toma en este caso un curso extremo sino otro más matizado, y que su objeción de conciencia tiene también matices.

Para llevar a cabo el análisis ordenadamente, conviene que comencemos identificando los valores en conflicto. Estos son, obviamente, los mismos que los del caso anterior:

- De una parte, el respeto de la voluntad expresada por la mujer consultante
- De otra, la vida como valor, que los métodos contraceptivos interrumpen en su progreso.



Cursos de acción

Cursos extremos

1. Optar por el respeto de la voluntad libre y conscientemente expresada por una persona autónoma, lo que lleva a realizar el procedimiento solicitado por ésta.
2. Buscar la protección de la vida a toda costa, negándose a intervenir de cualquier modo en la interrupción de un proceso de gestación de una nueva vida, ya iniciado.

Cursos intermedios

1. No llevar a cabo personalmente la técnica, pero derivar la paciente a otro profesional que pueda realizarla sin problemas de conciencia. Este es el curso elegido por el profesional de nuestro caso. Adviértase que es la primera vez en la que la objeción de conciencia no coincide con un curso extremo. Para unos, esto será interpretado como falta de radicalidad en la actitud del propio objetor; para otros, un rasgo de prudencia.
2. Poner la objeción en conocimiento del jefe de servicio, a fin de que pueda organizarlo adecuadamente y evite que se deriven este tipo de demandas a un profesional que es objetor a ellas.
3. Tratar el tema en una sesión clínica, a fin de discutir los motivos y distribuir las funciones dentro del equipo de acuerdo con los valores y creencias de cada uno.
4. Elaborar un protocolo de actuación en situaciones como las descritas.
5. Si se trata de un ginecólogo con práctica privada, comunicar su condición de objetor al Colegio Oficial de Médicos.

Curso(s) óptimo(s)

- El propio médico objetor de este caso considera que el curso extremo que niega la prestación del servicio de modo tajante y sin matices no le parece óptimo. Él tiene por más prudente el no llevar a cabo la prestación, pero derivar la paciente a otro compañero.
- Los cursos intermedios 2, 3 y 4 pueden mejorar sensiblemente el manejo de estos casos y la compatibilización de los valores en conflicto.
- Por más que ya está dicho, es importante repetir que el que la objeción de conciencia sea legítima en esta situación, no priva a los profesionales sanitarios de todas sus obligaciones con los pacientes, de tal modo que tienen que evitarles todas las molestias posibles, informarles de su objeción y de las razones, así como de los mecanismos previstos para la solución de estos casos.



Recomendaciones

- Este caso añade matices importantes a los ya explicitados en el anterior. De nuevo consideramos que la objeción es pertinente y respetable, pero aquí se ve bien que el manejo correcto de estas situaciones exige que los objetores, cuando los casos no van a ser esporádicos sino frecuentes, tienen obligación de informar a sus jefes, a fin de que puedan tomarse las medidas organizativas adecuadas para producir el menor trastorno posible a los pacientes.
- Ésta es la principal enseñanza del presente caso. La objeción de conciencia afecta no sólo al médico y al paciente sino a la organización de todo el servicio. De ahí la necesidad de comunicársela al responsable de dirigirlo, a fin de que puedan tomarse las medidas oportunas. Ni que decir tiene que la objeción no puede redundar en ninguna merma en la carga de trabajo del objetor. Deberá compensarse de algún modo a sus compañeros por el trabajo extra que asumen.
- Se impone, pues, en los servicios públicos, el llegar a acuerdos dentro de los equipos. En el caso de los servicios privados, los profesionales deberían comunicar su condición de objetores a su Colegio de Médicos.
- El DIU no es el único método contraceptivo, aunque sí el utilizado con más frecuencia. La Mifepristona (RU486) no está oficialmente autorizada en España y el Misoprostol (Cytotec) tiene como única indicación oficialmente aceptada los trastornos digestivos, restringiéndose su uso como dilatador cervical uterino a indicaciones muy concretas y, generalmente, en ámbito hospitalario, al igual que los tallos de laminaria. El Metrotexato se utiliza en medio hospitalario y su indicación más frecuente es en gestaciones ectópicas. Generalmente se utilizan combinadas con prostaglandinas.
- El DIU actúa como cuerpo extraño intrauterino y produce una endometritis aséptica, con lo que el efecto antiimplantatorio está garantizado. Además, algunos dispositivos intrauterinos contienen progesterona, cuya acción se suma a la ya mencionada, corrigiendo los cuadros de menometrorragias y evitando las consiguientes intervenciones quirúrgicas. Otros dispositivos intrauterinos están recubiertos por un filamento de cobre que produce un efecto espermicida. No protege de las enfermedades de transmisión sexual. Es un sistema idóneo para la mujer que tiene relación estable, con una sola pareja y sin riesgos de adquirir una enfermedad de transmisión sexual. Tiene una eficacia que alcanza el 98% y se ha demostrado que no favorece embarazos extrauterinos.
- Es de gran importancia en un equipo sanitario multidisciplinar que la relación interpersonal sea fluida. Si la ideología de cada componente es conocida, se evitan conflictos de relación, tanto humana como clínica.



PROBLEMA 11

Objeción a la anticoncepción postcoital o de emergencia



Introducción

De entre las muchas y variadas formas existentes de contracepción y anti-concepción, la anticoncepción de emergencia apareció en 1960 con el nombre de “método Yuzpe.” Consistía y consiste en la asociación de etinilestradiol y levonorgestrel, pero no fue introducida como contraceptivo hasta 1982. Desde entonces su uso se ha incrementado sustancialmente, así como la variedad de fármacos y pautas de administración.

La anticoncepción de emergencia no debe ser de uso habitual, debido a su acción y efectos secundarios. Tiene efecto anovulatorio, inhibidor del transporte del ovocito y del semen, así como antiimplantatorio. Dependiendo del momento del ciclo en el que se administra, así será su modo actuar. Su eficacia dura hasta las setenta y dos horas postcoito, pero disminuye pasado el primer día. No actúa si el óvulo fecundado está ya implantado.

Su modo de acción ha levantado una gran controversia a nivel mundial. También se ha discutido y se discute si debe dispensarse libremente o sólo bajo prescripción facultativa, así como si debe financiarse a cargo de los presupuestos gubernamentales o deba ser costeadada privadamente. Según estudios realizados en España, el perfil de la mujer que solicita este método es el de una joven de 21 años, que habitualmente usa el preservativo como método y que acude a urgencias antes de las 24 horas postcoito, por rotura del preservativo.

La mayor polémica se suscita al administrarla a menores de 18 años. No hay acuerdo internacional, puesto que existen países donde su uso es aceptado y otros en que no lo es. En España, según las estadísticas oficiales, se ha producido en los últimos años un aumento del uso, tanto de la interrupción voluntaria del embarazo no deseado, como de la píldora postcoital, en mujeres menores de 18 años. Quizá el problema radique, como se debate en foros nacionales sobre anticoncepción, en una comunicación deficiente de la información, por dificultades en la transmisión verbal entre generaciones diferentes. Lo que sí es evidente es que impide embarazos no deseados y que la juventud debe tener el acceso fácil a la información acerca de este método, así como a la posibilidad de su uso. Esto exige respuestas, tanto de los profesionales como de las Administraciones públicas.

Caso 15. “Píldora del día siguiente”

Una joven de 16 años de edad acude, acompañada de su amigo de 17, a la consulta de urgencias de Ginecología de un hospital, en una mañana de domingo y solicita la “píldora del día siguiente”. Han mantenido relaciones sexuales sin protección la noche anterior y coincide con las fechas de su posible ovulación, por lo que la situación les resulta angustiosa.

En esos momentos no hay nadie más esperando para ser atendido en urgencias. El personal auxiliar avisa al ginecólogo de guardia que, a los pocos minutos, acude a la consulta y, tras escuchar el relato, con aire molesto les dice: “Esto no es motivo para ocupar una consulta de urgencia hospitalaria, ya que pueden acudir, mañana lunes, a su Centro de Salud o al de Atención a la Mujer para solicitar la píldora. Además, están ocupando un tiempo que puede ser vital para otras personas que vengan de urgencia por causa grave. No tengo obligación alguna de darles lo que piden y además son menores de edad y lo deben de saber sus padres. Vayan mañana a su Centro.”

Valores en conflicto

El ginecólogo de este caso no se declara objetor, pero está haciendo una objeción de hecho. Éstas, son, con toda probabilidad, las más frecuentes en nuestro medio. Pone el pretexto de que atenderla puede poner en riesgo la vida de otras personas en situación más grave, pero en ese momento no hay nadie en la sala de espera de urgencias. Es verdad que la paciente puede esperar hasta el lunes y acudir a su Centro de Salud o al de Atención a la Mujer, pero también lo es que la eficacia del procedimiento va disminuyendo según transcurren las horas. Tiene sentido considerar el caso una urgencia y tratarla como tal. El médico no lo hace así. ¿Por qué? No es un objetor abierto, pero en la práctica actúa como tal. Es lo que en la primera parte de esta *Guía* hemos llamado “cripto-objeción de conciencia.” Además de “seudo-objeciones de conciencia” y de “objeciones de conciencia verdaderas”, están éstas, las “cripto-objeciones”, quizá las más frecuentes. Son objeciones desconocidas e incontrolables. Sus consecuencias son muy graves, pues su propio carácter anónimo hace que no se puedan organizar bien los servicios, cubrir adecuadamente las demandas de la población, etc.

Lo que ahora hemos de analizar es si las cripto-objeciones, y más en concreto la que hace este profesional, son correctas o no. Para ello hemos de comenzar identificando los valores implicados.

- El primero es la vida incipiente que puede haberse iniciado como consecuencia de la fecundación de un óvulo, ya que se encuentra en los días de máxima fertilidad.



- El segundo, el respeto de la voluntad expresada por una joven de 16 años de edad.

Cursos de acción

Cursos extremos

1. No atender la demanda de la joven por considerarla improcedente, bien porque la considera inmoral, o ilegal, o porque piensa que no es una urgencia, o por desconocimiento, o por pura comodidad.
2. Atender la demanda de la joven y facilitándole el acceso al medicamento

Cursos intermedios

1. Uno cercano al curso extremo negativo, pero no coincidente con él, es el que ha puesto en práctica el ginecólogo: no dispensarle el medicamento pero dirigirla a la consulta de su Centro de Salud o del Centro de Atención a la Mujer.
2. Menos extremo o más intermedio, pero cercano al anterior, es el de explicar a la pareja el tiempo de acción de la píldora, tranquilizarlos y comentarles que deben de informarse sobre métodos no de emergencia sino de uso habitual, acudiendo a su Centro en donde le darán además la píldora.
3. Indagar algo más en las razones por la que no usaron protección y dar información suficiente (no hay nadie más esperando) sobre anticoncepción y enfermedades de transmisión sexual. Enviarlos a su Centro si queda tiempo de seguridad, desde la hora del coito hasta las 72 horas.
4. Si el motivo de la conducta del ginecólogo son problemas de conciencia, hacedlo saber a la pareja y delegar en otro compañero del equipo de guardia la atención de este caso.
5. Comprobar la competencia de la joven para tomar decisiones. Conviene tener en cuenta que tiene 16 años y que, por tanto, ha llegado a su mayoría de edad sanitaria. La píldora que solicita es considerada por ciertas personas como abortivo, en cuyo caso la mayoría de edad exigible sería la de 18. Para quienes no lo ven así y distinguen la moralidad de los contraceptivos y de los abortivos, la píldora actúa en estos casos de modo muy similar al de los anticonceptivos. De ahí que, para ellos, si se trata de una persona suficientemente madura, lo razonable es tratar a esta joven como mayor de edad.
6. Como las cripto-objeciones son muy frecuentes, para asegurar el buen funcionamiento de los servicios y la adecuada atención a los pacientes, hacer sesiones clínicas de servicio en las que se saquen a luz estos temas y se establezcan criterios de cómo proceder ante casos similares.

7. Aún más adecuado sería que, tras el estudio común del problema, y con los asesoramientos externos que sean precisos, se elabore una guía o protocolo que pueda evitar en el futuro situaciones como la descrita.

Curso(s) óptimo(s)

La objeción al uso de la píldora del día siguiente podría ser auténtica, pero en este caso no lo es, o no tenemos razones para pensar que lo sea. A pesar de ello, es una actitud muy frecuente en los servicios de urgencia. Por eso es necesario analizar el problema en común, en reuniones o sesiones clínicas, a fin de establecer unos criterios justos y prudentes de manejo de tales casos. Lo ideal sería la elaboración de una guía o protocolo que diga cómo actuar.

- En esa guía habrá de estar contemplado el caso de los objetores de conciencia auténticos o verdaderos, que lo lógico es que sean conocidos como tales por todos los miembros del servicio. Pero se explicitará también el modo de proceder en los casos en que los profesionales no son objetores. Esta es la manera más eficaz de evitar la cripto-objeción, y como consecuencia situaciones como la descrita.
- En cuanto al caso concreto de esta joven, es necesario explorar su competencia o madurez psicológica y humana, así como interrogarla sobre sus prácticas sexuales y las razones por las que no utilizaron ningún tipo de protección, habida cuenta de que tenía un importante riesgo de embarazo. Advertirle de que esta píldora no es un método anticonceptivo y que necesita una cierta orientación sexual, que pueden darle en su Centro de Salud o en el de Atención a la Mujer.



Recomendaciones

- La anticoncepción de emergencia, postcoital o “del día siguiente” es un método con una eficacia del 80% dentro de las 72 horas posteriores al coito, si bien va disminuyendo en eficacia tras las primeras 24 horas. Puede evitar situaciones graves personales, sociales y/o angustiosas para terceras personas. Su administración no entraña problemas con las personas mayores de edad, si el médico no es objetor. El problema se plantea con los menores de 18 años. No debe olvidarse informar de que este método no protege ante las enfermedades de transmisión sexual ni el sida. Tampoco de advertir que es un método anticonceptivo de emergencia, de uso ocasional y que deben emplearse otros tipos para uso habitual, adecuados a la actividad sexual particular de cada caso.



- Respecto a la dispensación a menores, es preciso que vaya precedida de una entrevista clínica en la que se evalúe la capacidad o competencia del paciente para tomar decisiones propias. Una vez comprobada la competencia, es recomendable tener en la memoria que estudios psicológicos con evidencia científica coinciden en situar en los doce años de edad la primera madurez psicológica de la persona. También, que en la legislación española se contempla la misma edad para que una persona consienta ser acogida por terceras personas. Asimismo, que a los trece años las personas pueden consentir libremente las relaciones sexuales, y que con catorce años pueden contraer matrimonio. A los dieciséis pueden emanciparse y, según nuestra legislación, ser tratadas como “menores maduros”, es decir con los mismos derechos y deberes que los mayores de edad, si no hay defectos graves en su competencia.
- Con todos estos datos puede recomendarse, salvo caso de objeción, que la píldora postcoital que solicita esta menor puede administrarse con tranquilidad legal y ética y que no es preciso que informemos a los padres sin su expreso consentimiento. Debemos respetar absolutamente su autonomía y, tras darle una información profesional comprensible, solicitar su consentimiento, asegurándole la confidencialidad de todos los datos. Esto no elude la conveniencia de animar a la menor para que hable con sus padres y les informe de la situación.
- En caso de objeción de conciencia se deben tener en cuenta los siguientes aspectos: en primer lugar, que las Administraciones Públicas Sanitarias han de conocer en cuáles de sus Centros o Servicios existe objeción y ante cual o cuales temas en concreto para que, cumpliendo con su obligación y responsabilidad como Servicio Público, corrijan la situación con personal adecuado. De igual manera, los responsables de los Centros o Servicios Sanitarios deben conocer dónde existe objeción, para poner los medios necesarios que eviten que no se de un servicio al paciente ofertado en la cartera de servicios de esa Institución, por causa de profesionales objetores.
- En el caso puntual que nos ocupa, la anticoncepción de emergencia, si se diese el caso de que no hubiese más profesional en ese lugar que el que se declara objetor, éste debe de priorizar su deber ante su derecho, teniendo en cuenta que el efecto de la medicación sólo es efectivo en las 72 horas posteriores a la relación sexual mantenida, que transcurridas las primeras 24 horas ya no se garantiza el 80% de máxima eficacia y que tiene el deber de dar el servicio requerido. Ante esta situación, si próximo al profesional objetor hay algún otro que no es objetor, debe remitirle a la paciente para que éste preste el servicio

solicitado. Si no hubiera nadie más que el profesional objetor, deberá dar la medicación y, una vez cumplido su deber de servicio, denunciar ante la Administración correspondiente los hechos para que ésta solucione el problema y no se vuelva a repetir.



PROBLEMA 12

Objeción a la esterilización de incapaces

Caso 16. Sexualidad y síndrome de Down

Patricia tiene 22 años y está incapacitada judicialmente a causa de una discapacidad intelectual provocada por un síndrome de Down. Sus padres refieren la ausencia de autonomía y el desvalimiento de Patricia desde la infancia: siempre ha necesitado estar apoyada por alguien. Afirman también que Patricia se acerca con normalidad a los hombres, sin conciencia clara de la posibilidad de mantener relaciones sexuales con ellos y de las eventuales consecuencias y riesgos de dichas relaciones. La preocupación de los padres aumenta en aquellas situaciones en que Patricia no está vigilada y, sobre todo, cuando no está en casa. En especial, les preocupa que Patricia pueda quedar embarazada.

Los padres, como representantes legales, han solicitado y obtenido autorización judicial para esterilizar a Patricia. Para realizar la esterilización han acudido al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital H, donde se entrevistan con la doctora D. Ésta les informa de las características de la intervención quirúrgica (ligadura de trompas por laparoscopia) y les recomienda que mediten la decisión de esterilizar a su hija. A su juicio es una solución inadecuada, una medida sin carácter terapéutico que producirá a Patricia un daño relevante, como es la imposibilidad definitiva de procrear. Los padres responden que lo han reflexionado durante meses y que no necesitan pensarlo más, añadiendo que la autorización judicial les ha servido para confirmar que su decisión es acertada. Lo que ambos quieren ahora es que Patricia sea esterilizada, para que pueda desarrollar una vida más “normal” y autónoma. Ante la firmeza de la posición de los padres, la doctora D les indica que ella no realizará la intervención, ya que resulta contraria a sus convicciones y a su moral.

Los padres de Patricia se entrevistan con el Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia para comentar su conversación con la doctora D y le exponer la situa-



ción. El Jefe del Servicio les indica que la doctora D ha actuado correctamente. Asimismo, les transmite que él y el resto de facultativos del Servicio están de acuerdo con la opinión de la doctora D: la esterilización es una medida lesiva para la salud del paciente, y la de personas incapaces, además de carecer de carácter terapéutico, representa una medida injustificada de eugenesia. Los padres manifiestan una vez más su decisión de que Patricia sea esterilizada, y preguntan al Jefe del Servicio si ha querido decir que Patricia no va a ser operada por ningún miembro de su Servicio. Éste les responde que así es: ningún profesional del Servicio considera correcto realizar una esterilización, y menos aún de una persona incapaz y añade que los profesionales nunca deben de ser obligados a actuar contra su conciencia. Los padres recuerdan que hay una autorización judicial para la esterilización de Patricia que obliga a los médicos del Servicio a cumplir con la resolución judicial y con sus deberes profesionales.

Valores en conflicto

Como siempre, lo primero que tenemos que hacer es identificar la persona que tiene el conflicto o dentro de la cual éste ocurre. Ni la médico ni el jefe del servicio parecen tener conflicto alguno. Piensan que la esterilización es incorrecta porque atenta contra la integridad de la naturaleza humana, supone una mutilación del cuerpo e impide que las mujeres sean fértiles. Pero ya hemos dicho varias veces que la objeción de conciencia no es un valor sino un curso de acción ante un conflicto de valores. Por tanto, no es que en ellos no haya un conflicto de valores, es que creen tener claro cuál es el curso de acción correcto. Nosotros queremos repetir todo el proceso, para ver hasta qué punto ellos han procedido correctamente; o, dicho de otro modo, si su objeción debe ser respetada.

Generalmente se ha supuesto que sexualidad y reproducción compartían una misma moralidad y constituían un mismo valor, de tal modo que la separación entre ambos era considerada incorrecta. Hoy eso no es así, al menos, para una amplia mayoría de la gente. Se ve en el disfrute de la sexualidad un valor distinto al de la reproducción humana, y por tanto al de la paternidad o maternidad. Por supuesto, hoy existen personas que piensan de ambos modos. En nuestro caso está claro que la Dra. D. mantiene la postura clásica, y que los padres de Patricia, sin embargo, distinguen ambos valores. El conflicto en la Dra. D. no se plantea, pues, entre buscar el mayor beneficio para Patricia, evitándola la procreación de hijos pero permitiéndola el disfrute del ejercicio de la sexualidad, por una parte, y el no mutilar un órgano sano, por otra, sino entre el respeto de la decisión libremente tomada por los padres de Patricia y corroborada por el juez, por una parte, y por otra su idea

de que la mutilación de los órganos sexuales es un acto maleficente al que ella no puede colaborar.

Los valores en conflicto son, pues, los siguientes:

- De una parte, el respeto de la decisión libremente tomada por los padres y confirmada por el juez.
- De otra, la no mutilación del aparato genital de Patricia..

Cursos de acción

Cursos extremos

1. Exigir que la doctora D. o cualquier otro facultativo del Servicio realicen la operación de ligadura de trompas de Patricia.
2. Respetar la negativa de los médicos a efectuar la intervención. Este curso coincide con la objeción de conciencia.

Cursos intermedios

1. Conversar con Patricia y evaluar el grado de su incapacidad. Si es posible, integrarla en el proceso de toma de decisiones, haciéndola participe de las consecuencias positivas y negativas que la intervención puede tener en su vida.
2. Las objeciones de conciencia colectivas o de servicios enteros suelen deberse más a procedimientos de coacción sutil, desconocimiento, falta de información, miedo al qué dirán, etc., que a verdaderas razones morales. De ahí que cabe siempre la sospecha de que se trate, más que de objeciones verdaderas, de pseudo-objeciones o de cripto-objeciones. Los que tienen a su cargo la organización y el buen funcionamiento de los servicios, están obligados a investigar estas situaciones y tomar medidas adecuadas. Las objeciones verdaderas merecen respeto, pero a la vez obligan a establecer criterios de derivación de los pacientes, que deben estar claras y ser conocidas por todos. Las pseudo- y cripto-objeciones no deben ser consentidas, ya que suponen un grave deterioro de los servicios y una degradación de la calidad asistencial.
3. Tanto la doctora D como el Jefe de Servicio tienen la obligación de informar correctamente a los padres de la situación, haciéndoles ver las razones de su objeción, dejando claro que se trata de una objeción verdadera y no de una pseudo- o cripto-objeción, e informándoles del protocolo establecido en estos casos para evitar en todo lo posible las incomodidades a los pacientes.
4. Poner el asunto en conocimiento de la dirección médica, a fin de evitar que situaciones como ésta se repitan.



5. Poner en conocimiento del Comité de Ética Asistencial del centro hospitalario H la situación, para que asesore y oriente éticamente a los profesionales y a los pacientes, y contribuya a una solución armónica y satisfactoria para ambas partes.

Curso(s) óptimo(s)

- Conversar con Patricia y evaluar su capacidad para tomar decisiones y para comprender el significado y las consecuencias de la sexualidad y de la medida esterilizadora. Aunque hayan sido sus padres los solicitantes de la esterilización, y aun siendo Patricia incapaz para adoptar decisiones autónomas, ella es la paciente y máxima afectada por la intervención. En el caso de pacientes incapaces, es importante no prejuzgar su incapacidad para la toma de decisiones: aunque puedan ir unidas, y frecuentemente sea así, la incapacitación judicial no equivale *simpliciter* a la incapacidad de obrar, ni a la incapacidad para comprender el significado y las consecuencias de las decisiones y acciones propias y ajenas, en este caso, la esterilización.
- Transmitir a los miembros del Servicio de Ginecología y Obstetricia la obligación de informar con claridad de su condición de objetores de conciencia, así como de las razones y las consecuencias de dicha decisión a los padres de Patricia y, en su caso, a ella misma.
- Conversar con el Jefe del Servicio, el Director médico y el gerente del hospital H sobre la organización del Servicio y sobre la obligación profesional de garantizar la asistencia y un trato éticamente correcto a los pacientes.
- Poner en conocimiento del Comité de Ética Asistencial del hospital H la situación y reflexionar conjuntamente con el Servicio de Ginecología y Obstetricia sobre ella.
- Elaborar una guía o protocolo de actuación que permita resolver situaciones problemáticas y orientar éticamente el ejercicio profesional en casos semejantes. Esta guía deberá distinguir la objeción verdadera de la cripto-objeción y de la pseudo-objeción, y dejar claro que es responsabilidad del jefe de servicio el evitar que estas dos últimas se pongan en práctica.
- Garantizar a Patricia y a sus padres la realización de la esterilización quirúrgica solicitada, por profesionales sanitarios cualificados. En caso de que sea necesaria la derivación a otro profesional o centro, comprobar con antelación la existencia de un profesional cualificado para atender dicha petición de forma eficaz y la aceptación de intervenir de dicho profesional. Además, garantizar que dicha derivación se realizará en el plazo más breve y con los menores inconvenientes posibles.



Recomendaciones

- En el caso de que haya alguna duda razonable sobre la capacidad de la paciente, el médico deberá evaluar capacidad para tomar decisiones.
- El médico ha de informar con claridad al paciente de su condición de objetor de conciencia y de lo que ello significa para su asistencia; en este caso, la negativa a realizar la esterilización. Asimismo, es importante exponer al paciente las razones y valores que sustentan dicha objeción y la importancia que tiene para el médico que sean respetados.
- La conciencia y los valores de la doctora D, del Jefe y de los restantes profesionales del Servicio de Ginecología y Obstetricia, merecen ser respetados, al igual que los de la paciente incapaz y sus representantes.
- El profesional sanitario puede aducir diversas razones para no realizar la intervención esterilizadora, pero no todas fundamentan el ejercicio de la objeción de conciencia, ni tienen todas la misma entidad para justificarlas éticamente. De ahí la importancia que tiene asegurarse que se trata de una verdadera objeción de conciencia, y no de una pseudo-objeción o de una cripto-objeción. Los directores médicos y los jefes de servicio deberían estar obligados a distinguir perfectamente estos distintos tipos de objeción, tomando medidas en todos aquellos casos en que las objeciones no son adecuadas.
- Si se hiciera así, es seguro que muchas de las objeciones colectivas desaparecerían. La mayor parte de ellas no son debidas a la convergencia de valores entre todos los miembros del equipo, sino al miedo a las represalias por parte del jefe, a comodidad, a falta de información, etc. Dicho en otros términos, la mayor parte de las objeciones colectivas son pseudo-objeciones o cripto-objeciones. Un director de un centro hospitalario o de un servicio sanitario está obligado a saber en cada caso de qué tipo de objeción se trata y a proceder en consecuencia. No deberían consentirse las pseudo-objeciones y las cripto-objeciones, y en el caso de las objeciones auténticas, deberían hallarse protocolizados los procedimientos a seguir.
- La objeción de conciencia tiene carácter individual. En el caso comentado, la objeción de conciencia de todos los miembros del Servicio de Ginecología y Obstetricia del hospital H puede dar lugar a una suerte de objeción de conciencia colectiva o de servicio. Si dicha situación es el resultado de haber cercenado o coaccionado la voluntad individual de algún miembro, sería éticamente rechazable. En cualquier caso, desde el punto de vista práctico, dicha objeción de conciencia global ocasiona problemas de funcionamiento que pueden lesionar los valores,



las expectativas y los derechos a recibir asistencia de los ciudadanos. En determinadas circunstancias (e.j: en razón del número de profesionales que integran el Servicio, la distancia o accesibilidad del centro al que se pueda derivar a la paciente, la ausencia de previsión de medidas alternativas, etc.), la derivación a otro servicio puede resultar claramente incorrecta e impropio, por la desproporción del curso elegido o los trastornos que origina a los pacientes.

- No basta que el médico se declare objetor de conciencia para que dicha objeción, aun éticamente justificada, sea automáticamente reconocida y prevalezca en el proceso asistencial, de modo que su negativa a intervenir merezca respeto. Hay que ponderar otros valores y circunstancias para adoptar una decisión ajustada a las características de cada caso. Esto determina que no haya una única respuesta éticamente correcta, sino que existan diversas soluciones éticamente correctas, en función de las circunstancias concretas. Por ejemplo, si no hubiera nadie más que pudiera hacer la intervención sin grave inconveniente para la paciente, el médico estaría obligado a realizar la intervención, incluso contra su conciencia.
- Los médicos deben conocer sus obligaciones profesionales, moduladas por la ética profesional, las normas deontológicas y el ordenamiento jurídico. En principio, es obligación de los profesionales sanitarios el respeto de las decisiones autónomas de los pacientes y de las decisiones de representación en caso de pacientes incapaces de tomarlas autónomamente por sí mismos.
- Es necesario arbitrar medidas organizativas que garanticen la asistencia, mediante la remisión a otro profesional del Servicio o, en su caso, la transferencia o derivación a otro centro sanitario. Corresponde a los órganos de dirección y gestión (responsable del Servicio, del centro hospitalario y de la Administración sanitaria) adoptar tales medidas con antelación, mediante guías o protocolos de actuación.
- En las decisiones de representación, como la adoptada en este caso por los padres de Patricia, no es el propio paciente quien autónoma y libremente adopta la decisión sobre la esterilización, sino un tercero, que ha de representarse cuál sería la decisión que hubiese adoptado Patricia o, cuál es la decisión que supone un mayor beneficio para ella. En el caso comentado, el criterio que rige la toma de decisiones es el mayor interés o beneficio de la paciente incapaz. Éste es también el criterio indicado en el artículo 156 del Código penal, que establece la licitud de la esterilización de personas incapaces por causa psíquica. En cualquier caso, es recomendable, y aun exigible, comprobar con antelación que Patricia carece totalmente de capacidad para comprender la información y para adop-

tar decisiones respecto a su esterilización. Si se estimara que Patricia es capaz, total o parcialmente, el proceso de información y toma de decisiones sería distinto, al igual que la actuación de los médicos, padres y de la propia Patricia.

- No resulta éticamente admisible que la doctora D u otro médico del Servicio pretendan imponer sus ideas y valores a la paciente o a los padres en torno a la solicitud de esterilización. Pueden manifestar su coincidencia o su rechazo a la decisión judicial o a la solicitud de los padres y considerar que no es adecuada o beneficiosa para Patricia, pero no pueden ni deben desconocer la existencia de la autorización judicial –adoptada por el órgano competente y tras un proceso con suficientes garantías– ni la existencia de un decisión meditada por parte de los padres de Patricia.
- Considerar incuestionable la opinión de los profesionales sobre la esterilización de Patricia y su carácter terapéutico significa desconocer la autonomía de los pacientes en la gestión de su vida y su salud. Determinar qué es terapéutico o beneficioso para la salud depende de los valores y proyectos de vida de los pacientes. Para los padres de Patricia, y probablemente para el juez que ha otorgado la autorización, el “mayor interés” de Patricia no afecta únicamente a la dimensión física sino también a la dimensión psíquica y emocional, y significa ante todo una medida beneficiosa para un desarrollo más libre y autónomo de las posibilidades vitales y relacionales de Patricia, especialmente afectivas y sexuales.
- Si la esterilización fuese siempre y de modo incontrovertido una medida perjudicial para la paciente, la negativa de la doctora D, el Jefe del Servicio, de los restantes médicos del Servicio y de cualquier otros profesional médico no debería ser identificada con la objeción de conciencia sino con la puesta en práctica de un procedimiento claramente contraindicado y, en tanto que tal, maleficiente.



PROBLEMA 13

Objeción a las técnicas propias de la medicina predictiva

Caso 17. Enfermedad de Huntington

El matrimonio formado por Milton, médico psicoanalista, y Leonor Wexler tuvo dos hijas, Alice y Nancy. En 1968, Alice, la mayor de ellas, cumplió veinticinco años y cursaba estudios universitarios de Historia latinoamericana en la Universidad de



Indiana. Nancy, de veintidós, licenciada en el Harvard's Cradcliffe College, había asistido en Inglaterra a cursos de la hija de Freud, Anna, y acababa de volver de Jamaica donde, disfrutando una beca Fulbright, había pasado el curso académico estudiando problemas de salud mental en ciertos grupos marginales. En otoño iba a comenzar sus estudios de doctorado en Psicología en la Universidad de Michigan

Las dos hijas se encontraban en Los Ángeles para celebrar el sesenta aniversario de su padre. Éste les había pedido que fueran a su apartamento para hablarles de su ex mujer y madre de ambas, de 53 años de edad. Hace meses ella había tenido que formar parte de un jurado. Para acudir a la cita se levantó, vistió y condujo su coche con toda normalidad hasta las cercanías del Palacio de Justicia. Después estuvo caminando de modo errático y tambaleante por los alrededores, hasta el punto de que un policía la recriminó por estar ebria a hora tan temprana. Este tipo de sucesos se fue haciendo cada vez más frecuente en ella. Pronto se la diagnosticó de enfermedad de Huntington. El neurólogo les dijo que era una enfermedad incurable, sin tratamiento conocido. Lenta e inexorablemente iría destruyendo la mente de Leonor, le robaría el control sobre su cuerpo y, finalmente, le quitaría la vida. Pero lo que Milton quería transmitir a sus hijas era que la enfermedad de Huntington es hereditaria. Leonor había heredado el gen productor de la enfermedad de su padre y existía una probabilidad del cincuenta por ciento de que la hubiera transmitido a cada una de sus hijas. Y lo que es más, no existía modo de saber si ellas lo habían heredado.

Nancy Wexler describió poco después lo que pasó en ese momento por su cabeza y por la de su hermana. "Alice y yo inmediatamente decidimos no tener hijos y que nunca correríamos a sabiendas el riesgo que nuestros padres inconscientemente habían asumido. Se lo comunicamos enérgicamente a nuestro padre. Él nos dijo que si lo hubiese sabido, nunca se habría arriesgado a transmitirles la enfermedad, pero que no lamentaba que estuvieran aquí. Nos encontrábamos aturcidas, demasiado aturcidas para llorar, y creo que en primer lugar preocupadas por nuestra madre y por nosotras." Luego, con la impetuosidad de la juventud, y seguramente también en un intento por tranquilizar a su padre, las jóvenes declararon, una después de la otra: "Bueno, un cincuenta por ciento tampoco es tan malo."

Entre las aproximadamente tres mil enfermedades genéticas humanas conocidas, la enfermedad de Huntington es particularmente trágica. Es una bomba de relojería genética. La herencia del gen queda determinada en el momento de la concepción, pero los síntomas de la enfermedad no se manifiestan hasta que el portador alcanza la edad madura, generalmente algunos años después de haber tenido hijos. Por esta razón, la herencia es transmitida inconscientemente a la

siguiente generación. Su herencia es dominante. A la altura de 1968 no se sabía nada más sobre su etiología. El diagnóstico, por lo demás, era puramente clínico.

Mientras Leonor estaba aún lúcida, Nancy y Alice reconstruyeron sus antecedentes familiares, con la esperanza de que, reuniendo información sobre la génesis de la enfermedad, podrían desvelar algo la incertidumbre que pesaba sobre su propio futuro. El padre de Leonor había sido un judío ruso emigrante en América a finales del siglo XIX, cuando aún era un adolescente, quizá para escapar de la trágica enfermedad que afectaba a su familia. Cuando nació Leonor, Sabin, su padre, empezó con trastornos mentales y de personalidad que obligaron a su hospitalización cuando su hija tenía seis años. Allí murió siete años después.

Leonor tenía tres hermanos. El mayor, Jessie, comenzó con problemas similares a los 48 años de edad. Tuvo que abandonar el trabajo, con síntomas claros de disartria y ataxia motora. Tras diagnosticarle de enfermedad de Huntington, el neurólogo pidió ver a los otros dos hermanos, tras lo cual concluyó que los tres estaban afectados. Uno tras otro, los tres hermanos fueron falleciendo. Milton y Leonor continuaron manteniendo en secreto la naturaleza de la maldición y nunca les dijeron nada a Nancy y Alice.

A la vez que la enfermedad de Leonor progresaba, la actividad profesional de Milton prosperaba. Pasaba el día en su consulta de psicoanálisis, repleta de gente famosa de Hollywood. Pero la llegada a casa por la noche era “mortal”, recuerda, y en 1964 los Wexler se divorciaron. Eso sucedió cuatro años antes de que Leonor fuera diagnosticada.

Días después de que el padre, en 1968, comunicara a sus hijas la triste noticia, Nancy se encontraba en casa de unos amigos ayudando en la cocina. Dejó caer un cartón lleno de huevos manchando todo el suelo. Se hizo un silencio súbito en la habitación. “Nadie dijo nada pero sé que todos estaban pensando lo que también pensaba yo: ‘¿Está comenzando? ¿La tengo yo también?’ Empecé a observarme y preocuparme y, desde aquel día, cualquier momento de despiste o desliz físico me pone nerviosa”, dice Nancy. Alice reconoce: “No hay día en el que no piense en ello.”

Milton no era persona que pudiera aceptar pasivamente el incierto destino de sus hijas. El mismo día en que habló con ellas y les dio la noticia, “antes incluso de que pudiéramos concentrarnos en lo que esto significaba, él nos dijo: ‘Luchemos contra este problema’. Nos explicó que había comenzado ya a ponerse en contacto con científicos y que estaba haciendo planes para reunir dinero.” En septiembre, antes de despedirse de ellas, que partían para continuar sus estudios, les dijo que, habida cuenta de los avances de la genética, era posible dedicarse a



su estudio con las armas de la biología molecular. Pronto se dio cuenta de que la enfermedad no interesaba mucho a los biólogos moleculares, ni al público en general. No tenían noticia de ella más que a consecuencia de la enfermedad y muerte del cantante Woody Guthrie. Tras el fallecimiento de éste, su viuda, Marjorie, creó una fundación llamada Comité para la Lucha contra la Corea de Huntington. En 1968, Marjorie recorría el país intentando reunir dinero para promover la investigación de la enfermedad. Milton decidió crear en California una sede de la organización de Guthrie y, ayudado por sus amigos, comenzó a reunir fondos.

Los científicos con los que consultó no se sentían muy atraídos por el estudio de la enfermedad. Es preciso partir del estudio de las familias en que hay muchos miembros afectados. Esto, en enfermedades que se manifiestan ya al nacimiento, no lleva demasiado tiempo, pero cuando los síntomas no aparecen más que transcurridos cuarenta o cincuenta años, para realizar el árbol genealógico de varias generaciones se necesita esperar, a veces, dos o tres décadas.

Varios años después de haber colaborado con Marjorie Guthrie, Milton creó una fundación llamada Fundación de Enfermedades Hereditarias, con el fin de formar una extensa red de científicos dedicados al estudio de estas patologías. Tras unos años en que continuó con sus estudios de doctorado, Nancy decidió trabajar en la Fundación de su padre. Comenzó a organizar a las familias que padecían la enfermedad en el área de Detroit. Allí conoció historias familiares terribles. Finalmente, decidió que su tesis doctoral trataría sobre las consecuencias psicológicas de la enfermedad de Huntington. Y que de ahora en adelante se dedicaría a luchar contra esta enfermedad.

En 1972, en un congreso organizado por la Federación Mundial de Neurología de la Corea de Huntington, en Ohio, Nancy Wexler conoció al doctor venezolano Ramón Ávila Girón. Había escrito su tesis doctoral sobre una familia venezolana, residente en varios poblados de la ribera del lago de Maracaibo, San Luis, Barranquitas, Laguneta y otros, que presentaba un número inusual de víctimas de la enfermedad de Huntington. Años después, en 1978, Nancy creyó que la biología molecular podía revelar la causa de la enfermedad estudiando esta familia. En esa fecha ya comenzaban a secuenciarse genomas, y se sabía que la información genética era igual en todos los individuos humanos en más de un 99%. Había, sin embargo, algunos trozos distintos. Se les llamó polimorfismos. La manera de hallar el lugar donde estaba la base genética de la enfermedad, era identificar el polimorfismo que se repetía en todos los enfermos en sus células sanguíneas, cutáneas o incluso fetales. La familia venezolana era para esto un campo ideal de estudio. Si se conseguía, sería posible identificar en fases muy tempranas los genes que determi-

nan el curso ulterior de la enfermedad. Era el primer barrunto de lo que hoy se conoce con el nombre de medicina predictiva. Nancy Wexler estaba especialmente sensibilizada con este tema, ya que ella misma podría usar el marcador para saber si padecería en el futuro la enfermedad. Fue la primera vez que Nancy se dio cuenta de las implicaciones que tenía la idea de conocer el diagnóstico sin disponer de un tratamiento.

Nancy Wexler cuenta que este hallazgo la conmocionó profundamente. “¿Qué hará la gente con este tipo de conocimiento? ¿Qué harías tú si supieses que tu hijo aún nonato la padecerá?” Nancy pensó que la mayoría de la gente no estaba preparada para este tipo de cuestiones. Muchas personas que conocía, probables portadores del gen de la enfermedad, eran capaces de llevar una vida normal pensando que se habían librado de ella. Y ahora, mucho tiempo antes de que se manifestase el trastorno, tendrían la posibilidad de conocerlo.

En marzo de 1981, Nancy dirigió una expedición de un mes al poblado venezolano. Fue la primera de una serie de ellas en las que trabajaron para componer el árbol genealógico y extraer muestras de sangre de todos los afectados. A partir de ahí, fue posible hallar el gen causante de la enfermedad en el cromosoma 4 el año 1983. Había nacido la medicina predictiva.

Nancy Wexler comprendió pronto las consecuencias de tamaño descubrimiento. Es claro que las personas que resultaran negativas en la aplicación de la prueba se verían liberadas del miedo continuo a padecer la enfermedad. Para ellas, la “ruleta genética” habría terminado. Pero también lo es que para otras sería conocer la sentencia definitiva y estar esperando a que se ejecutara. Habida cuenta de su formación como psicóloga, inmediatamente advirtió que la prueba no debería realizarse sin asesoramiento previo. Cuando le preguntaron si pensaba someterse ella misma a la prueba, contestó con palabras evasivas. En una entrevista periódica dijo: “Cuando estuvo disponible por vez primera, mi hermana, mi padre y yo no dudábamos en que la íbamos a utilizar. Mi hermana y yo pensamos: ‘¡Es fantástico! ¡Podríamos tener hijos! Mi padre podría dejar de ahorrar dinero para clínicas y retirarse.’ Sin embargo, cuando lo pensamos más detenidamente, mi padre fue el primero en decir: ‘¡Esperad un momento! No quiero saber si alguna de vosotras tendrá un final desgraciado. Un resultado malo y nos moriremos los tres.’ Tanto mi hermana como yo tendríamos que obtener un resultado negativo para que los tres nos sintiéramos libres.” Y continuó: “Existen problemas que nunca habríamos podido sospechar. Hemos oído que las compañías de seguros podrían denegar los seguros a personas que saben que tienen el gen. La confidencialidad es aquí un asunto fundamental, incluso dentro de la familia, ya que algunas personas quie-



ren saberlo y otras no... En lugar de preocuparse por si tienen la enfermedad, las personas a las que se les comunica que tienen el gen se preocuparán ahora por cuándo la padecerán. La prueba proporciona a muchas personas una gran libertad, pero también puede ser muy destructiva. La gente se ha pasado la vida escudándose contra la enfermedad. Pero la información romperá este escudo y ¿qué lo sustituirá? El conocimiento solo no proporciona la ayuda que necesitas para vivir, necesitas también saber que existe esperanza.”

Los problemas surgen a raudales. ¿Deben hacerse las personas la prueba antes de casarse? ¿Puede considerarse que en caso contrario están hurtando información importante a sus parejas? ¿Y a las compañías de seguros? ¿Y a los empleadores? ¿Los seguros privados de enfermedad pueden costear la prueba a condición de conocer su resultado? ¿Tienen los posibles afectados obligación moral de someterse al test diagnóstico?

Por todas estas razones, el Dr. X ha decidido objetar a la realización de pruebas que puedan predecir, muchas veces sólo con cierta probabilidad, que una persona puede padecer en un futuro, en ocasiones muy lejano, una enfermedad grave que, además, carece de tratamiento. Arguye, además, que cuando las pruebas se hacen en fetos, conducen con frecuencia al aborto, con el que tampoco está de acuerdo.

Valores en conflicto

El conflicto, en este caso, lo tiene el Dr. X. Es un conflicto entre dos valores, que ha resuelto objetando a la realización de la prueba. Podemos pensar que, preocupado por su decisión, quiere conocer nuestro punto de vista sobre el asunto. Y por eso queremos analizar el caso, partiendo de la identificación de los valores en conflicto. Parece claro que los valores que el Dr. X cree que debe tener en cuenta son:

- De una parte, el respeto a las decisiones autónomas de los pacientes, que tienen derecho a saber si van a sufrir la enfermedad o no.
- De otra, la obligación profesional de no realizar técnicas que pueden provocar mucho daño y hasta resultar catastróficas para los pacientes y su entorno.

Cursos de acción

Cursos extremos

1. Hacer caso a la persona que pide las pruebas diagnósticas y es mayor de edad y capaz de entender lo que se le dice y tomar decisiones.
2. Optar por la negativa absoluta a la realización de la prueba, protegiendo el segundo valor en conflicto, el no provocar daños que pueden llegar a ser muy

graves. Éste es el curso elegido por el Dr. X, que expresa bajo forma de objeción de conciencia.

Cursos intermedios

1. Informar exhaustivamente a los pacientes sobre el carácter de la prueba y el sentido de sus resultados. En el caso de las pruebas genéticas, estos resultados son en la mayoría de los casos sólo probables.
2. No realizar las pruebas genéticas más que en el contexto del llamado consejo genético, que tiene por objeto dar soporte emocional a las personas a fin de que la información que reciben no tenga efectos catastróficos sobre ellos, y que las decisiones que tomen sean maduras y prudentes
3. Hablar con el profesional, a fin de hacerle consciente de que no tiene sentido realizar siempre la prueba o no realizarla nunca, y que lo lógico es aplicarla de modo selectivo, cuando la decisión de los pacientes se ha tomado tras un proceso maduro y razonable.
4. Realizar una sesión conjunta del Comité de Ética y los miembros del equipo de genética clínica, a fin de analizar los problemas y buscar la solución más prudente.
5. Elaborar un protocolo de actuación, con objeto de prevenir nuevos conflictos en el futuro.

Curso(s) óptimo(s)

- La primera obligación es informar adecuadamente, de modo que las personas entiendan los pros y los contras de la realización de la prueba para su vida presente y futura.
- Pero la información no es suficiente. Asumir malas noticias es muy complejo, porque éstas generan angustia y la angustia dispara los llamados mecanismos de defensa del yo. De ahí la necesidad del soporte y acompañamiento emocional de los pacientes, hasta que sean capaces de tomar una decisión ponderada y prudente. Esa es la función del llamado “consejo genético”, para el que resultan fundamentales técnicas como el *counselling*.
- Es importante asegurar a los pacientes la más estricta confidencialidad de los datos, de tal modo que puedan estar seguros de que esa información no será conocida más que por ella y las personas a quienes ella desee revelársela
- Debe hacerse especial hincapié en la repercusión que puede tener el saberse portadora del gen para el desarrollo de la vida futura de esa misma persona. Las consecuencias de saberse afectada pueden ser desastrosas. El ejemplo de



Nancy Wexler es en este sentido significativo. Nunca ha revelado si se ha hecho la prueba, pero la impresión general es que no. Cuando le preguntaron por qué no parecía tener interés en conocer si estaba afectada, contestó que sin saber si lo estaba podía llevar una vida fructífera y feliz, y que en caso de que conociera el resultado de la prueba, no podría llevar una vida más plena que la actual.

- En cualquier caso, no todo el mundo ve así las cosas. Hay personas que no pueden vivir con esa incertidumbre y en las que la realización de la prueba parece útil y necesaria.
- Procediendo de acuerdo a estos criterios, no parece tener sentido la objeción de conciencia del profesional. Es claro que un médico no puede realizar actos cuyos efectos negativos sean superiores a los positivos, ya que esto sería maleficiente, y eso no puede realizarlo en ningún caso. Pero no está dicho que la prueba sea maleficiente en todos los casos o para todas las personas. Una vez más se ve claramente que la objeción de conciencia no puede generalizarse, sino que se aplica a actos concretos. Hay situaciones en que puede tener sentido objetar a la realización de las pruebas genéticas, pero no en términos generales. Hacer objeción general a las pruebas genéticas es un caso más de pseudo-objeción de conciencia. Como ya hemos repetido varias veces, esto suele suceder en aquellos casos en que la objeción se identifica con uno de los cursos extremos de acción, existiendo cursos intermedios que no se han explorado adecuadamente.

Recomendaciones



- Como en casos anteriores, es importante advertir que la objeción de conciencia no es un valor sino un deber, es decir, un curso de acción que uno se considera obligado a tomar ante un determinado conflicto de valores. Cuando ese curso coincide con uno extremo, es preciso que fallen todos los cursos intermedios para que la objeción se halle éticamente justificada. En este caso hemos visto que ello no sucede, y por eso debe ser considerada una pseudo-objeción.
- Esto demuestra que para que pueda considerarse la objeción de conciencia como el curso óptimo, es necesario identificar antes todos los otros cursos posibles. Muchas pseudo-objecciones se deben a que simplificamos el procedimiento de análisis y reducimos los cursos posibles a sólo dos, los cursos extremos; es decir, convertimos los problemas en dilemas. El dilematismo suele estar en la base de las pseudo-objecciones.
- Los profesionales tienen que entender que la información sobre enfermedades futuras es asumido y vivenciado por las personas de formas muy distintas. En el

caso concreto de la enfermedad de Huntington, la casuística demuestra que hay personas que desean saber esa información y que el conocerla les supone un alivio y les permite hacer planes de futuro, en tanto que en otros casos sucede exactamente lo contrario. En este caso, como en tantos otros, no está dicho que el curso óptimo haya de ser el mismo para todas las personas.

- Es importante que los profesionales intenten entender las razones de las personas que desean conocer esa información. No es razonable una objeción general ante este tipo de técnicas. Eso, en el fondo, no es objeción de conciencia, ya que ésta exige siempre ver que todos los otros cursos de acción son peores, lo cual dependerá mucho de las situaciones. No es posible decir que siempre el conocimiento de esa información es pernicioso y que por tanto la objeción está justificada.
- Cuando la objeción a las pruebas de diagnóstico genético se hace por razón de los abortos a que pueden conducir, es importante tener en cuenta los comentarios realizados en el Caso 18, de aborto de un feto con síndrome de Down. Tampoco aquí puede hacerse una objeción general, ya que hay circunstancias en las que otros valores pueden primar sobre el determinante de la objeción.
- Los profesionales tienen que ser capaces de entender esto y respetar la pluralidad de cursos óptimos. Lo que sí resulta necesario es arbitrar los procedimientos necesarios para que la información que reciben los pacientes no tenga en ellos consecuencias gravemente negativas. En este sentido, esas informaciones no deben darse sin apoyo psicológico y humano, tanto antes como después de conocida la información. El consejo genético y el apoyo emocional son aquí preceptivos.
- La información genética, más cuando está relacionada con enfermedades, se halla sujeta a la más estricta confidencialidad. Quiere ello decir que no tiene derecho a conocerla más que el propio sujeto y aquellas personas a quienes él quiera revelársela. El profesional tiene obligación de estricto secreto, siempre y cuando el paciente no le autorice a revelar los datos.
- La información genética no puede utilizarse para discriminar a las personas laboralmente o de cualquier otra forma. En el ámbito laboral sólo es aceptable la realización de estas pruebas y prevenir riesgos para los trabajadores.
- En los seguros básicos y que se consideran deben ser obligatorios y universales, como el de asistencia sanitaria, no se puede discriminar por razones genéticas. Tampoco debería hacerse en los seguros libres y privados (seguros de vida, etc.), aunque en este ámbito tendría que hacerse por acuerdo entre el Estado y las compañías privadas.



PROBLEMA 14

Objeción al diagnóstico prenatal



Caso 18. Aborto por síndrome de Down

Mujer de 47 años de edad sin antecedentes patológicos. Licenciada en filosofía y profesora en un instituto de enseñanza media. Menarquia a los 12 años, fórmula menstrual 4/28 y grupo sanguíneo A+. En la historia obstétrica destacan cuatro gestaciones, la primera normal, con parto eutócico de un varón de 3.650 gramos de peso, que actualmente vive sano. Las tres siguientes gestaciones terminaron en aborto espontáneo. En la actualidad acude por nuevo embarazo. El cariotipo de la pareja es normal. A la ecografía se aprecia una gestación de seis semanas y dos días sin más datos ecográficos significativos. Se le receta hierro y ácido fólico y se le recomienda reposo. En la cuarta evaluación, con un feto de doce semanas y dos días, se observa engrosamiento de la piel con baja ecogenicidad, desde la frente hasta casi el sacro del feto. Se indica amniocentesis para descartar alteraciones cromosómicas. Diagnóstico de posible síndrome de Down. A las 13 semanas y 2 días se sigue observando un edema que va desde la frente hasta el coxis fetal, con mayor grosor en la nuca fetal. Amniocentesis fijada para la semana 15 de gestación. El resultado de la amniocentesis confirma la existencia de trisomía en el cromosoma 21.

En presencia de su esposo, el médico comunica a la paciente el diagnóstico del cual ya conocían la posibilidad. Ambos insinúan la posibilidad de interrumpir el embarazo, dado el sufrimiento que supondría para todos y la carga para el hijo vivo, que ahora tiene 28 años, está casado y tiene su propia familia. El médico les dice que todavía están a tiempo para tomar la decisión, y que, en cualquier caso, ésta ha de ser una opción que tomen ellos libremente y después de pensárselo mucho, puesto que se trata de una vida humana en formación. Les hace saber que en la actualidad las personas con síndrome de Down puede vivir muchos años y con buena calidad de vida, y que por otra parte se caracterizan por ser muy cariñosas, por lo que son generalmente muy bien aceptadas por el entorno. Deciden darse una semana de reflexión. Tras ella, acuden de nuevo a la consulta y le comunican al médico que habida cuenta de su edad y de los problemas de un niño con síndrome de Down, han decidido interrumpir el embarazo. Ante esta petición, el ginecólogo les comunica que él es objetor de conciencia al aborto y que no solo no puede llevarlo a cabo sino que además se ve en la obligación moral de advertirles que se trata de un asesinato, ya que hay razones científicas que prueban irrecusablemente que la vida

humana comienza con la concepción. La mujer le pregunta si es católico y si lo hace por razones religiosas, a lo que le responde que sí, pero que la obligación de no atentar contra una vida humana le parece de ley natural, capaz de ser entendida por todo individuo humano. La paciente le discute sus razones, arguyendo que se deben más a sus creencias religiosas que a verdaderos argumentos racionales, que en su opinión apoyan muy fuertemente la tesis contraria. Le dice también que un médico que ejerce en el sistema público tiene obligación de cumplir las leyes vigentes, entre las cuales está la de interrupción del embarazo. El médico le responde que también es un derecho la objeción de conciencia, y que él no puede realizar actos que van en contra de su conciencia. La discusión sube de tono y la relación se hace cada vez más conflictiva. Tras salir de la consulta, el matrimonio acude al servicio de atención al paciente, que le aconseja llevar el caso ante el Comité de Ética.

Valores en conflicto

Como de costumbre, comenzamos identificando el sujeto o la persona que tiene el conflicto. En este caso nos planteamos el conflicto del profesional, puesto que nuestro tema de estudio es la objeción de conciencia. Como ya hemos dicho repetidas veces, la objeción de conciencia no es un valor sino un curso de acción, pero éste es siempre el resultado de una opción entre valores. Por tanto, hemos de identificar los valores que en el profesional entran en conflicto, y ante los que ha decidido optar por un curso determinado, que es la objeción de conciencia.

Los valores en conflicto en el profesional son los siguientes:

- De un lado, el respeto de la voluntad expresada por la embarazada y por su esposo.
- De otro lado, el valor de la vida humana en formación

Cursos de acción

Cursos extremos

1. Optar por el respeto al primero de los valores en conflicto, sin atender a la lesión del segundo. Se trata de una paciente mayor de edad, informada y que tiene capacidad para decidir. Según esto, el médico está en principio obligado a aceptar su decisión y hacer lo que ella ha elegido.
2. El curso opuesto al anterior es optar por la protección de la vida del feto, que es el valor más amenazado puesto que es un sujeto absolutamente indefenso. Se elige, pues, el segundo de los valores en conflicto, prescindiendo completamente del primero. Es el curso elegido por el profesional. Una vez más, la objeción de conciencia coincide con uno de los cursos extremos.



Cursos intermedios

1. Establecer una buena relación con la paciente, explorando sus argumentos y también sus temores y apoyándola emocionalmente. Es importante analizar si está en una fase de negación que puede ser pasajera, o si su decisión es reposada, madura y, probablemente, definitiva.
2. Derivar la paciente a otro profesional del servicio que no sea objetor.
3. Derivar la paciente a otro servicio en que puedan atender su petición.
4. Realizar una sesión clínica con el servicio de obstetricia y ginecología para analizar con más detalle el estado de los argumentos sobre el estatuto del embrión.
5. Analizar con el servicio el sentido y los límites de la objeción de conciencia.
6. Elaborar un protocolo de actuación para este tipo de situaciones, a fin de evitar que los conflictos se repitan en el futuro.
7. Proponer a la pareja ciertas alternativas al aborto, como la entrega del niño en adopción.
8. Ofrecerles entrar en contacto con las asociaciones de familiares de síndrome de Down.

Curso(s) óptimo(s)

- No tiene por qué haber un solo curso óptimo, ni éste ser el mismo para todas las personas y en todas las circunstancias.
- El primer curso a tomar es el de establecer una buena relación personal con la paciente, explorando sus argumentos y sus sentimientos, miedos, temores, etc. Es importante conocer si se halla bloqueada emocionalmente por la noticia y está en fase de negación o si, por el contrario, se trata de una decisión madura y estable.
- Si la paciente manifiesta dudas o revela un desconocimiento de la situación se le podría sugerir ponerse en contacto con alguna asociación de síndrome de Down.
- Si la paciente mantiene su decisión de interrumpir el embarazo debería derivársela hacia un servicio o un profesional que no objete y pueda asumir su petición.
- Como este caso no es infrecuente, debería programarse una reunión entre el Comité de Ética y el servicio de obstetricia y ginecología, a fin de analizar con cuidado el tema del aborto y el de la objeción de conciencia. Sería importante revisar los argumentos que hoy existen a favor y en contra del aborto, y pedir al profesional que se abstenga de hacer declaraciones como la de que hay razones científicas que prueban que la vida humana comienza en el mismo momento de la concepción o que el aborto es un asesinato. El médico no debe aprovechar

su autoridad profesional para inculcar sus propias convicciones en sus pacientes. Y debe tener en cuenta que la expresión de ciertos juicios puede coaccionar, culpabilizar o hacer más difícil el proceso de la recuperación psicológica.

- También sería conveniente que el Comité de Ética elaborara un protocolo para el manejo de estos casos, a fin de evitar la repetición de los conflictos.



Recomendaciones

- Es importante advertir que la objeción de conciencia no es en sí un valor, sino una un curso de acción ante el deber de no lesionar ciertos valores. Cuando alguien piensa que no puede lesionar un cierto valor, objeta en conciencia el hacerlo. Si encontrara una vía mejor que permitiera realizar el procedimiento que le piden sin lesionar el valor, no podría objetar. Por tanto, la objeción no pertenece al orden de los valores sino de los deberes. Es una obligación el objetar ante el deber que uno cree tener de no lesionar un valor determinado.
- Esto significa que sólo puede objetarse en conciencia una vez que se han identificado los distintos cursos de acción y se ha visto que no hay ninguno mejor que éste, en orden a respetar los valores en conflicto.
- Los cursos de acción varían con las circunstancias. Por ejemplo, no son los mismos cuando hay otros profesionales a los que se puede derivar al paciente que cuando no los hay, o cuando se perjudica gravemente al paciente no interviniendo que cuando esto no es así, etc.
- En ética es aconsejable no hacer desde el principio de la objeción un derecho. Eso lleva a que la otra parte exhiba también su derecho a la asistencia, con lo cual se polarizan las posturas en los cursos extremos. Ése no es el modo adecuado de arreglar este tipo de problemas. La objeción de conciencia es un típico caso en que un problema moral trata de resolverse con mucha frecuencia como si se tratara de un dilema.
- Si se deliberara con los pacientes en los casos de objeción, se conseguiría que ambas partes acabaran aceptando el punto de vista del otro y evitando enfrentamientos innecesarios.
- Es importante que el objetor explicita razonablemente su punto de vista o su perspectiva del problema. No vale sólo con decir que se objeta. La otra parte tiene que conocer las razones y entenderlas, y el objetor tiene también que intentar entender y respetar el punto de vista del otro. Lo ideal sería que la decisión la tomaran conjuntamente, a la vista del conflicto de valores existente y de las diferentes opiniones sobre cuál es el curso de acción óptimo.



- No es correcto que el objetor quiera convencer a la otra persona de sus valores. Puede, por supuesto, dar razones de su postura, pero utilizando argumentos que sean verdaderos. El escrupuloso respeto a la verdad es fundamental en este tipo de deliberaciones. No puede decirse seriamente que la ciencia demuestra que la vida humana comienza como tal en el momento de la concepción. Ese tipo de formulaciones suponen una manipulación de la información, que el profesional en ningún caso, y menos en este, puede realizar.

PROBLEMA 15

Objeción a las técnicas de reproducción humana asistida



Introducción

Desde que en 1978 naciera la primera niña mediante la fertilización *in vitro*, su interés médico, social y jurídico no ha hecho más que crecer. Hoy las técnicas de reproducción humana asistida son muchas, cada una de las cuales tiene sus indicaciones clínicas precisas, y también plantea sus problemas éticos distintos. Como no puede ser de otro modo, los adelantos técnicos generan problemas éticos. Y ello porque “no todo técnicamente posible, es éticamente correcto.”

Caso 19. FIVTE en síndrome de Turner

Una pareja acude a un Centro de Reproducción Asistida para solicitar una donación de ovocitos que solucione su problema de esterilidad y le ayude a cumplir su deseo de tener un hijo. Su ginecólogo habitual, tras advertirles que sus principios morales le impedían tratar el problema que la pareja le consultaba, les comentó la posibilidad de ser atendidos en un Centro especializado.

La mujer padece un síndrome de Turner, con las alteraciones consiguientes de disgenesia gonadal, baja estatura, disminución del coeficiente intelectual y posibles malformaciones coexistentes que pueden afectar a órganos vitales. El varón no presenta patología psicofísica ni reproductiva.

Han tomado la decisión tras hablar profundamente los dos y haberlo consultado con los padres de ambos. Aportan el informe del diagnóstico del síndrome de Turner que realizaron en los años de pubertad de la mujer, debido a que no había tenido la menarquia a la edad de 17 años. Dicho informe se deberá completar con

el estudio de si es un Turner puro o un mosaico, ya que en los mosaicismos está descrito algún embarazo y en un síndrome puro no.

Valores en conflicto

A pesar de que su ginecólogo habitual no parece tener dudas sobre la conducta que él debe seguir, en él hay como mínimo dos valores en conflicto:

- De una parte, el respeto de la decisión de la pareja de tener descendencia
- De otra, el respeto al clásico principio de ética médica, *primum non nocere*, hoy llamado principio de no-maleficencia, ya que ese embarazo es de riesgo muy elevado, no sólo para la madre sino también para el hijo.

Cursos de acción

Cursos extremos

1. Respetar la decisión de la pareja, seleccionar los ovocitos de una donante y llevar a cabo la fertilización *in vitro* con transferencia de embriones.
2. No realizar la técnica de reproducción asistida en esa madre, para no inducir una gestación de alto riesgo para la madre y el futuro hijo. Este curso es el que se identifica con la objeción de conciencia. El médico, pues, no objeta porque considere que las técnicas de reproducción asistida son moralmente negativas (como sucede en ciertos grupos religiosos y sociales, para los que el propio término de “reproducción” supone ya una degradación de un acto humano íntimo e intransferible, como es el de la “concepción”), sino porque cree que en esta paciente estas técnicas no se hallan indicadas; aún más, están contraindicadas.

Cursos intermedios

1. Hablar detenidamente con la mujer, mejor a solas, para investigar si su lícito deseo de embarazo es auténtico y libre y no, como en ocasiones ocurre, fruto de la presión del entorno familiar, en cuyo caso trataremos de reconducir la situación con diálogo argumentado.
2. Explicar los pros y contras de un embarazo forzado con un tratamiento hormonal fuerte, sobre una función ovárica e hipofisaria nulas, con el consecutivo riesgo para la paciente que, además, puede tener malformaciones osteoarticulares, coartación aórtica, osteoporosis, enanismo y alteraciones graves de la función renal y cardíaca que pueden poner en grave riesgo su vida.
3. Valorar la capacidad intelectual de la futura madre, para ver si es capaz de asimilar la información recibida y ejercer su derecho de elección responsable.



4. Exponer a la pareja los riesgos y consecuencias que tendría para el hijo, tanto la gestación como las posibles malformaciones y/o taras psicofísicas que podría padecer.
5. Sugerir otras posibilidades o alternativas al embarazo, como puede ser una adopción.
6. Comprobar bien si esa técnica se halla en este caso indicada, no indicada o contraindicada. Es importante distinguir entre estos dos últimos términos, porque las obligaciones morales no son las mismas en un caso que en el otro. El médico no puede llevar a cabo nada que esté contraindicado, pero sí puede realizar, en una persona debidamente informada y competente, una práctica no indicada a petición expresa de ésta. Aquí parece que el ginecólogo considera sin lugar a dudas que la práctica está claramente contraindicada. Pero también parece claro que piensa que en el Centro de reproducción asistida al que dirige a la pareja se lo van a hacer, lo cual hace suponer que ellos no consideran que esa técnica esté contraindicada en este caso específico. Esta ambigüedad se debe al hecho de que la línea entre la no indicación y la contraindicación no es absolutamente precisa, y técnicas que unos consideran contraindicadas, para otros pueden no serlo. Se trata de juicios prudenciales, en los que juega un gran papel la ponderación de riesgos y beneficios. Ni que decir tiene que los beneficios los tiene que evaluar el propio paciente, en este caso la pareja, no el médico. Algo que el profesional puede considerar poco beneficioso, para un paciente puede serlo en grado sumo. Por eso, si la técnica no está claramente contraindicada, debería llevarse a cabo una vez que se ha informado con todo cuidado a la pareja. Es muy probable que si se tuviera con el ginecólogo un diálogo en que salieran a luz este tipo de razonamientos, éste acabaría comprendiendo que no puede responderse con un no rotundo a este tipo de peticiones. Otra cosa es que, habida cuenta de la complejidad del caso, considere que debe llevarse a cabo en una clínica especializada.

Curso(s) óptimo(s)

- Lo recomendable, tanto desde el punto de vista técnico como del ético, es no realizar el tratamiento inductor para el mantenimiento de la gestación tras la donación de ovocitos, y disuadir a la pareja de su intento. El riesgo de graves complicaciones, tanto para la madre como para el hijo, desaconsejan la intervención.
- Puede orientarse a la pareja, si está de acuerdo, hacia una adopción o a dejar las cosas como están y que dirijan su vida hacia otros objetivos que puedan tener también, además del lícito deseo de ser padres.

- En casos como éste, la información tiene que ser minuciosa, y además es preciso comprobar que la han entendido adecuadamente. También es preciso acompañarla de un cierto apoyo emocional, ya que estamos dando a la pareja una muy mala noticia, que altera todos sus planes vitales.
- En este proceso puede ser de utilidad la ayuda de otros miembros de la familia, así como de ciertos tipos de profesionales sanitarios, como los psicólogos clínicos.
- Para el ginecólogo la evaluación de los riesgos es relativamente sencilla, pero no así la de los beneficios. Los riesgos de este embarazo son bastante objetivos y se hallan reseñados en la literatura, pero los beneficios son subjetivos, y varían de unas personas a otras. Es preciso hacer un esfuerzo por entender los beneficios que la pareja espera del embarazo. A veces se trata de ilusiones muy poco realistas, que pueden irse modificando con información y apoyo emocional. Otras veces los beneficios son reales y comprensibles, lo cual les hace completamente respetables. Todo esto necesita tenerlo en ginecólogo en cuenta, ya que la contraindicación se establece siempre mediante la razón riesgo/beneficio. Por más que los riesgos sean grandes, hay situaciones en las que los beneficios también pueden serlo, llegando a superar a los riesgos, al menos para algunas personas. En ese caso, no parece correcto decir que el procedimiento está contraindicado.
- Para que una paciente pueda evaluar adecuadamente los riesgos y los beneficios, es necesario que tenga una capacidad mental suficiente. Es preciso evaluar bien la capacidad mental de la paciente. En principio, cuanta menor sea su capacidad, menor es la capacidad que puede concedérseles para la asunción de riesgos. Tiene que haber, pues, una proporción entre la capacidad de la paciente y los riesgos que asume. Si los riesgos son excesivos para su capacidad mental, la técnica no debe llevarse a cabo.



Recomendaciones

- En este caso un profesional objeta en conciencia habida cuenta de que considera que un procedimiento, en este caso la FIVTE, está contraindicado. Ya hemos descrito lo que esto significa y cómo se puede saber si algo está o no contraindicado. Es algo que desconocen muchos profesionales. Un famoso médico español de la segunda mitad del siglo XIX, don José de Letamendi, hizo famosa la expresión, desde entonces frecuentemente repetida por los médicos, “todo lo que no está indicado, está contraindicado.” Es falso. Entre la indicación y la contraindicación hay todo un amplio espacio, el de la no indicación. La FIVTE no está,



ciertamente, indicada en esta paciente, pero no es tan claro que esté contraindicada. Y, en cualquier caso, la contraindicación se establece siempre mediante la razón riesgo/beneficio, y ésta depende de factores no sólo objetivos sino también subjetivos, lo que hace que tenga que determinarse en cada caso concreto.

- Si algo está claramente contraindicado, no puede ser objeto de objeción de conciencia. Cuando un médico se niega a realizar algo contraindicado no está objetando sino actuando de modo correcto. La objeción lo es siempre a llevar a cabo procedimientos que están indicados o que, al menos, no están contraindicados y sí los demanda un ciudadano informado y competente. Estamos, pues, ante un nuevo caso de “seudo-objeción” de conciencia.
- En toda acción terapéutica es imprescindible una adecuada información que explique claramente en qué consiste y qué alternativas tiene, si es que las tiene. En las técnicas de reproducción asistida, que ya de por sí son acciones complicadas, y sobre las que existen multitud de fuentes informativas sesgadas por distintos intereses que pueden confundir más aún a los interesados, los profesionales deben de ser exquisitos a la hora de facilitar una información clara y objetiva.
- Todo ser humano tiene derecho a servirse de los avances técnicos para intentar solucionar sus problemas relacionados con su salud o su vida, en este caso reproductiva, pero son los profesionales sanitarios quienes tienen la obligación de actuar como árbitros para que la administración de esos recursos sea adecuada, mirando en primer lugar por la idoneidad de la acción terapéutica, así como ponderando las consecuencias de la aplicación de la misma.

PROBLEMA 16

Objeción al aborto

El tema de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) sigue originando un vivo debate. Es lógico: la vida humana está en juego y en principio atentar contra ella es inadmisibile. El debate se centra en el crítico punto de fijar cuándo comienza la vida rigurosamente humana. Las distintas opciones ante este tema vienen determinadas no sólo por argumentos o razones, sino también por creencias, tradiciones, emociones, etc. Hay distintas teorías sobre cuándo comienza la vida de los seres humanos, cada una de las cuales se sustentan en diferentes argumentos: en el momento de la fecundación, a partir del 14º día de la gestación, cuando adopta la forma humana, cuando comienza la actividad cerebral, cuando es viable, al final



del embarazo, etc. Todas ellas merecen respeto en tanto que son teorías científicas, pero el problema del momento en que comienza la vida humana no es propiamente científico, o al menos no es exclusivamente científico. Los argumentos, a la postre, acaban siendo morales y, obviamente, ahí radica la polémica.

Es muy importante diferenciar la objeción a intervenir en la práctica de un aborto voluntario, de la objeción a intervenir sobre las posibles consecuencias clínicas o complicaciones que dicha intervención pueda tener para la mujer que se someta a ella. Tanto el derecho como el deber de los profesionales difieren en un caso y en el otro. No intervenir en el último supuesto sería un caso claro de abandono de la paciente.

Caso 20. Aborto complicado

En un hospital público terciario avisan al ginecólogo de guardia porque una paciente ingresada, a la que se le ha practicado una interrupción voluntaria del embarazo esa mañana, ha comenzado a sangrar abundantemente. La IVE se ha realizado en la semana 12 de gestación y dentro de uno de los supuestos despenalizados por la ley.

El ginecólogo de guardia, objetor de conciencia en este caso, ordena que se avise a los profesionales que le han practicado la interrupción. La enfermera de la planta explica la situación, por teléfono, al profesional que operó a la paciente y éste indica que se haga a la enferma un análisis urgente, prescribe una medicación intravenosa que ayude a contraer el útero y evite la hemorragia y advierte que acudirá en breve para ver a la paciente.

Cuando el especialista llega al hospital, comprueba por ecografía que quedan aún bastantes restos ovulares intrauterinos. Como el estado de la mujer ha empeorado y se ha añadido un problema de coagulación, propone su ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos, a fin de remontar su estado general y hematológico antes de llevar a cabo un nuevo legrado uterino.

En la madrugada del día siguiente, la enferma tiene fiebre, lo que hace pensar en la infección de los restos intrauterinos. Dan el aviso al ginecólogo de guardia, que vuelve a indicar que atiendan el caso los que practicaron la interrupción, ya que él es objetor. Llamado de nuevo un profesional no objetor, éste dice que dado que la paciente está hospitalizada, es al equipo de guardia a quien corresponde tratarla.

En esta situación el ginecólogo de guardia es relevado por la llegada de otro especialista, que también es objetor. Tras ser informado del estado de la paciente, decide, junto con los intensivistas y los hematólogos, intervenir quirúrgicamente a la paciente, dado que su estado es grave y requiere actuación urgente.



Valores en conflicto

Como en otras ocasiones, tenemos que identificar el sujeto en el que situamos el conflicto. En este caso, se trata del ginecólogo de guardia que se niega a atender por dos veces a la paciente, alegando que es objetor. Su conducta, como queda claro en la historia, es distinta de la del que le releva en la guardia al día siguiente, ya que éste, también objetor, sí atiende a la paciente, en vista de su gravedad.

El conflicto de conciencia del segundo objetor no se produce entre la vida y la decisión de la gestante, como es usual en los casos de aborto. De hecho, el aborto ya se ha producido, y él con lo que se encuentra es con una enferma grave que sufre una hemorragia grave y puede morir, caso de que no se la intervenga con urgencia. En el caso del primer ginecólogo objetor, la situación es similar, por lo menos hasta cierto punto. El aborto ya se ha producido, y lo único que se le pide es atender a una enferma que tiene un foco hemorrágico y se halla en situación vital muy comprometida. En este caso, los valores en conflicto son:

- De una parte, la atención a una paciente grave por parte de un profesional que se halla de guardia en una institución sanitaria
- De otra, el no colaborar a acciones relacionadas con un acto que considera intrínsecamente malo o maleficente, cual es el del aborto

Cursos de acción

Cursos extremos

1. Cumplir con el deber de atención y asistir a la enferma, ya que esa es su función como médico de guardia.
2. No atenderla, dado que se trata de complicaciones de un aborto provocado, que él considera inmoral. Este curso coincide con su objeción de conciencia. No sólo objeta a realizar abortos, sino también a colaborar directa o indirectamente en prácticas abortivas. Y esto lo considera un acto de colaboración que debe evitar.

Cursos intermedios

1. Lo primero que debía advertir el médico de guardia es que el aborto ya está realizado, y que evitar la muerte de una paciente en situación grave no es un acto, directo ni indirecto, de colaboración al aborto, sino cumplir con la obligación que, como médico de guardia especialista en ginecología, tiene.
2. Que el jefe de servicio lleve el caso a una reunión del equipo y aclare con todos los médicos el asunto, dejando claro que no es correcta la objeción a este tipo de situaciones.

3. Que se elabore una guía o protocolo, a fin de evitar en el futuro situaciones como ésta.

Curso(s) óptimo(s)

- Deberían ponerse en práctica todos los cursos intermedios citados, a fin de que los ginecólogos de guardia atiendan a los pacientes con normalidad, ya que no se trata de hacer o no hacer un aborto sino de tratar a una paciente que se encuentra en situación vital comprometida y que depende de ellos.



Recomendaciones

- La objeción de conciencia a la interrupción voluntaria del embarazo es un tema típico. Es, con toda seguridad, la objeción más frecuente y mejor estudiada. La discusión está en si se trata de un ser humano en el estricto sentido del término o si, por el contrario, de una mera posibilidad de ser humano. Cuando la objeción al aborto es auténtica, uno de los valores en conflicto es siempre la vida humana, y otro el respeto a la solicitud de interrupción realizada por la mujer en quien la gestación tiene lugar.
- Hay muchas objeciones a la interrupción voluntaria del embarazo que no son auténticas. Hay seudo-objeciones y hay también cripto-objeciones. La de este caso es, claramente, una seudo-objeción. El médico de guardia tiene el deber de asistir a todos sus pacientes, y no tiene sentido discriminar a los que han llegado a la situación en que se encuentran como consecuencia de un acto que él considera inadecuado o inmoral. Si la paciente se hubiera provocado ella a sí misma el aborto fuera del hospital, también tendría la obligación de atenderla, sin que esto pudiera considerarse colaboración a un acto ilícito. Pues bien, lo mismo hay que decir de la situación presente.
- ¿Se trata de una seudo-objeción, de una cripto-objeción, o de ambas cosas a la vez? Lo más probable es esto último. El ginecólogo de guardia objeta por comodidad, o por ignorancia, o por mala formación, o porque así actúan sus compañeros, o por todas esas cosas al mismo tiempo. Actúa como si objetara, entre otras cosas porque de ese modo se quita trabajo de encima. Es probable que también considere que no colabora a una acción intrínsecamente mala, pero ese juicio es completamente erróneo y demuestra una grave falta de formación moral. Como tantas veces hemos dicho a lo largo de esta *Guía*, el mayor enemigo de la objeción de conciencia son las seudo-objeciones y las cripto-objeciones. Éste es un caso paradigmático de ello.



- En un Servicio de Ginecología y Obstetricia en donde, debido a sus peculiaridades asistenciales (prematuridad, anticoncepción, técnicas de reproducción asistida, IVE...), es frecuente que se puedan presentar casos de profesionales que objetan, es importante diferenciar entre lo que es un acto clínico directo (terapéutico o quirúrgico) y sus complicaciones o posibles consecuencias.
- Una cosa es el derecho a objetar ante la acción directa: en este caso practicar la interrupción legal del embarazo, y otra muy distinta es la complicación de ese acto quirúrgico en la que el derecho a objetar se transforma en la obligación de asistencia a un paciente en estado grave, sea cual sea la causa primaria por la que está ingresado en un hospital.
- El equipo de guardia hospitalario tiene la obligación de asistir a todo paciente que está ingresado o que acuda de urgencia al centro. Por este motivo y para evitar el conflicto asistencial que pueda desencadenar la objeción de algún profesional, es recomendable que los equipos de guardia estén, dentro de las posibilidades existentes, conformados por objetores y no objetores, de modo que estos últimos puedan asistir, no a pacientes como la de este caso, sino a aquellas en las que hay que realizar actos que sí son materia de objeción, sobre todo en el sistema sanitario público que obliga, ante todo, a dar el servicio que esté contemplado en su cartera de servicios.
- Es conveniente recordar, una vez más, que ante una necesidad asistencial grave o urgente, el deber de auxilio es ineludible para un profesional sanitario y, más aún, cuando se trate de una complicación producida por una acción quirúrgica primaria, sea cual sea su naturaleza. Es la complicación la que requiere ser atendida, y a eso no hay objeción.
- Por último, es recomendable que en todo servicio clínico hospitalario existan protocolos consensuados, que determinen el procedimiento a seguir en las situaciones más conflictivas.

PROBLEMA 17

Objeción a reanimar grandes prematuros y malformados



Introducción

En los confines de la vida humana, las decisiones a tomar sobre la aplicación de medidas extraordinarias son delicadas y difíciles. Cuando la vida está en juego, la

pasión suele dominar a la razón, porque los sentimientos de afecto y de posible pérdida del ser querido se apoderan de las personas. Es frecuente que en el extremo final de la vida existan testimonios, escritos o verbales, que reflejen los deseos y voluntades de una persona incapacitada para expresarse, por hallarse gravemente enferma o cercana a la muerte. En el inicio de la vida esto no ocurre. Son los padres o representantes legales quienes deben de tomar las decisiones en esos momentos críticos, dominados muchas veces por unos sentimientos que les impiden ver la realidad con lucidez. Es entonces cuando los profesionales deben de formar un equipo junto con los padres o representantes y ayudar a la toma de decisiones.

No siempre es lo más correcto optar por la defensa a ultranza de la vida. Deben de tenerse presentes las consecuencias que desencadene la decisión tomada, la calidad de vida del afectado y de las personas que lo tengan a su cuidado, así como el precio que a futuro se pagará por las acciones emprendidas.

En este capítulo se reúnen dos graves problemas del comienzo de la vida humana: el del recién nacido prematuro, con daño cerebral por hipoxia o anoxia durante su gestación o parto y el del recién nacido con graves malformaciones. Las dos posibilidades confluyen al fin y al cabo en el mismo dilema: ¿Hay límites a la reanimación?

Caso 21. Prematuridad con grave daño cerebral

Mujer de 29 años, gestante de 24 semanas, primera gestación de su vida reproductiva. No tiene antecedentes de patología alguna ni personal ni familiar. No tiene hábitos tóxicos. Ha realizado hasta ahora cuatro visitas para el control de su embarazo. Trabaja en una fábrica de conservas y no ha dejado de hacerlo. Gestación bien tolerada, salvo edemas maleolares leves en el último mes.

Acude de urgencia al hospital por haber roto la bolsa de las aguas hace 30 minutos y haber comenzado con fuertes contracciones hace dos horas. En la exploración (breve y rápida por las circunstancias) se comprueba dilatación cervical uterina completa y por ultrasonidos ritmo fetal de 60 latidos por minuto. Pasa directamente a paritorio. Se avisa al neonatólogo y anestesista.

Nace un feto varón, de 407 gramos de peso, con cianosis generalizada; pH de cordón: 6,90 arterial y 7,05 venoso; test de Apgar al nacer de 1 (algún movimiento respiratorio espástico). El neonatólogo, médico residente de último año, inicia una reanimación profunda para trasladarlo a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

El obstetra, ante el estado del recién nacido, manifiesta su opinión de que no debe seguirse reanimando. El neonatólogo expresa su deseo de seguir con la rea-



nimación para intentar salvar la vida del niño porque “ésa es nuestra obligación moral”. El obstetra requiere la presencia del jefe de guardia de neonatología, a fin de tomar una decisión consensuada.

A los 5 minutos del nacimiento y debido al oxígeno administrado al neonato, el test de Apgar es de 3. El jefe de neonatología explora al niño. Finalizada la exploración, manifiesta su acuerdo con la decisión de no reanimar por la grave inmadurez orgánica de la criatura, el mal pronóstico de supervivencia y las graves secuelas que puede tener en caso de sobrevivir. El médico residente expresa su desacuerdo y objeta en conciencia a esa decisión.

El obstetra y el neonatólogo deciden hablar con los padres, explicarles la situación y proponerles la decisión de no reanimar. Mientras tanto, se mantiene al niño abrigado y con una mascarilla de oxígeno próxima, no en contacto. Tras la información y explicaciones a los padres, se decide no reanimar y dejar evolucionar espontáneamente al recién nacido en la mesa de reanimación. A los 20 minutos, fallece.

Valores en conflicto

Una vez más, nos preguntamos por el sujeto en que tiene lugar el conflicto. Éste no es el obstetra que ha asistido al parto, ni el jefe de guardia de neonatología, sino el residente de último año de neonatología. En él se produce un conflicto entre los siguientes valores:

- De una parte, la vida del recién nacido, que depende de la reanimación
- De otra parte, el no emplear recursos desproporcionados para reanimar a un gran prematuro, que con toda probabilidad no va a sobrevivir, y que, caso de hacerlo, quedará con unas graves secuelas.

Cursos de acción

Cursos extremos

1. Medidas de reanimación sin límite alguno. Es el curso que elige el residente, ya que su objeción es a interrumpirla, habida cuenta de que de ella depende la vida del neonato.
2. No reanimación, habida cuenta de su gran inmadurez, tras decisión conjunta de los padres y los profesionales.

Cursos intermedios

1. Hablar con al médico residente sobre los límites de la reanimación en grandes prematuros. También aquí se impone una cierta prudencia. Es verdad que en caso de duda hay que optar por la vida, pero cuando la prematuridad es exce-

siva, la prudencia aconseja no reanimar. Su pronóstico de vida es infausto y, caso de sobrevivir, lo hará con una pésima calidad de vida, que recaerá sobre sus padres y sobre el erario público.

2. Es conveniente hablar con los padres y tener muy en cuenta su juicio. Cuanto más extraordinaria y hasta heroica es la carga que van a recibir los padres como cuidadores, caso de que el neonato sobreviva, mayor es la capacidad de decisión que debe concedérseles. No es lo mismo que decidan algo claramente contraindicado que esto, que por no estar indicado ni contraindicado, es lógico que se deje a su libre elección.
3. Tratar el caso en una sesión clínica del servicio, a fin de aclarar los puntos oscuros y consensuar criterios.
4. Elaborar un protocolo de actuación, con el objetivo de regularizar las decisiones a tomar en casos similares a éste. No es correcto pensar que lo moralmente obligatorio es siempre ir a favor de la vida, porque, como tantas veces se dice, donde hay vida hay esperanza.

Curso(s) óptimo(s)

- En este tema existe una enorme confusión entre los profesionales, que con frecuencia se consideran obligados a optar siempre por la defensa de la vida, incluso en situaciones desesperadas.
- Un principio básico de actuación en neonatología es que, cuanto mayor es la incertidumbre del beneficio, más derecho tienen los padres a decidir. En este caso la incertidumbre es muy elevada, hasta tal punto que no puede afirmarse que la reanimación sea un procedimiento indicado en esas circunstancias. La elección debe dejarse en manos de los padres, una vez informados debidamente, que son, en última instancia, quienes van a tener que hacerse cargo del niño el resto de su vida, si es que sobrevive.
- Es conveniente que los profesionales analicen estos temas en común, aclaren los puntos oscuros y lleguen a consensos, a fin de que la decisión no quede al arbitrio del residente de guardia. Esto último debe considerarse una mala práctica, causante de mucho sufrimiento, tanto para los neonatos como para los familiares y los mismos profesionales.
- En casos como el descrito, es conveniente que la decisión entre los profesionales y los familiares sea conjunta, pero es importante resaltar que la decisión vinculante debe de ser la de los padres. Los médicos podrán objetar, pero en principio no pueden decidir en contra de los padres en situaciones como la expuesta.



Recomendaciones

- En casos como el descrito, cuando la incertidumbre es tanta que no hay una clara relación de beneficios sobre perjuicios ni podemos decir que la acción esté indicada o contraindicada, la decisión la deben tomar los padres. Esto es algo que no entienden bien los profesionales, pero que es necesario que comprendan y acepten.
- Cuando un médico no está de acuerdo con este tipo de decisiones, puede objetar, y su objeción debe de ser respetada. Pero ella no debe impedir que los demás profesionales, no objetores, actúen conforme al modelo descrito.
- En caso de duda y si la situación lo permite, puede ser útil consultar con el Comité de Ética Asistencial del hospital, incluso después de los acontecimientos, para que su asesoría pueda servir en futuras ocasiones.
- En la toma de decisiones complejas, son muy útiles los protocolos de actuación clínica, ya que sirven de guía técnica, al estar basados en la evidencia científica. Estos protocolos deben estar adecuados a los medios humanos y técnicos de que disponga el hospital. Por tanto, los protocolos han de adecuarse a las características del centro y de la unidad de neonatología.
- En caso de que el nacido prematuro se halle ingresado en la unidad de cuidados intensivos, las conversaciones entre profesionales y padres o representantes deben de ser frecuentes y fluidas. En los casos de prematuridad, cada día de evolución es importantísimo para el desarrollo y pronóstico del paciente.
- No debe de olvidarse que hay dos tipos de prematuridad: por bajo peso y por nacer antes del tiempo natural. En la especie humana se considera “maduro” el feto a partir de los 2.500 grs. y de las 37 semanas de gestación.
- Todo prematuro debe de incluirse en un programa de seguimiento especial, con controles regulares, con el objeto de apoyar a los padres, evaluando el desarrollo de su hijo y dándoles guías para estimularlo.

Caso 22: Recién nacido con graves malformaciones. ¿Reanimación sin límites?

En el control cardiotocográfico rutinario de una gestación de 36 semanas, se detecta una gráfica compatible con malestar fetal intrauterino. Por esta razón se indica cesárea urgente para finalizar la gestación. Nace una niña con test de Apgar al minuto de vida de 1. Precisa reanimación profunda. A los 5 minutos el test de Apgar es de 4. Pasa a la Unidad de Cuidados Intensivos neonatales.

El diagnóstico neurológico es de “afectación neurológica grave por anoxia cerebral”. La niña no puede ni succionar ni deglutir. Debe de ser alimentada por sonda nasogástrica y requiere ayuda para aspirar sus secreciones. Por ecografía craneal se comprueba la opacificación de los núcleos de la base y edema cerebral. En el electroencefalograma no se evidencia “actividad epileptiforme”. El pronóstico es muy malo. La afectación neurológica es irreversible y el riesgo de graves complicaciones infecciosas, incluso el de muerte, muy elevado.

Los padres, ante el mal pronóstico que tiene su hija, solicitan a los intensivistas neonatales que no se adopten medidas extraordinarias con la niña. Ante esta petición, uno de los dos médicos responsables de la recién nacida objeta, porque él opina que debe de lucharse por la vida de la niña hasta el final. El otro neonatólogo, recogiendo el deseo de los padres, solicita el apoyo y asesoramiento del Comité de Ética Asistencial del Hospital.

Valores en conflicto

Estos casos tan dramáticos es obvio que resultan conflictivos para todos aquellos que, por una u otra razón, intervienen en ellos, padres, profesionales, etc. Esta vez son los padres, una vez informados del mal pronóstico de la niña, quienes solicitan, no que se interrumpan las medidas, sino sólo aquellas que cabe considerar extraordinarias, lo que viene a coincidir con el uso de las llamadas técnicas de soporte vital, las propias de una Unidad de Cuidados Intensivos. Uno de los neonatólogos está de acuerdo con ello, pero el otro no, y objeta en conciencia a la interrupción de esas medidas.

En lo que sigue vamos a fijarnos en el conflicto de este neonatólogo que objeta, puesto que nuestro tema es la objeción de conciencia. Hemos dicho repetidamente que la objeción no es un valor sino un curso de acción, pero que éste surge de la resolución de un conflicto de valores. Conviene comenzar, pues, identificando este conflicto. En el neonatólogo objeter, los valores en conflicto son:

- De una parte, la vida del neonato
- De otra, la voluntad libremente expresada por sus padres

Cursos de acción

Cursos extremos

1. Mantener las medidas extraordinarias con la niña en intensivistas neonatales hasta el último momento. “Donde hay vida, hay esperanza.”
2. Hacer caso a la decisión de los padres y discontinuar todo tipo de medidas.



Cursos intermedios

1. Tener una reunión entre todos los médicos del servicio, a fin de consensuar criterios razonables y prudentes sobre el manejo de estos enfermos. El criterio fundamental ha de ser que los médicos están obligados a no realizar nunca acciones claramente contraindicadas, es decir, aquellas cuyo riesgo sea claramente superior al beneficio. En casos como este no cabe decir que el uso de las técnicas de soporte vital este indicado, ni por tanto su retirada contraindicado. Es muy probable que si los médicos fueran los padres de estos niños vieses las cosas de otra manera. En cualquier caso, cuando una acción no está claramente contraindicada, no son los médicos quienes tienen la capacidad de decisión sino los padres. Además de ser sus representantes legales, ellos son los que van a tener y cuidar al hijo, caso de que sobreviva, el resto de sus días, y por tanto es lógico que dependa de ellos la capacidad de decisión. Adviértase, además, que el beneficio, en la razón riesgo/beneficio, no es completamente objetivo, ni por tanto viene dado por la literatura científica, sino que tiene que ver con las condiciones concretas y los valores de las personas, de modo que son éstas quienes deben decidir si el procedimiento es o no beneficioso para ellos.
2. Redactar un protocolo de actuación con estos criterios u otros similares
3. Consultar con el Comité de Ética Asistencial antes de tomar la decisión.
4. Contar con la opinión de la Dirección del Hospital ya que la decisión que se tome tendrá consecuencias que afecten al Centro.

Curso(s) óptimo(s)

- Se identifican con los cursos intermedios que ya hemos señalado.
- Es obvio que el médico objetor tiene derecho a seguir objetando, habida cuenta de que puede tener creencias impermeables al tipo de argumentación que se ha expuesto más arriba. Pero lo que no puede pretender es que su punto de vista determine la decisión última a tomar.
- Consultar al Comité de Ética Asistencial, transmitiendo la solicitud de los padres y el pronóstico de la niña.
- Tener en cuenta las recomendaciones del Comité, que fueron:
 - No emplear medidas extraordinarias con la niña, dado el pronóstico nefasto e irreversible de su patología.
 - Es muy importante dejar constancia escrita en la historia clínica de la niña de la decisión de no aplicarle medidas extraordinarias.

- Debe quedar muy claro cuál o cuáles medidas terapéuticas se realizarán y cuáles no. De esta forma se evitará que puedan concurrir actuaciones profesionales en desacuerdo con la decisión tomada por consenso entre los padres y el equipo sanitario, hecho que puede crear un profundo desconcierto a los padres.
- Las medidas terapéuticas deben basarse en el “mayor beneficio” de la paciente, evitando en todo momento el sufrimiento innecesario para ella y para los acompañantes, durante el tiempo que pueda vivir.
- Es necesario que exista una comunicación total sobre las decisiones tomadas por parte de todo el personal sanitario que atienda o pueda atender a la niña, sea cual sea su lugar de trabajo en el hospital.
- Debe de quedar constancia escrita en la historia clínica de la solicitud que han formulado los padres.
- Comentar con el Jefe del Servicio la situación y las acciones a realizar.
- Informar a la Dirección del Hospital de las acciones realizadas.



Recomendaciones

- Dentro de las dificultades que entraña en Medicina realizar diagnósticos acertados, las posibilidades de conseguirlo han aumentado notablemente en la actualidad, debido a las nuevas técnicas diagnósticas, complementarias del diagnóstico clínico. En todo lo relacionado con la prematuridad, las malformaciones y el daño cerebral, el objetivo principal ha de ser la prevención y el diagnóstico precoz, a fin de remediar los problemas lo antes posible.
- Hoy se dispone de análisis bioquímicos, ecografía de alta resolución, amniocentesis, biopsia corial, embriofetoscopia, etc., técnicas invasivas unas y no invasivas otras que permiten diagnósticos precoces afinados, siempre que estén en manos expertas y siguiendo protocolos basados en evidencia científica.
- La actuación ante un recién nacido malformado dependerá de si tales malformaciones son menores o mayores.. Las menores apenas tienen repercusión en la salud del recién nacido y las mayores ponen en serio peligro su vida, exigiendo cuidados extraordinarios o comprometiendo gravemente la calidad de vida tanto de la persona como de su familia. La información clara y veraz del diagnóstico, pronóstico y posibilidades de tratamiento, ha de ser la base ineludible para la toma de decisiones conjuntas entre el equipo de profesionales y los padres o representantes legales.

**PROBLEMA 18****Objeción a secundar peticiones de adolescentes con hábitos de vida insalubres****Caso 23. ¿Es Roberto un menor maduro?**

Roberto, de 17 años, acude a la consulta de su médico de cabecera por un dolor de cabeza. El doctor D le pregunta la causa y Roberto le dice que está cansado. Durante la exploración el médico descubre hematomas y algunas heridas suturadas, y le pregunta si se ha caído o si ha recibido algún golpe. Roberto le responde que se cayó en la playa. El doctor D no parece convencido de dicha respuesta, por el tipo de heridas y por su conocimiento de los hábitos de Roberto: no siente atracción por el deporte ni por las actividades al aire libre, y es consumidor habitual de hachís y alcohol, especialmente con sus amigos y su grupo musical.

El doctor D pretende que Roberto sea más explícito y sincero, e intenta saber qué ha hecho en el verano. Roberto, con displicencia, dice que lo de siempre: conciertos y fiestas. Transcurre la conversación con fluidez, aunque Roberto emplea un tono cada vez más condescendiente, y le dice al médico que probablemente la causa de su dolor de cabeza sean los conciertos y las fiestas. Comenta también que durante las vacaciones bebe y consume drogas en mayor cantidad, como todos. A una nueva pregunta del doctor D acerca de las drogas que consume, Roberto le dice que las normales: hachís, y también cocaína y pastillas, para prolongar la diversión. Le pide, además, que le recete de una vez unas pastillas para el dolor de cabeza y que lo deje en paz.

Aunque el doctor D está disgustado con la actitud de Roberto, que no es nueva para él, le receta unas pastillas y dan por finalizada la consulta. Ambos han concertado una nueva cita para dos días después, a fin de examinar los golpes y las heridas de la cabeza, así como la evolución del dolor de cabeza. Desconfiando de las respuestas de Roberto, y procurando conocer mejor las causas de su malestar, el doctor D consulta al hospital de referencia y le indican que cuatro días antes Roberto ingresó en Urgencias a causa de una intoxicación etílica.

Dos días después, Roberto regresa a la consulta. El doctor D le pregunta una vez más la causa de las heridas y de su dolor de cabeza, y Roberto, de nuevo displicente, le dice que ya se lo dijo el otro día. El médico le comenta su ingreso en Urgencias y le pregunta a Roberto por qué no le contó nada. Éste, disgustado, dice que para él no tiene importancia, y que su dolor de cabeza no tiene nada que ver con haber bebido. El médico le comenta el riesgo de este comportamiento

y la conveniencia de modificar sus hábitos, y Roberto replica que para él no son hábitos perniciosos ni conductas de riesgo: hasta ahora no ha tenido problemas y tiene todo controlado. El doctor D insiste en que cada vez le resulta más difícil confiar en él, y que si sigue así tendrá que contar a sus padres lo ocurrido. Roberto responde que ya está bien, que es mayor para hacer lo que quiere, sin que tenga que pedir permiso a nadie, ni siquiera a sus padres: y añade que no se le ocurra contar nada a sus padres o verá lo que pasa.

El doctor D se siente impotente ante las reiteradas evasivas y la impertinencia de Roberto, más aún ante el tono amenazante de esta última consulta, y se niega a recetarle nuevamente pastillas para su dolor de cabeza mientras Roberto no cambie de actitud.

Valores en conflicto

El conflicto que hemos de analizar es el que tiene el profesional que decide hacer algo así como una objeción de conciencia y no atender la demanda de un joven que, en su opinión, está deteriorando su salud debido al consumo de sustancias psicoactivas que probablemente ya no puede controlar y que está poniendo en riesgo su vida y su salud.

Los valores en conflicto son:

- De una parte, el respeto de la autonomía de un joven de diecisiete años de edad.
- De otra, su obligación de velar por la salud de las personas, evitando colaborar en conductas que considera claramente lesivas para sus intereses.

Cursos de acción

Cursos extremos

1. Aceptación incondicional de la petición de Roberto por parte del doctor D, tratando su dolor de cabeza y olvidando la cuestión, sin mayor implicación en su tratamiento.
2. Interrupción de la relación clínica con Roberto y de todo tratamiento por parte del doctor D.

Cursos intermedios

1. Búsqueda de otros episodios clínicos de Roberto, como el ingreso en Urgencias. El doctor D puede pedir el informe al Servicio de Urgencias, e informar con posterioridad a Roberto (como sucede en el caso), aunque también sería posible, y preferible, comentarlo antes con el paciente y pedirselo directamente a él, explicándole la importancia de conocer los detalles del informe. Esta petición



podría reforzar la confianza de Roberto y permitiría evaluar su reacción y su actitud.

2. Ante la sospecha de un mayor consumo u otros problemas, el doctor D podría solicitar un análisis para buscar la presencia de tóxicos y de posibles alteraciones. Podría solicitar también un escáner de cabeza. Es importante informar con claridad a Roberto de que la finalidad de dichos análisis es mejorar su tratamiento.
3. Solicitar la colaboración de los servicios sociales y de psicólogos o psiquiatras para evaluar y tratar a Roberto.
4. Tratar el dolor de cabeza de Roberto y avisarle de la importancia de contactar con sus padres. El doctor D ha de persuadir a Roberto para que sea él quien informe a sus padres, y garantizarle que no informará de momento a sus padres si cambia de actitud y evoluciona positivamente.
5. Nueva consulta con Roberto, en la que el doctor D le insista en la conveniencia de modificar sus hábitos y su conducta para que su salud mejore.
6. El doctor D puede ponerse en contacto con los padres para informarles de la situación de Roberto y solicitar su colaboración para conocer más detalles sobre Roberto y para su tratamiento.
7. Informar a los padres de la situación clínica de su hijo e intentar imponer medidas terapéuticas no solicitadas ni deseadas por Roberto
8. Solicitar asesoramiento del Comité de Ética Asistencial.
9. Derivación a otro médico, ante la imposibilidad de continuar la relación clínica con Roberto.
10. Derivar a Roberto a un equipo de atención a drogodependientes, ya que ellos tienen más recursos para manejar este tipo de situaciones.

Curso(s) óptimo(s)

- Es importante recobrar y reforzar la relación clínica con Roberto. Para ello conviene evitar situaciones tensas y extremas como las vividas en la última consulta. Con claridad, serenidad y de forma empática, el doctor D ha de informar a Roberto de su situación clínica y de las posibles consecuencias de sus hábitos de consumo. Ha de indicarle que lo considera capaz para tomar decisiones autónomas y garantizarle que de momento no hay motivos para romper la confidencialidad, por lo que no comunicará nada a sus padres sin su autorización. Con todo, ha de transmitirle que si su situación no mejora y considera que su salud corre riesgo, puede verse en la obligación de contactar con sus padres. En tal sentido, el doctor D ha de recomendar a Roberto que sea él quien

converse o informe a sus padres, asumiendo precisamente su capacidad para gestionar autónomamente su vida y su salud.

- Para conocer con exactitud la situación de Roberto y sus necesidades asistenciales, conviene solicitar los análisis indicados y la colaboración de los servicios sociales. En estos casos, el doctor D ha de informar con antelación a Roberto y solicitar su colaboración y autorización.
- La consulta al Comité de Ética Asistencial, o a un Comité equivalente, puede servir para que el doctor D comparta su malestar y su angustia por la quiebra de la relación con Roberto y para que analice éticamente la situación desde una nueva perspectiva, más abierta y plural, aprovechando la experiencia del Comité en casos semejantes.
- Habida cuenta de que ya está consumiendo cocaína, convendría poner en contacto a Roberto con un centro de desintoxicación, pues en este momento hay razones para pensar que el consumo de drogas psicoactivas está minando no sólo su salud sino su propia capacidad de decidir.



Recomendaciones

- La doctrina del menor maduro es consecuencia de diversos factores, entre ellos el paulatino reconocimiento de la autonomía moral de los pacientes en el ámbito sanitario. El menor maduro es aquella persona que, no habiendo alcanzado aún la mayoría de edad, tiene un grado de madurez suficiente para adoptar decisiones autónomas. En el Derecho español, aunque existen precedentes de la capacidad del menor para adoptar decisiones y realizar actos con eficacia jurídica, esta categoría ha sido regulada específicamente para el ámbito sanitario en el artículo 9.3 de la Ley básica de autonomía del paciente (Ley 41/2002, de 14 de noviembre), reconociendo la autonomía del menor de edad no incapaz ni incapacitado con dieciséis años cumplidos para decidir autónomamente las actuaciones en el ámbito de su salud.
- En consecuencia, es siempre decisiva y preliminar la evaluación y determinación de la capacidad del menor adolescente para tomar decisiones autónomas, pues definirá los protagonistas de la relación clínica, en concreto el interlocutor del doctor D, y la elección de cursos de acción recomendables. Si se aprecia que Roberto tiene un grado de madurez suficiente, apreciación sobre la capacidad que corresponde inicialmente al doctor D, será él quien deba adoptar autónomamente las decisiones que conciernen a su salud. Además, no caben ya decisiones de representación en dicho ámbito, por lo que surge una nueva



consecuencia: la atenuación del papel de los padres en el proceso de toma de decisiones.

- La madurez del menor ha de interpretarse como la aptitud para comprender, enjuiciar y gestionar la información, las situaciones y las acciones de forma autónoma. Es ante todo un juicio formal sobre la capacidad de comprensión y valoración, y no tanto un juicio sobre el contenido de las decisiones y los valores que las sustentan, ni sobre la coincidencia con las hipotéticas decisiones que adoptarían el médico, los padres u otros terceros en el lugar de Roberto.
- Que Roberto tome una decisión distinta a la que hubiesen tomado el médico o los padres en la misma situación, no significa necesariamente que sea inmaduro ni que carezca de capacidad, sino que se rige por un sistema de valores diferente y propio. Lo que el doctor D considera como beneficioso para la salud de Roberto puede ser legítimamente interpretado de forma distinta por éste, en el contexto global de su propia vida. (En casos como éste, donde resulta difícil trazar una frontera nítida entre la enfermedad o patología y la libre elección de un estilo de vida, está siempre presente el riesgo de beneficencia paternalista del médico y de la consiguiente extralimitación en el ejercicio de su labor asistencial).
- También resulta compleja la definición del papel de los padres en el proceso asistencial de un menor maduro. Al tener aún diecisiete años, Roberto sigue sometido a la patria potestad; en cambio, para la gestión de la salud, su condición de madurez lo equipara a un adulto capaz mayor de edad y, por consiguiente, capaz ética y jurídicamente de adoptar decisiones autónomas en tal ámbito. En estos casos no es tanto la frontera discrecional de los dieciocho años (mayoría de edad) la que determina la idoneidad para la toma de decisiones autónomas, sino la capacidad real o de hecho para comprender y responder de sus decisiones y actuaciones en relación con su salud (madurez). Así interpretada, la decisión libre y responsable de Roberto limita la responsabilidad de tutela de los padres. La minoridad madura significa una atenuación fáctica de la facultad de representación beneficente derivada de la patria potestad, en la medida en que el menor ejerce por sí mismo su autonomía, impidiendo que otras personas, por cualificadas que éstas sean –como sus padres– lo hagan en su lugar.
- Aunque no sea posible la adopción de decisiones de representación por parte de los padres, subsiste la obligación de velar por el menor y actuar en su beneficio; eso sí, el margen de actuación se ha reducido sensiblemente tras el reconocimiento de la capacidad del menor maduro para la adopción de deci-

siones autónomas en relación con su vida y su salud. En tal caso, ¿es obligatoria la intervención de los padres en el proceso asistencial? ¿Existe obligación de informar a los padres de la situación de Roberto? ¿Corresponde dicha obligación al doctor D? Dos líneas argumentales pretenden responder a esta cuestión. De una parte, se aduce el interés –y aun el deber– de los padres en disponer de información sobre el estado de salud de su hijo, porque el desconocimiento de tal información les puede privar de elementos importantes para cumplir su deber de protección y cuidado derivado de la patria potestad. De otra parte, se sostiene que la autonomía, tanto en su dimensión decisoria como en su dimensión informativa, y la intimidad del menor resultarían lesionadas si los padres de Roberto son informados sin su autorización. El doctor D ha de moverse en estas coordenadas y ponderar cuál ha de ser la actuación éticamente correcta.

- Los dos principales factores a tener en cuenta para delimitar el curso de acción son la mencionada capacidad de Roberto y el riesgo derivado de su decisión y actuación. La valoración de la capacidad de Roberto debe ser realizada *ad hoc*, para esta concreta situación. Debe ser resultado de una evaluación completa, que incluya aspectos clínicos y psicosociales. En relación con el alcohol y las drogas ha de tomar en consideración varios elementos, entre ellos el grado de consumo (ocasional, frecuente), su finalidad y, en particular, el grado de autonomía de las decisiones de Roberto en relación con el consumo: si responden a una decisión propia e informada o si es producto de la presión de los amigos, del entorno y del temor a perder el sentido de arraigo o pertenencia al grupo. Los padres y el propio doctor D, así como otros profesionales que hayan tenido contacto previo con Roberto, pueden dar cuenta de sus preferencias, expectativas y objetivos, y de la coherencia de su comportamiento con ellos. Ha de evaluarse, además, si se trata de una conducta o una situación de grave riesgo. De nuevo se ha de considerar el grado de consumo y el grado de autonomía en la toma de decisiones, así como la existencia de consecuencias derivadas del consumo (e.j. deterioro de sus relaciones personales y familiares, descenso del rendimiento escolar, daños en su salud).
- Como se ha indicado, el reconocimiento de la capacidad de Roberto implica que sólo él puede adoptar decisiones sobre su salud, con exclusión de los demás, incluidos sus padres. La capacidad es graduable, y ha de ser proporcional a la entidad de la decisión: a mayor riesgo, mayor capacidad. Además, si el médico aprecia que se trata de una situación de grave riesgo, estaría legitimado para comunicar dicha situación a los padres y tomar en consideración su opinión.



Ésta es la cláusula de excepción o limitación que establece nuestro Derecho (artículo 9.3 *in fine* de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre) para la autonomía del menor maduro en el contexto estudiado. No obstante, de nuevo reside en el juicio prudencial del médico, para quien subsiste el deber de no maleficencia y de atención al paciente, la decisión de informar o no informar a los padres, y cómo hacerlo.

- Reconocer la madurez de Roberto significa aceptarle autónomo para tomar decisiones en relación con su salud, entre ellas qué, cómo y a quién se ha de proporcionar información sobre ella: él ha de decidir el destinatario de dicha información, y el doctor D ha de respetar su voluntad (salvo que estemos ante la mencionada situación de grave riesgo, que no parece existir en este caso). De lo contrario se lesionaría su autonomía informativa y su intimidad, así como la confidencialidad de dicha información.
- La confidencialidad es decisiva en las relaciones clínicas y probablemente aún más en las relaciones con los menores de edad. El doctor D ha de comprender el rechazo inicial de Roberto a que sus padres conozcan lo sucedido y ha de hacer lo posible por reforzar su confianza. Es importante que el doctor D transmita a Roberto la dificultad de prever todas las consecuencias de sus decisiones, incluyendo algunas que pueden resultar perjudiciales para su salud. Asimismo, ha de comentarle la importancia de que su entorno familiar se involucre en la relación clínica, para lo cual ha de ser informado. Esta información no tiene que ser proporcionada por el doctor D, sino que puede ser el propio Roberto quien la dé. Cabe, asimismo, que el doctor D proponga a Roberto varias opciones para que éste elija, pero no parece éticamente correcto informar a los padres en contra de la voluntad del paciente (toda vez que se ha descartado la presencia de una actuación o situación de grave riesgo) o imponer a Roberto un estilo de vida. La buena práctica clínica oscila generalmente entre el paternalismo benéfico –o imposición de la decisión que el médico considera buena para el paciente– y un autonomismo a ultranza, más problemático, si cabe, en los menores maduros. (En el caso comentado cabría incluso apreciar un curso de acción más extremo: el doctor D, velando por su conciencia, desemboca en un paternalismo omisivo o abstencionista, que suspende cualquier tratamiento a Roberto, aunque sea como medida de presión para modificar la actitud de Roberto). Se trata de reconocer la autonomía de Roberto para tomar decisiones, en el marco de una relación clínica respetuosa y deliberativa (algo que parece ausente por las dos partes en algunos momentos del caso).

- En estas circunstancias no cabría reconocer legítimamente la objeción de conciencia del doctor D. Se trata más bien una diferencia de pareceres sobre el curso de acción a seguir entre el paciente, menor de edad maduro, y el médico. Admitida la capacidad del Roberto para la adopción de decisiones autónomas sobre su vida y su salud, y descartada la presencia de actuaciones de grave riesgo, argumentar la objeción de conciencia encubriría un abandono del paciente o, a lo sumo, podría ser un ejemplo de respuesta éticamente inadecuada a una situación de desgaste profesional (*burnout*) del doctor D. Tampoco parece éticamente justificada la transferencia o derivación a otro profesional, aun igualmente cualificado. (Sí sería éticamente correcto y recomendable a otros profesionales o al Comité de Ética Asistencial para solicitar opiniones adicionales u orientación sobre el caso).
- En tal sentido, la condición de menor maduro no da lugar ni justifica la objeción de conciencia del profesional. La objeción de conciencia no es un recurso que el médico pueda emplear cuando no está conforme con el contenido de una decisión de un menor maduro, escudándose en un diagnóstico de incapacidad o de insuficiente capacidad. Es, por el contrario, un instrumento para garantizar que sus actuaciones no lesionarán su conciencia, y ello tiene que ver, en todo caso, con el contenido de las decisiones del paciente, y no con su mayor o menor edad.
- De todo lo anterior cabe concluir que éste es un típico caso de pseudo-objeción. El médico se niega a secundar los deseos de Roberto no porque objete a realizar algo acorde con el arte médico y que éste demanda, sino porque cree que secundar esa petición no sólo no es correcto sino que resulta perjudicial para él. Esto no es objeción de conciencia. Cuando un médico hace lo que cree prudente con el objetivo de beneficiar a una persona que le consulta, no puede hablarse de objeción sino de buena práctica. Tampoco lo sería en caso de que la razón fuera claramente paternalista, es decir, que los valores de Roberto no le parezcan correctos, y él deduzca de ahí que se trata de una persona inmadura. Como ya se ha dicho, la inmadurez no depende tanto de los contenidos cuanto de la capacidad de comprender las situaciones y actuar libremente ante ellas. El problema de Roberto es que este último punto, el del control libre de sus decisiones, puede hallarse ya mermado, teniendo en cuenta sus consumos. Eso es lo que teme el médico y por lo que cree que debe hacer lo posible porque Roberto abandone el camino que ha emprendido. En cualquier caso, no se trata de una verdadera objeción.



Objeción de conciencia en el final de la vida

PROBLEMA 19

Objeción a seguir instrucciones previas



Caso 24. Instrucciones previas en un paciente con EPOC

Antonio es un varón de 74 años con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) a consecuencia de tabaquismo, con moderada a severa limitación funcional, pues se cansa al subir un tramo de escalera. Es viudo y vive con una hija soltera. Ha ingresado varias veces en el hospital por descompensación respiratoria aguda, la última vez en la Unidad de Medicina Intensiva (UMI), donde estuvo intubado durante ocho días. En revisiones posteriores le ha preguntado a su neumóloga, la Dra. Lahoz por su futuro. Ella le ha aclarado que lo habitual es que la enfermedad avance, que su estado vaya empeorando y que precise nuevos ingresos, sin poderle asegurar cuánto vivirá, extremo que ha pedido insistentemente Antonio. Éste comenta que no querría, de ninguna manera, ser intubado de nuevo. Su doctora le propone planificar el tratamiento futuro, cumplimentando el documento de instrucciones previas (DIP) de que dispone el centro. Así lo hacen y días después, Antonio, acompañado por su hija, registra el DIP en el Registro de instrucciones previas de su Comunidad Autónoma.

A los dos meses, Antonio sufre escalofríos, fiebre y decaimiento, con escozor al orinar. Su hija le lleva a Urgencias del hospital. Allí le observan hipotensión, fiebre y, al no poderle coger una vía venosa periférica, un médico de urgencias le coloca un catéter en la subclavia derecha. Poco después, Antonio manifiesta gran dificultad respiratoria y agitación, por lo que lo intuban y conectan a un respirador. Comprueban que se le había producido un neumotórax y le ponen un drenaje pleural derecho. Le comunican todo esto a su hija, quien dice que su padre no quería ser

intubado. Además, muestra el DIP en el que se ratifica la negativa de Antonio a que le pongan tubo endotraqueal y respirador. A pesar de ello, el médico de urgencias le indica a la hija de Antonio que la vida de su padre está en peligro y que sus deberes profesionales le imponen la obligación de intubarle y conectarle a un respirador para mantenerlo con vida.

Valores en conflicto

El conflicto se da en el médico de urgencia, no en Antonio, ni en su hija, ni tampoco en la neumóloga que le ha venido atendiendo. Él ha optado por un valor, la vida de Antonio, en perjuicio de otro, el respeto de su voluntad, expresada a través del DIP. Los valores en conflicto son, pues, los siguientes:

- De una parte, la vida, que se halla amenazada caso de que no se someta al paciente a ventilación asistida
- De otra parte, el respeto de la voluntad del paciente, claramente expresada a través del DIP.

Cursos de acción

Cursos extremos

1. Optar por la protección de la vida, lesionando completamente el otro valor. Es el curso elegido por el médico de urgencias que, por ello mismo, viene a coincidir con la objeción de conciencia a seguir las instrucciones previas firmadas por Antonio.
2. Respetar la decisión de Antonio, no intubándole o retirando el respirador una vez conectado.

Cursos intermedios

1. Estudiar bien el contenido del DIP firmado por Antonio. Habida cuenta que es un paciente con EPOC, lo más normal es que Antonio pensara, al redactar el documento, en un nuevo ingreso e intubación a consecuencia de su EPOC, y que eso es lo que rechazara, y no la intubación por cualquier otro proceso agudo y reversible. El problema actual de Antonio pertenece a este último tipo, ya que se trata de un neumotórax yatrógeno de fácil reversión. Si en el DIP no se señala claramente la negativa a cualquier tipo de intubación y no sólo a la debida a su enfermedad de base, es lógico que el médico no se guíe por el citado documento.
2. Habida cuenta que el DIP no suele matizar tanto como resulta necesario en este caso, puede explicarse esto a la hija de Antonio, para conocer su opinión, indi-



cándole que la situación es transitoria y que la intubación permitirá a su padre remontar la dificultad y recobrar la consciencia. En tal caso, una vez que Antonio recupere la consciencia, el médico le explicará lo sucedido, así como la posibilidad de una separación del respirador a corto plazo. (Conviene tener presente que cuando se produce yatrogenia, los médicos tienden a aplicar, si cabe con más intensidad, el tratamiento necesario para contrarrestar los efectos del daño que han producido, obviando incluso instrucciones previas. Este factor, en buena medida subconsciente, explica que el médico oponga más resistencia a no intubar a Antonio que si no se hubiese producido el neumotórax).

3. En otras ocasiones, el neumotórax en enfermos con EPOC puede ser más problemático. Cuando Antonio recupere la consciencia y la capacidad para comprender la situación y tomar decisiones autónomas, hay que proporcionarle información detallada de su pronóstico y de la posibilidad de una evolución negativa de su enfermedad. En todo este proceso de información, y siempre con el conocimiento y la autorización de Antonio –como sucede en este caso–, debería ser incorporada su hija.
4. A la luz del pronóstico y de las características de la enfermedad, conviene transmitir a Antonio la importancia de su hija en el proceso de toma de decisiones, ya que es probable que Antonio vuelva a perder la consciencia y la capacidad para tomar decisiones autónomas. En concreto, debería recomendársele que incluya en el DIP la designación de su hija como representante.
5. Cuando Antonio recupere la consciencia y la capacidad, convendría precisar el alcance y el significado de las instrucciones previas contenidas en el DIP, en particular su negativa ser intubado y conectado a un respirador.
6. Si Antonio mantiene la negativa expresada en el DIP de ser intubado y conectado a un respirador, los médicos pueden negociar con él, durante el período en que esté consciente y con capacidad para comprender la información y para tomar decisiones, la fijación de un plazo límite de ventilación.
7. Si Antonio no admite modificar la decisión expresada en el DIP y confirma su absoluto rechazo a ser intubado, los médicos suspenderán la ventilación y aliviarán los síntomas que puedan aparecer.

Curso(s) óptimo(s)

- Lo primero que resulta necesario es analizar con todo cuidado el contenido del DIP dejado por Antonio, a fin de fijar con precisión el límite de su rechazo.
- Caso de que la duda continúe, es importante ver si ha nombrado un representante y quién es éste. En la actualidad, todos los documentos de instruc-

ciones previas tienen un apartado específico para la designación de, al menos, un representante. Es necesario conocer quién es el representante designado por Antonio y ponerse en contacto con él.

- Si el representante es capaz de aclarar que la voluntad de Antonio era no ser conectado nunca más a un respirador, habría que respetar esta decisión. Si, como es muy probable, el representante tampoco sabe con exactitud si en un proceso intercurrente agudo, como es el neumotórax yatrogénico que ahora sufre es aplicable el rechazo a la ventilación mecánica expresado por el paciente, entonces la DIP no sería de aplicación y procedería intubarle, hasta tanto recobre la conciencia y pueda decidir por sí mismo.
- Tampoco conocemos con exactitud el alcance de la objeción de conciencia del médico de guardia. Si es a la aplicación del DIP en este caso concreto, ya que tras un estudio minucioso considera que lo dicho en él no se ajusta a la situación clínica del paciente, no podría considerarse objeción de conciencia sino buena práctica clínica. Sería necesario hablar, pues, de pseudo-objeción.
- Si, por el contrario, la objeción es a toda expresión de voluntad contraria al mantenimiento o prolongación de la vida, entonces sí cabe hablar de objeción de conciencia. Pero es preciso no perder de vista, como ya hemos dicho repetidas veces a lo largo de esta *Guía*, que siempre se objeta a realizar actos concretos, y que por tanto la objeción será o no correcta según las circunstancias del caso. En éste, por ejemplo, el médico no puede ampararse en la objeción para no analizar con cuidado el documento y ver si corresponde al estado clínico del paciente. Sólo puede objetarse cuando todas las vías menos lesivas de solución del conflicto, es decir, los cursos intermedios, han fallado. La objeción no puede verse nunca como una patente de corso, sino como el último recurso, cuando todas las demás vías de solución del problema han fracasado.
- Un profesional que objeta al seguimiento de las instrucciones previas firmadas por los pacientes debe comunicarlo a la dirección de la unidad o del centro, a fin de que se tomen las medidas necesarias para asegurar la asistencia adecuada de estos pacientes por profesionales que no sean objetores. Por tanto, en el caso de que Antonio estuviese intubado y/o conectado a un respirador y el médico de urgencias mantuviese su condición de objetor frente a la retirada del respirador, ha de garantizarse que otro médico igualmente cualificado proceda a la retirada del respirador y alivie sus síntomas, respetando la autonomía y cumpliendo la voluntad anticipada de Antonio y respetando también la conciencia del médico de urgencias que objeta.



Recomendaciones

- Las instrucciones previas –también denominadas voluntades o directivas anticipadas o, comúnmente, testamentos vitales– son una importante herramienta de planificación anticipada de la atención, surgida a finales de los años sesenta en los EE.UU. de América y recientemente incorporada a nuestro sistema de salud. Constituyen una manifestación de la autonomía de los pacientes para la toma de decisiones sanitarias, en previsión de futuras situaciones de incapacidad para decidir autónomamente, con la finalidad de que sean respetadas en dichos momentos. Además de estimular el respeto de la autonomía de los pacientes a gestionar su vida y su salud de acuerdo con sus valores y preferencias, la planificación anticipada y las instrucciones previas sirven para mejorar la toma de decisiones en pacientes incapaces y en los procesos del final de la vida, orientando al paciente, a sus familiares y a los profesionales asistenciales, y aumentando su bienestar.
- Los documentos de instrucciones previas se componen de tres apartados básicos: la expresión de los valores personales y los objetivos vitales del otorgante, esto es, su historia de valores (en este apartado Antonio dejaría constancia de su percepción y valoración de los últimos ingresos y de las razones por las que no desea volver a ser intubado); las instrucciones sobre la aplicación o el rechazo de medidas y tratamientos en situaciones concretas, incluyendo el destino del cuerpo, órganos y tejidos en caso de fallecimiento (es en este apartado donde Antonio hace constar su rechazo a ser intubado y conectado a un respirador); y la designación de un representante, que actúa como interlocutor del equipo asistencial para facilitar y orientar su actuación y para garantizar el cumplimiento de las instrucciones indicadas por el paciente otorgante y contenidas en el documento (en los cursos de acción se indica la conveniencia de cubrir este apartado. En el caso comentado, sería suficiente que Antonio hubiese incluido la designación de su hija como su representante en el DIP).
- Es conveniente que el paciente exprese en el DIP sus valores, preferencias y objetivos vitales, pues dan razón de las decisiones adoptadas y contribuyen a la interpretación de las instrucciones expresadas en el DIP (sobre los cuidados y tratamientos deseados y no deseados, y el contexto en el que han de ser aplicadas sus instrucciones). Asimismo, es conveniente incluir en los DIP la designación de un representante. Si Antonio no hubiera designado un representante, habría que tener por tal a su hija, que ha estado presente a lo largo del proceso de planificación anticipada de la atención y puede ejercer como interlocutora

de los médicos. Aunque en este caso no resulta tan problemático, al ser la hija de Antonio la única familiar desde el comienzo del proceso asistencial, la inclusión de un representante en el DIP facilita la identificación de un interlocutor para los profesionales sanitarios y garantiza a los pacientes un mayor respeto de sus valores y su voluntad.

- En el caso de existencia y aplicación de un documento de instrucciones previas, los médicos han de comprobar, en primer lugar, que Antonio carece de capacidad para otorgar su consentimiento de forma autónoma en el momento de decidir si es o no intubado. Si Antonio conserva o recobra la capacidad suficiente, es él quien ha de otorgar el consentimiento en ese momento y autorizar o no la conexión al respirador; en ese sentido, puede simplemente ratificar la voluntad expresada en el DIP y manifestar que sigue oponiéndose a la conexión al respirador y a ser intubado. Si, por el contrario, Antonio no está en condiciones de tomar una decisión autónoma, procede constatar su incapacidad para ello y comprobar la existencia de un DIP. Al haberse inscrito en el Registro de instrucciones previas de su Comunidad Autónoma, los médicos pueden conocer fácilmente su existencia y su contenido; además, la presencia de la hija de Antonio a lo largo del proceso asistencial es otra forma excelente de conocer la existencia y el contenido de dicho DIP. Una vez conocido el DIP y su contenido, los médicos han de actuar respetando las indicaciones sobre los tratamientos y los cuidados que Antonio ha expresado en el DIP, en concreto, su negativa a que le sea colocado un tubo endotraqueal y un respirador. Un indicador de la vigencia y autenticidad de esta decisión es la actitud de la hija, quien también corrobora ante los médicos la decisión del padre.
- La planificación anticipada de la atención está especialmente aconsejada en enfermedades de carácter crónico y de evolución previsible, como la EPOC. El proceso de planificación anticipada sirve para reforzar la relación clínica entre el paciente y el médico, y también con el entorno familiar y personal; sirve también para que el paciente y, si es el caso, el entorno familiar y personal, conozcan mejor las características y consecuencias de la enfermedad. Ante todo, el proceso de planificación permite al paciente definir qué cuidados o tratamientos considera adecuados y aplicables y cuáles no, delimitando la actuación de los profesionales asistenciales.
- Intubar y conectar al paciente a un respirador, desconociendo o ignorando su voluntad de no ser intubado, manifestada en el DIP y recordada por su hija a los médicos, es una medida paternalista y una falta de respeto de la autonomía de Antonio y de su capacidad para gestionar su vida y su salud de acuerdo



con sus valores personales y objetivos vitales, entre la que se incluye la facultad de rechazar y limitar tratamientos. (En el caso comentado, esta falta de respeto se atenuaría por la reconsideración de las instrucciones previas, dada la yatrogenia y la posible recuperación rápida de la consciencia de Antonio una vez expandido el pulmón. Si así ocurriese, habría que explicar lo sucedido al paciente y obrar de acuerdo con su voluntad).

- El médico objetor de conciencia puede argumentar que la interrupción o retirada de las medidas de respiración artificial lesiona la vida del paciente, contradice sus valores y significa un incumplimiento de su deber profesional de mantener la vida del paciente. De cualquier modo, esta declaración de objeción de conciencia del médico a retirar o suspender la intubación y la conexión al respirador en el caso de las instrucciones previas, es semejante al caso de pacientes capaces de emitir su voluntad mediante el consentimiento informado, por cuanto se refiere al cumplimiento de una decisión del paciente, haya sido expresada con antelación o comunicada en el momento presente. Lo decisivo no es el momento de expresión y transmisión, sino el contenido de dicha decisión o voluntad.
- Hay objeciones de conciencia que deben considerarse incorrectas. Tales son las que tengan por objeto los DIP en su conjunto, o las que lleven a no leer con detención su contenido y ver si existe algún modo de salvar los dos valores en conflicto y, por tanto, evitar la opción por un curso extremo, dado que objetar en conciencia, en este caso como en tantos otros, se identifica con elegir un curso extremo de acción. Quienes actúen de cualquiera de estas maneras están haciendo un mal uso de la objeción de conciencia; o, si se prefiere, realizando una seudo-objeción.
- Sí puede existir en este caso una divergencia entre la valoración de la vida de Antonio por parte de éste y por parte del médico de urgencias; aquél es partidario de no aplicar medidas de soporte vital y éste es partidario de aplicar medidas que permitan a Antonio continuar con vida. Los valores del médico de urgencias y su objeción de conciencia merecen respeto, más también la facultad de decisión del paciente, a quien corresponde, en última instancia, la elección de limitar o rechazar el tratamiento propuesto por el médico de urgencias, aun cuando éste sea indicado y acorde con la buena práctica clínica. Es también obligación del médico de urgencias conocer y respetar la voluntad autónoma de los pacientes, aunque no coincida con la suya. Para ello, tendrá que poner en práctica las medidas necesarias y suficientes para que otro profesional atienda la petición de Antonio. La objeción de conciencia no le exime del deber de comu-

nicar la situación a quien pueda tomar las decisiones adecuadas para que atienda de modo adecuado al paciente, respetando su voluntad.

- Para respetar la objeción del médico de urgencias al cumplimiento de la instrucción previa de Antonio de no ser intubado ni conectado a un respirador, habría que garantizar que otro médico igualmente cualificado esté en condiciones de cumplir la voluntad de Antonio, no iniciando la intubación ni la conexión al respirador, y simultáneamente aliviando sus síntomas. De este modo sería posible armonizar y respetar los valores de las dos partes implicadas: la conciencia del profesional sanitario y la autonomía del paciente.

Caso 25. Instrucciones previas en testigo de Jehová

Martina es una mujer rumana de 34 años con embarazo gemelar, que ingresó en el hospital un viernes por la tarde con inicio del trabajo de parto, para el que los obstetras indicaron analgesia epidural. El anestesista, comprobada la firma del consentimiento informado (que incluye la posibilidad de transfusión de hemoderivados), inició la analgesia epidural. Previamente a la misma, preguntó a Martina si entendía el consentimiento de analgesia que había firmado, a lo que ésta asintió, y si precisaba alguna aclaración, a lo que respondió negativamente. Se le preguntó por su pareja y ella contestó que tras quedarse embarazada el varón con quien convivía se separó de ella.

Dada la disposición de los dos fetos, una vez alcanzada la dilatación completa, se intentó el parto vaginal. El primer gemelo fue eutócico, en cambio, el segundo necesitó cesárea con anestesia general, por sufrimiento fetal. Durante la intervención, por ser los tejidos muy friables, fue difícil conseguir una hemostasia adecuada y se produjo un sangrado mayor del habitual. Tras la cesárea pasó a la Unidad de Reanimación Postoperatoria (URPA), en la que permaneció unas dos horas. Allí, un hemograma mostró una cifra de hemoglobina (Hb) de 7.7 gr/dl y un hematocrito del 23 %. Por el buen estado de la paciente y el probable componente dilucional, se decidió no trasfunder, y pasó a planta de obstetricia con sus constantes vitales estables. A las horas de estar en planta avisaron por mareo, palidez e hipotensión arterial. En un nuevo hemograma tuvo una Hb de 6.5 g/dL. Se explicó a la paciente la necesidad de transfusión, pero ésta rechazó la transfusión por motivos religiosos, declarando en ese momento su condición de Testigo de Jehová. Unas personas allegadas a Martina corroboraron su declaración y mostraron un documento de instrucciones previas firmado por Martina, en el que exponía su voluntad de no aceptar transfusiones aunque las necesitara.

Se inició tratamiento con fluidoterapia, hierro endovenosos y oxígeno. Poco después, la paciente tuvo sensación de mareo con un corto episodio de pérdida de



consciencia y tensión arterial de 70/30 mmHg. Se le hizo otra ecografía que no mostró signos de sangrado activo en ese momento y otro hemograma, con Hb de 4 g/dL, por lo que los obstetras se pusieron en contacto con el Juez de guardia y obtuvieron su consentimiento verbal para trasfudir hemoderivados a Martina si lo consideraban necesario. Tras informar a ésta de la decisión del Juez, se le recordó que había firmado la autorización de analgesia obstétrica, la cual incluía la posibilidad de transfusión de hemoderivados; ella replicó que en aquél momento no leyó lo que firmaba. Entonces los facultativos responsables, después de informar al Juez, *decidieron no trasfudir*.

Al día siguiente, sábado, Martina presentó un intenso dolor abdominal. Se le realizó una nueva ecografía que evidenció gran cantidad de líquido intraabdominal, por lo que se indicó una reintervención urgente que iba a necesitar transfusiones sanguíneas. Los obstetras y anestelistas de guardia en el hospital manifestaron su negativa a intervenir a la enferma sin transfusiones, por la altísima mortalidad operatoria que ello conllevaría.

Valores en conflicto

El conflicto de valores que nos interesa analizar es el de los obstetras y anestelistas de guardia que objetan a intervenir a la enferma sin la posibilidad de transfundirle sangre. En ellos, los valores en conflicto son los siguientes:

- De una parte, el valor vida, la vida de la madre quien, en caso de morir, además dejaría huérfanos a sus dos hijos recién nacidos
- De otra parte, el respeto del valor religioso manifestado por una persona capaz para decidir y que además ha redactado un documento de instrucciones previas en tal sentido.

Cursos de acción

Cursos extremos

1. Realizar la cirugía y trasfudir sangre si ello parece conveniente, sin tener en cuenta las creencias religiosas de la enferma
2. No transfudir y abstenerse de operar, con el resultado casi seguro de muerte.

Cursos intermedios

1. Explicar a la enferma el riesgo que corre, dada la gravedad de su situación, y asegurarse, en privado y sin testigos, de si quiere correr el riesgo de morir y dejar huérfanos a sus hijos. Verificar que realmente comprende las consecuencias del rechazo a la transfusión si llega a ser imprescindible, es decir, la posibilidad de

- secuelas graves o la muerte. Hacer estas entrevistas a solas con la paciente, pues es necesario comprobar que su decisión es personal y genuina, sin coacciones externas y si aceptaría la transfusión en condiciones de estricta intimidad.
2. Llevar a cabo, si la situación lo permite, una cirugía hemostática especialmente cuidadosa, a fin de evitar pérdidas innecesarias de sangre durante la operación.
 3. Averiguar exactamente a qué tipo de hemoderivados objeto la enferma. Recurrir al asesoramiento técnico de los distintos servicios hospitalarios así como a la consulta de guías y protocolos sobre el rechazo a la transfusión.
 4. Asegurar a la enferma que no le transfundirán sangre más que si es absolutamente necesario y que van a procurar respetar sus creencias, pero que si no les queda otro remedio, se verán en la obligación de ponerle sangre (Es el curso que eligieron los médicos de guardia).
 5. Indicar a Martina que teniendo dos hijos recién nacidos dependientes de ella y sin pareja, tienen la obligación de salvarle la vida, aunque sólo sea por las obligaciones de justicia que tiene contraídas con sus hijos.

Curso(s) óptimo(s)

- Minimizar la necesidad de hemoderivados. En este caso, para la segunda intervención la transfusión está absolutamente indicada. Solo cabe la decisión de trasfundir o no, preferiblemente después de haber reclutado a todos los consultores disponibles y asegurándose de que sigue rechazando la intervención en privado, sin familiares o amigos que la vigilen, y tras haberla hecho ver la situación de orfandad en que pueden quedar sus hijos recién nacidos.
- Si no acepta la transfusión en ningún caso, los médicos deben informar a la paciente que ella sólo puede disponer de su vida caso de que esa disposición no cause grave daño a terceras personas, y que en este caso tiene dos hijos recién nacidos que atender. Dejarla morir sería provocarles a los hijos un mal injusto. Por tanto, van a procurar respetar sus creencias hasta el límite posible, pero en caso de necesidad la trasfundirán sangre, incluso contra su voluntad.



Recomendaciones

- La transfusión es una terapia salvadora de la vida, pero se utiliza más de lo necesario y no es inocua. Conviene aquilatar con la mayor precisión la necesidad de trasfundir y las opciones que permiten no hacerlo. Para ello se necesita un refinado conocimiento técnico de la terapia transfusional que pueden aportar a



los profesionales los servicios de hematología, banco de sangre, anestesiología, medicina intensiva, etc. En algunos centros se dispone de orientaciones sobre alternativas a la transfusión y pautas de actuación ante un rechazo a la misma. Utilizar estas opciones siguiendo las guías terapéuticas y con una estrecha valoración continua de los pacientes podría, en muchos casos, evitar la transfusión y preservar la vida de quienes no la admiten.

- Los Testigos de Jehová (TJ) no aceptan los componentes mayores de la sangre (hematíes, plasma y plaquetas). Tampoco aceptan la transfusión previo depósito; y la recuperación intraoperatoria solamente cuando el circuito con sangre no deja de estar en contacto con el paciente. Es variable su consentimiento a los componentes menores (albúmina, concentrados de factores, gammaglobulina) y todos aceptan sustitutos del plasma artificiales (cristaloides y coloides) eritropoyetina y tratamiento antianémico. Sin embargo, puesto que los TJ pueden variar en su comprensión y aceptación de los tratamientos con hemoderivados, hay que realizar con ellos un procedimiento escrupuloso de consentimiento informado. Los TJ pueden expulsar de su congregación a quienes aceptan la transfusión de los componentes mayores de la sangre, lo que podría conllevar la separación de la enferma de buena parte de su círculo familiar y social. Para contrarrestar el lógico temor que puede sentir una persona a esas pérdidas, los profesionales sanitarios deben comprometerse en serio: deben asegurar a la paciente que se respetará al máximo su deseo de no ser trasfundida, pero que si clínicamente se considera imprescindible para salvar su vida se le podría trasfundir en estricta intimidad: sólo la enferma y los clínicos en contacto directo con ella lo sabrían. Para garantizarlo habría que seguir un circuito de transfusión anonimizado, y realizarla en unidades especiales (quirófano, UMI, etc.).
- En casos tan dramáticos como el descrito, en los que está en juego la vida de una persona y con circunstancias difíciles (urgencia, durante el periodo de guardia, fin de semana) hay que movilizar todos los recursos de que se disponga: compañeros con experiencia, consultores de ética, jefe hospitalario y directivo de guardia para recibir consejos, compartir decisiones y estar preparado para reaccionar en cualquier eventualidad.
- Es muy posible que, a pesar de que se haya consensuado en el hospital el procedimiento a seguir ante un rechazo a la transfusión de hemoderivados, haya casos –como el que se describe– que precisen el respaldo del juez de guardia. Idealmente tales procedimientos o protocolos deberían estar acordados con la magistratura local, mientras carezcamos de legislación específica.

- Como tantas veces en la vida y en la práctica asistencial, los protagonistas del caso quisieran no haber estado allí, en el escenario de la tragedia. Por desgracia es inexcusable decidir, aunque todas las posibles soluciones sean malas. Sin embargo, algunas consideraciones pueden hacer que no sean pésimas. La primera es seguir tratando a la enferma con respeto y con la mayor consideración. El respeto a la libertad de conciencia, uno de los fundamentos de los estados democráticos, implica aceptar el pluralismo ideológico que no infringe la legalidad, lo cual incluye a las religiones minoritarias aceptadas por el Estado. Consecuentemente, no se debe discriminar a ningún paciente por las dificultades que las diferencias ideológicas o religiosas imponen a la práctica sanitaria; por el contrario, el buen profesional deberá mostrar en estos casos más comprensión y compasión, si cabe, que en otros. Para Martina, la situación debe ser terrible: fuera de su país, con conocidos pero sin familia directa, y sabiendo que su decisión le puede privar de la vida junto a sus pequeños, quienes crecerán sin madre.
- Por otro lado, no se puede imponer a los profesionales la conformidad completa con la decisión de la paciente. La obligación de respetar las creencias de la paciente tiene sus límites. Uno de ellos es que la enferma tenga obligaciones de beneficencia contraídas con otras personas, que la obligan a conservar su vida. Es lo que sucede en este caso.
- La conducta a seguir con estos pacientes no debe estar mediada por el temor a los tribunales de justicia. Conviene saber que los Testigos de Jehová no buscan la confrontación con los sanitarios. Suelen ser muy cuidadosos de su salud, y aceptan de buen grado la mayor parte de los tratamientos –sin los componentes mayores de la sangre– que se les proponen. Salvo error u omisión, hasta la fecha, tampoco han emprendido en España acciones judiciales contra los sanitarios que les han trasfundido ni contra los que han aceptado tratarles sin sangre, cualquiera que haya sido el resultado. Que no sea el temor a ser encausados lo que afecte al buen hacer de los profesionales sanitarios que deban tratar a nuestros conciudadanos Testigos de Jehová.
- Finalmente, es preciso advertir que la objeción de conciencia del obstetra y el anestesista de guardia son correctas. En este caso concreto tienen la obligación de respetar a la paciente hasta el límite que se considere prudente, pero en caso de necesidad deben trasfundir la sangre que se juzgue necesaria. Martina tiene obligaciones contraídas que le obligan a hacer lo posible por conservar su vida.



PROBLEMA 20

Objeción de conciencia al uso de opiáceos



Caso 26. Un caso de analgesia peligrosa

Raquel es una mujer de 35 años, diagnosticada de cáncer de ovario con metástasis diseminadas en peritoneo, pulmones y huesos. Se encuentra ingresada en un hospital general para recibir quimioterapia. Pero sus médicos han dicho recientemente que ya no van a ponerle más ciclos, por falta de respuesta significativa. Padece ascitis, derrame pleural, insuficiencia respiratoria secundaria y dolores óseos vertebrales que han sido tratados con antiinflamatorios y metamizol, con morfina de rescate.

El médico de guardia es avisado un viernes por la tarde por un agravamiento de los dolores óseos de la enferma, que no se alivia con los analgésicos que tiene pautados. La enferma padece disnea importante. En el momento de la consulta se encuentra sola, y expresa su deseo de ser tratada con toda la morfina que sea necesaria para aliviar sus dolores vertebrales que dice no poder soportar más. Llega a decir que *“para estar así, prefiere morirse”*. El médico de guardia encuentra que el riesgo de inducir una depresión respiratoria fatal con altas dosis de morfina es demasiado grande, teniendo en cuenta la insuficiencia respiratoria de la enferma. Cree que tomar una decisión así le va a dejar con una mala conciencia, porque siempre ha pensado que los médicos están sobre todo para prolongar la vida, y no quiere cargar con la responsabilidad de una muerte posible.

Valores en conflicto

El conflicto que hemos de analizar es el del médico, que tiene miedo en lesionar un valor, la vida humana, al proteger otro, el bienestar de la paciente.

- Un valor es la vida, que puede acortarse caso de que la dosis de morfina deprima el centro respiratorio.
- El otro valor es el bienestar de la paciente, muy afectada por sus continuos e irresistibles dolores.

Cursos de acción

Cursos extremos

1. Limitarse a utilizar analgésicos no depresores del centro respiratorio, aunque resulten insuficientes a juicio de la enferma. Es el curso de acción que pre-

fiere el profesional, y que éste justifica con la objeción de conciencia al uso de opioides en dosis que puedan acortar su vida.

2. Prescribir inmediatamente una dosis de morfina suficientemente analgésica.

Cursos intermedios

1. Revisar cuidadosamente el tratamiento analgésico preestablecido e intentar mejorarlo, sin recurrir a la morfina. Averiguar, además, si la paciente se encuentra en un estado psicológico y/o social transitorio, que pudiera estar agravando el dolor, en cuyo caso podrían añadirse tranquilizantes o hipnóticos.
2. Explicar a la enferma que su conciencia de médico no le permite asumir semejantes riesgos, e intentar transferir el problema a otro médico del hospital que esté dispuesto a acceder a sus deseos.
3. Convocar una reunión con los familiares de la enferma y tomar una decisión consensuada.
4. Ponerse en contacto con el médico responsable para explorar la posibilidad de intensificar o cambiar el tratamiento analgésico.
5. Mejorar su insuficiencia respiratoria con medios físicos (punciones ascíticas y pleurales), y administrar la morfina después.
6. Inyectar una dosis mínima de morfina, vigilar cuidadosamente los efectos respiratorios y repetir las dosis si no se han observado efectos indeseables.
7. Administrar la morfina, y revertir la insuficiencia respiratoria en caso de producirse (con antagonistas opiáceos, respiración asistida, etc.)
8. Informar de los riesgos a la enferma y proceder a administrar directamente una dosis suficiente de morfina.

Curso(s) óptimo(s)

- Comprobada la seriedad de la queja de la enferma y la ineffectividad de los analgésicos previamente pautados, es preciso recurrir a la administración de mór-ficos, con el consentimiento informado de la enferma.
- El médico de guardia sólo estaría autorizado a transferir la enferma a una unidad o a un especialista del dolor si éstos existieran en su hospital. Pero no está autorizado a transferir la atención de la enferma a otros médicos que estén igual o menos cualificados que él mismo. Aunque, naturalmente, puede pedir una segunda opinión a otros médicos, o solicitar a un compañero que comparta la decisión a tomar.
- En cualquier caso, hay que informar a la enferma de los riesgos, con el debido tacto y sin exageraciones ni estridencias. También es conveniente contar, a



ser posible, con el asentimiento de sus familiares. Aunque sería deseable, no es absolutamente preciso contactar con su médico habitual.

- También habrá que valorar la conveniencia de aliviar previamente la insuficiencia respiratoria por medios mecánicos (punción y extracción de líquidos).
- Una vez hecho todo lo anterior puede procederse a administrar dosis progresivas de mórficos, manteniendo la vigilancia de su situación respiratoria, y asistiéndola, en caso necesario, por medios mecánicos, (mascarillas, etc.), o incluso antagonizando la morfina con naloxona.
- Si los cursos intermedios fallan, la buena práctica exige, sobre todo cuando se tiene el consentimiento de la enferma, calmar el dolor completamente, incluso con la pérdida de la conciencia de la paciente o el acortamiento de su vida.
- Es importante no olvidar que, como se dice en cuidados paliativos, es preciso tratar el dolor de modo total y completo, y, además, yendo por delante de él.

Recomendaciones



- La práctica de la medicina paliativa ha permitido comprobar que es muy pequeño el riesgo de depresión respiratoria fatal tras la administración de morfina en pacientes con dolor intenso. Y en cualquier caso, no es mayor que el riesgo asociado a otros tratamientos que forman parte de las tareas normales de los médicos.
- Constituye un criterio tradicional, ampliamente aceptado, la llamada doctrina moral del doble efecto, según la cual pueden emprenderse acciones que, teniendo dos efectos distintos:
 - No sean malas en sí mismas
 - Su efecto bueno no se produzca como resultado del efecto malo.
 - La intención del agente sea conseguir el efecto bueno.
 - Existan motivos proporcionados para asumir los riesgos.
- Renunciar a la analgesia opiácea en estos casos puede ser una opción particular de un enfermo sobre sí mismo. Pero un médico no puede imponer esa renuncia a un paciente. Y ningún paciente tiene que soportar obstáculos innecesarios o retrasos indebidos que podrían resultar de la objeción de conciencia de un médico.
- Un médico debidamente cualificado, que haya sido requerido formalmente para aliviar un dolor grave con mórficos, agotadas todas las otras vías, no podrá alegar objeción de conciencia para abstenerse de realizarlo. Negarse a ello sería tanto como negarse a realizar una buena práctica médica. Y en cualquier

caso, demostraría inmadurez e incapacidad de asumir las obligaciones de la profesión.



PROBLEMA 21

Objeción de conciencia a la sedación terminal

Caso 27. Cuando los síntomas no pueden controlarse de otra manera

José es un paciente de 81 años que fue llevado a Urgencias por disnea progresiva de 8 días de evolución hasta hacerse de mínimos esfuerzos, con ortopnea y edemas. Previamente, cuando caminaba unos pasos, sentía disnea y se mareaba. De entre sus antecedentes médicos destacan hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y haber sido diagnosticado hace 4 años de plasmocitoma IgA lambda; hace 5 días se le sometió a tratamiento de segunda línea con un nuevo quimioterápico. Hace 4 meses consultó por cansancio a su cardiólogo, quien le dijo que necesitaba la implantación de un marcapasos definitivo.

A Urgencias llega bradicárdico, a 30 latidos por minuto por bloqueo aurículo-ventricular completo; además, se objetivaron edema pulmonar y disfunción renal con creatinina de 7,3 y urea de 174 mg/dL. Ingresa en Cardiología y, dado que los cardiólogos albergaban dudas pronósticas, se realiza una sesión conjunta entre los servicios implicados en el tratamiento del enfermo, Cardiología, Hematología y Nefrología. Los hematólogos y nefrólogos opinaron que si mejoraba la función cardíaca pudiera ser que ellos continuaran el tratamiento de sus áreas respectivas. Por ello se decidió colocarle un marcapaso definitivo. En los 2 días siguientes el paciente empeoró y, a pesar de tener una frecuencia cardíaca mayor de 65 latidos por minuto, evolucionó a anuria, con aumento del edema pulmonar y sin responder a un tratamiento enérgico con aminos y diuréticos por vía endovenosa. El paciente estaba taquipneico, obnubilado y quejoso. Se hizo nueva consulta a los nefrólogos, quienes desestimaron la terapia dialítica teniendo en cuenta el pronóstico global, lo que aceptó la familia del paciente. Ésta ha solicitado a su cardióloga, la Dra. Torre, que alivie el sufrimiento de su familiar con los sedantes que sean necesarios. La cardióloga aduce que ella no está acostumbrada a tratar así a los pacientes y cree que, considerando la situación clínica de José, si se le ponen analgésicos y sedantes morirá como consecuencia de estos medicamentos, lo cual para ella es inaceptable.



Valores en conflicto

Nos fijamos en los valores en conflicto en la cardióloga que objeta a tratar adecuadamente los síntomas.

- De una parte está el valor vida, ya que ésta puede resultar acortada como consecuencia de un control enérgico de los síntomas del paciente.
- De otra parte, está la búsqueda del bienestar de un paciente en estado preagónico.

Cursos de acción

Cursos extremos

1. Dejar que la enfermedad siga su curso, sin precipitar el final. Es el curso seguido por la cardióloga y que le lleva a objetar al uso de la sedación terminal.
2. Utilizar todos los procedimientos necesarios para el control de los síntomas del paciente, incluso mediante la sedación profunda.

Cursos intermedios

1. La cardióloga, si reconoce que le falta entrenamiento o pericia en manejar la fase final de sus pacientes, podría solicitar la colaboración de alguno de sus compañeros más veteranos o, mejor, explicar el caso en una sesión de su servicio para –en primer lugar– dilucidar si es correcto lo que la familia de José solicita y, en caso afirmativo, llevar a cabo el control de síntomas.
2. No es infrecuente que a algunos médicos les cueste identificar la fase final de una enfermedad, o tengan escasos conocimientos del tratamiento paliativo, lo que suele acompañarse de reservas morales fruto de ese desconocimiento. La consulta a un especialista en cuidados paliativos puede ayudar a tratar a José y sentar las bases de una colaboración más estrecha para futuros casos entre los servicios implicados.
3. Si se dispone de unidad de cuidados paliativos, trasladar el enfermo a esa unidad, donde controlarán sus síntomas adecuadamente.
4. Una consulta al CAE podría clarificar los aspectos morales del caso.
5. Suponiendo que no se disponga de ninguna de las opciones anteriores, la Dra. Torre debiera consultar con cualquier compañero en cuyo criterio confíe o más veterano, jefe de guardia o directivo del centro, antes de que el conflicto con la familia aumente. Con mucha frecuencia el punto de vista de otro colega ayuda a reconducir el nuestro y facilitar el encuentro de una solución más satisfactoria que la ruptura del entendimiento con el paciente o su familia.

6. Es importante no perder nunca de vista que el control total de los síntomas es una obligación profesional y moral de los médicos, sobre todo cuando las personas se hallan en las fases finales de su vida.

Curso(s) óptimo(s)

- Conviene que cada profesional conozca sus carencias en cualquier faceta de su práctica y consulte con otros colegas, sobre todo si son más experimentados, para el mejor tratamiento de sus pacientes, lo que incluye la atención del final de su vida con la paliación necesaria cuando el tratamiento curativo ha dejado de ser efectivo. La consulta con otros puede inducir la reconsideración de sus puntos de vista, al comprobar la corrección de opciones que no se habían tenido en cuenta. En cualquier caso, aliviar los síntomas del paciente es una obligación del mismo nivel que proporcionar tratamiento curativo, y prevalece sobre éste cuando la muerte del paciente es inevitable en el corto plazo de horas a semanas.
- Nadie puede ampararse en la objeción de conciencia a costa del sufrimiento de otras personas. Actuar de ese modo supone una conciencia falsa que no merece ser respetada. No es aceptable que se actúe así por falta de conocimientos adecuados como los de la cardióloga en este caso. De ser esto así, estaríamos, una vez más, ante un caso de cripto-objeción, no de objeción verdadera.



Recomendaciones

- Es prudente que los médicos se abstengan de expresar sus propios juicios morales en forma que conduzca a una dura confrontación con el paciente o sus familiares.
- Como se ha comentado, no todos los médicos reúnen las competencias en tratamiento paliativo que sus enfermos pueden precisar, sobre todo en su fase terminal o de agonía. Reconocer que el fin del paciente está muy próximo es esencial para orientar el tratamiento al bienestar del enfermo y no demorar el alivio del sufrimiento. En algunos procesos de enfermedad, como por ejemplo las insuficiencias cardíaca o respiratoria crónicas, es más difícil identificar la fase terminal que en las enfermedades oncológicas. Tal incertidumbre permite comprender la cultura que impregna ciertas especialidades, en las que es más frecuente que en otras “hacer todo lo posible por el enfermo”. Como en otros aspectos de la práctica clínica, también hay diferencias en habilidad y experiencia entre médicos del mismo servicio. Hasta hace bien poco “hacerlo



todo” se entendía como utilizar medios curativos o de soporte hasta el final. Con frecuencia ocurría –y todavía se observa– que muchos pacientes morían en el hospital con “todo puesto”: nutrición artificial, vasopresores, antibióticos, hemoderivados, etc. excepto un buen control de sus síntomas. Por fortuna se va produciendo un acuerdo creciente: cada especialidad –médica o quirúrgica– debiera ser capaz de proporcionar los cuidados paliativos adecuados a sus pacientes. De esta manera se aseguraría el seguimiento de los enfermos por los mismos profesionales, incluyendo la fase final de su vida, sin fragmentar su atención por distintos sanitarios más de lo que ya está. Los pacientes y sus familias merecen –y aprecian enormemente– la continuidad en los cuidados. Ello no impide que ante cuadros de difícil manejo, se consulte a especialistas en cuidados paliativos o de las unidades del dolor.

- Hay que evitar por todos los medios que los profesionales se refugien en la objeción de conciencia como medio de tapar sus propias insuficiencias técnicas. La cripto-objeción de conciencia es un recurso impresentable e indefendible, tanto técnica como moralmente.

PROBLEMA 22

Objeción al uso de tratamientos fútiles



Caso 28. Futilidad en maniobras de reanimación

María es una muchacha de 20 años de edad, que sufrió encefalopatía anóxica perinatal y que como consecuencia de ello padece tetraparesia espástica, ausencia de lenguaje y epilepsia secundaria. Su capacidad intelectual es mínima. Además, tiene una importante cifoescoliosis que le produce lateralización hacia la derecha y ha sufrido numerosos episodios de infecciones respiratorias a lo largo de su vida, que van haciéndose más frecuentes en los últimos años. Es dependiente de sus padres para todas las actividades de la vida diaria. Ellos la mueven de la cama al sillón. Por una nueva infección respiratoria, fue llevada a Urgencias, donde se observó grave disfunción respiratoria global. Sus padres deseaban que se hiciera todo lo necesario para salvar su vida, por lo cual, recién ingresada en la UMI, se la intubó y conectó a ventilación mecánica. En los días siguientes evolucionó con una grave neumonía, y desarrolló disfunción renal, por lo que –de nuevo a petición familiar y con reticencias de los médicos– se realizaron técnicas de diálisis en continuo.

A pesar de ello, la paciente empeoró paulatinamente hasta caer en choque séptico, que fue compensado con vasopresores. Se informó a los padres que era previsible que su hija falleciera en cualquier momento por paro cardíaco. Los padres siguieron insistiendo en que se hiciera todo lo necesario, incluyendo reanimación cardiopulmonar (RCP). Sus médicos consideraban que esta última sería inútil y por lo tanto no querían realizarla.

Valores en conflicto

El conflicto que analizamos es el de los médicos que objetan a reanimar a una enferma en fase muy terminal. Ellos tienen el deber de respetar la decisión de los padres de María, pero también el de no hacerla sufrir inútilmente y no dilapidar recursos sanitarios. Los valores en conflicto son, pues, los siguientes:

- De una parte, el respeto de la voluntad expresada por los padres de María de que María siga viviendo por cualquier medio posible.
- De otra, el no ser maleficente con la joven, aplicándole tratamientos fútiles.

Cursos de acción

Cursos extremos

1. Optar por el primero de los valores citados con total detrimento del segundo; por tanto, realizar maniobras de reanimación cardiopulmonar estándar cuando se produzca el paro cardíaco. Es el curso elegido por los padres.
2. No realizarlas a pesar de la petición de los padres, aduciendo que serán inefectivas. Es la opción en que coinciden los médicos y que les lleva a objetar a las maniobras de reanimación.

Cursos intermedios

1. En muchas ocasiones se solicitan tratamientos pero se desconoce en qué consisten. En concreto hay evidencias de que el público sobreestima el éxito de la RCP y no conoce que –además de su baja probabilidad de restablecer la circulación sanguínea, alrededor del 15%– para conseguir una supervivencia de corta duración, genera a veces daños graves o resultados nefastos, como la encefalopatía anóxica grave que conducirá a un estado vegetativo permanente. La probabilidad de que María sobreviviera a un paro cardíaco en el seno de un choque séptico es bajísima. Por ello, hay que explicar estos detalles, con la mayor delicadeza pero con veracidad. A veces una mayor información y comprensión del procedimiento y sus resultados hace declinar la petición de RCP.



2. Se trata de unos padres entregados al cuidado de su hija, en quien han depositado todo su afecto. Es preciso comprender esto y solicitar –si se dispone en la institución– apoyo psicológico para los padres, con el fin de disminuir su estrés emocional y facilitar un mayor ajustamiento a la realidad.
3. En este mismo sentido, se podría sugerir a los padres que consulten con un representante de su religión.
4. Si la premura del caso lo permite, podría ser muy útil organizar una sesión conjunta de médicos y enfermeras responsables de María con los padres de ésta y quienes ellos deseen que estén presentes (psicólogo, representante religioso) para aclarar dudas, preferencias, y –si es posible– llegar a acuerdos.
5. Si lo anterior no los logra, y según el tiempo disponible, convendría seguir algún procedimiento que la institución haya arbitrado para resolver estos desacuerdos.
6. Un curso que a veces se ha seguido, consiste en simular que se realiza la RCP, o realizarla con menor intensidad de la que puede tener éxito, para satisfacer a los familiares.

Curso(s) óptimo(s)

- En la práctica clínica, debido a la inexactitud de pronóstico inherente a la misma, hay pocas situaciones en las que se pueda decir con absoluta certeza cuál será el resultado de un tratamiento o maniobra de soporte vital. A pesar de ello, es necesario hacer pronósticos y adecuar a estos los medios terapéuticos. Basándose en la predicción de resultados, se admite que los profesionales sanitarios no pueden dispensar tratamientos contraindicados –los que causan más perjuicio que beneficio–, que son opcionales los que tienen equilibrados riesgos y beneficios, e indicados los que benefician más que perjudican. En realidad, estos dos últimos son opcionales, dependiendo de las preferencias del paciente. Éste puede rechazar cualquier tratamiento, siempre que sea en el seno de un correcto proceso de información, aunque como consecuencia de ello su vida corra graves riesgos e incluso pueda sobrevenir la muerte; en cambio, no puede exigir tratamientos contraindicados. Por la misma razón, si el paciente no está capacitado para decidir, tampoco pueden exigirlos sus representantes.
- Además de lo expuesto, el conjunto de maniobras que constituyen la RCP avanzada exige un considerable esfuerzo al equipo que la realiza, consume recursos materiales y –como cualquier otro procedimiento– debe realizarse únicamente cuando está indicada, según la *lex artis*, y ser aceptada por el paciente o sus representantes, si éste es incapaz.

- No conviene que los profesionales sanitarios se vean obligados a realizar tratamientos que ellos consideran muy poco efectivos. De otro modo, podrían ser forzados a realizar actos de encarnizamiento terapéutico, o usar inadecuadamente los recursos que la sociedad y la institución ponen en sus manos, situaciones que pueden erosionar gravemente sus principios deontológicos, su autoestima y confianza profesionales.
- Habida cuenta del estado de María, la RCP tiene una muy baja probabilidad de revertir el paro cardíaco y más baja todavía es la de que la paciente abandone el hospital con vida. Que María se beneficiara de la RCP es también muy dudoso, pues antes de la enfermedad actual no parece que tuviera consciencia de la vida que vive; en cambio sus padres quieren que siga a su lado todo el tiempo que sea posible.
- En principio, carece de sentido realizar maniobras de reanimación en enfermos terminales con procesos de etiología conocida y pronóstico infausto. En todos los centros sanitarios debería haber guías que establecieran tajantemente los casos en los que no se deben utilizar ese tipo de maniobras, dada su poca utilidad y el gasto de recursos que conllevan.



Recomendaciones

- El debate sobre la futilidad –concepto que hace referencia a que un tratamiento cuya efectividad es *casi* nula no obliga a los profesionales sanitarios a dispensarlo aunque lo soliciten el paciente o sus representantes– originó hace años una abundante literatura en las revistas médicas, pero no se derivó de él un consenso aceptado por todos. En cambio, se acepta ampliamente el procedimiento basado en un correcto proceso institucional que escalona los pasos a seguir ante conflictos que surgen de peticiones de tratamiento de muy improbable efectividad. En síntesis, dicho proceso incluye:
 1. Reuniones decisorias entre paciente, representantes y sanitarios, que consideren los datos pronósticos del caso y los valores de las personas implicadas. Si se llega a un acuerdo, llevarlo a cabo. Si no se llega:
 2. Involucrar a otros consultores. Si se llega a un acuerdo, llevarlo a cabo. Si no se llega:
 3. Consultar con el Comité de Ética de la institución. Si se llega a un acuerdo, llevarlo a cabo. Si no se llega:
 4. Intentar transferir el caso a otro equipo dentro de la institución. Si es imposible:



5. Transferirlo a otra institución que esté dispuesta a llevar a cabo el tratamiento. Si es imposible: detener el procedimiento fútil.
- Antes de detenerlo, se comunicará esta intención al paciente o su representante, para darles tiempo a solicitar otras opiniones o incluso una decisión judicial. En estos casos, los tratamientos se mantendrán hasta que haya una resolución de los tribunales.
 - Como en otras ocasiones, no se pretende dar la razón a unos u otros, ni que haya vencedores ni vencidos, sino minimizar los daños que familiares y profesionales puedan sufrir como consecuencia de un conflicto, asegurando un proceso aceptado por todos y llegando a una decisión. En este caso, si dicho proceso se pusiera en marcha, dada la gravedad del estado de María, sería muy probable que se produjera su fallecimiento –tras un intento de RCP– antes de que se pudieran seguir en su totalidad los pasos que se recomiendan más arriba.
 - Por último, señalar que realizar la RCP (o cualquier otro procedimiento) de una manera que se sabe es inefectiva, con el fin de engañar, no es una conducta conforme a la ética, y por tanto nunca se debería seguir.
 - Más que de la justificación o aceptabilidad ética de la objeción de conciencia, este caso presenta una situación en la que los profesionales consideran inaceptable la petición de los familiares de la paciente por la práctica inutilidad o futi- lidad que conlleva para ella.
 - En las instituciones públicas, deberían existir criterios claros y uniformes para el manejo de estos casos. Se trata de protocolos en los que se dejen bien establecidas las situaciones en las cuales no se deben iniciar maniobras de RCP. Los recursos que se invierten en estas instituciones son públicos, y por tanto existe una obligación de eficiencia y efectividad que lleva a rechazar peticiones como la de los familiares de María.

Caso 29. Suspensión de terapia fútil

Marcos es un joven de 34 años que ha sufrido un accidente con la moto que conducía. Ha chocado contra un quitamiedos de la carretera, saliendo despedido muchos metros del lugar del impacto. Llevaba casco. Cuando le atendió el servicio de emergencias estaba inconsciente, con respiración espontánea difi- cultosa. Le trataron adecuadamente en el escenario del accidente y lo llevaron a urgencias, donde se completó la valoración (incluyendo estudio con TAC de cabeza a pelvis) y reanimación. Se apreció traumatismo craneo-encefálico grave, con focos de contusión frontotemporales, lesión axonal difusa, traumatismo torá- cico con fracturas costales derechas, desgarro hepático con líquido libre intra-

peritoneal, además de fractura de húmero derecho y de ramas pubianas derechas. Se le intervino de urgencia. En quirófano fue necesario reseca las zonas hepáticas estalladas y suturar un desgarramiento del colon. Se inmovilizó el húmero. Tras la intervención fue ingresado en la UMI. Las primeras horas del postoperatorio cursaron con varios periodos de hipotensión e hipoxia muy graves. Se le realizó neuromonitorización que sirvió para guiar el tratamiento de la hipertensión intracraneal. En los días siguientes desarrolló coagulopatía y disfunción de otros sistemas: hemodinámico, respiratorio y renal. Después de 25 días, seguía con disfunción de múltiples órganos, mantenida por una peritonitis fecaloidea consecutiva a perforación de colon, por la que se volvió a intervenir quirúrgicamente. Sufrió un grave daño cerebral y los indicadores pronósticos señalaban una probabilidad de muerte muy alta. En los días siguientes se agravó la situación del enfermo, con hemorragias digestivas directas y por los drenajes, acompañadas de otra sepsis grave. La esposa y demás familia del enfermo estaban informados de toda la evolución y el pronóstico. Han expresado repetidas veces que Marcos solía comentar que, si llegara a enfermar, no querría ser una persona que dependiera de otros, lo que se les ha explicado que ocurrirá en el improbable caso de sobrevivir. Creen que se está llegando demasiado lejos y no quieren que su familiar sufra más.

En las sesiones del servicio de los últimos días, se considera que la situación es desesperada y que deberían limitarse los tratamientos de soporte vital (TSV). El Dr. Fernández es el intensivista que suele estar encargado de su caso. Aunque también comparte el mal pronóstico del enfermo, no está de acuerdo en limitar los tratamientos y cree, de acuerdo con su conciencia, que deben continuarse hasta el final.

Valores en conflicto

El Dr. Fernández crea un conflicto en todos los miembros del equipo. De todos modos, el que aquí nos interesa analizar es el conflicto de valores que le lleva a él a oponerse al consenso de sus compañeros de limitar medidas. Los valores presentes en ese conflicto son:

- De una parte, la posibilidad de salvar una vida aunque la probabilidad sea insignificante, y en cualquier caso la seguridad de acortarla algo si se discontinúan las medidas terapéuticas
- De otra parte, no encarnizarse con el paciente y no dilapidar recursos en un enfermo que muy probablemente va a fallecer y que además ha dicho que no quiere depender de los demás.



Cursos de acción

Cursos extremos

1. El primero es aquel por el que ha optado el Dr. Fernández: Seguir el tratamiento hasta el final, sea éste el fallecimiento o la improbable recuperación con secuelas graves.
2. El otro es el que proponen todos los demás médicos del servicio: Suspender los TSV y solamente utilizar tratamiento paliativo.

Cursos intermedios

Todos ellos pasan por intensificar el diálogo entre las partes en conflicto.

1. Discutir el caso en sesión clínica y dar las razones por las que un tratamiento que tenga una mínima probabilidad (<al 2%) puede ser considerada fútil. No es verdad que del principio “mientras hay vida, hay esperanza” puedan derivarse directamente obligaciones morales. Y ello por varias razones. Una, porque los perjuicios del procedimiento pueden ser muy superiores a su beneficio. Y segundo, porque los recursos también son un elemento a considerar. Discutiendo estos puntos, muchas veces las presuntas objeciones a discontinuar medidas, debidas con frecuencia a falsas ideas o a falta de información fiable, desaparecen.
2. Acordar en una sesión del servicio un plazo de tiempo para ver si hay respuesta al tratamiento y posponer la decisión hasta entonces.
3. Realizar una reunión con la familia y distintos miembros del servicio, incluyendo al personal de enfermería relacionado con el caso, para aclarar puntos de vista y decidir el plan a seguir que deberá ser aceptado por todos. A la misma podrían asistir, si se considera conveniente, otros especialistas o miembros del Comité de Ética.
4. Si el Dr. Fernández no admitiera otra opción que la suya, puede pedir que se le releve del tratamiento de Marcos.
5. Si no acepta otra opción y no solicita el relevo, se le podría pedir que deje el caso o relevarlo del mismo y que sean otros miembros del servicio quienes se ocupen de lo acordado.

Curso(s) óptimo(s)

- Son los cursos intermedios, en el orden en que se hallan descritos.

Recomendaciones



- Sin censurar al Dr. Fernández, habría que aclararle que la retirada de los TSV no es en este caso la causa la muerte, sino la propia enfermedad gravísima que

está padeciendo Marcos. Es preciso tener en cuenta que –según diversos estudios– cuesta más a los profesionales retirar el tratamiento una vez instaurado que no comenzarlo.

- Puede ser que el Dr. Fernández siga objetando al acuerdo al que se haya llegado en la reunión con la familia. Si es así, debería apartarse del caso por propia iniciativa, por coherencia con su condición de objetor y para no obstaculizar la asistencia. Si no lo hiciera, se debe solicitar que deje el caso de Marcos, agradeciéndole la dedicación al enfermo y manifestándole claramente que los demás comprenden y aceptan su derecho a mantener sus creencias. No obstante, una persona de un equipo sanitario no debería hacer prevalecer su juicio clínico contra el de otros, cuando estos pueden demostrar, con poco margen de error, que el plan terapéutico de un paciente está prácticamente abocado al fracaso, que es inútil mantenerlo. Esto tiene más fuerza cuando la relación terapéutica del profesional con el paciente implica que todo un equipo debe seguir esforzándose en un objetivo con escasísimas expectativas de éxito. Por si fuera poco, la familia está de acuerdo con detener el TSV, dado el funesto pronóstico del paciente.
- Es muy posible que este caso no sea el único en el que haya habido desacuerdos en este equipo sobre decisiones de limitación de tratamiento en sus pacientes. Algunos profesionales siguen considerando la limitación de tratamientos de soporte vital (también conocida como LET o limitación del esfuerzo terapéutico) de dudosa moralidad, entre otras razones porque se la denomina también eutanasia pasiva, término que se aconseja desechar. Durante los primeros años de la medicina crítica, se trataba a los pacientes hasta el final, con todos los medios al alcance de los profesionales. Estas prácticas, conocidas como obstinación terapéutica, han ido resultando repulsivas para ciudadanos y profesionales, lo que ha propiciado innumerables críticas a este enfoque y, con la progresiva difusión del consentimiento informado, un cambio del poder decisorio del tratamiento al final de la vida, desde los profesionales al paciente y sus familiares. El cambio hacia el actual paradigma, que trata de adecuar el tratamiento al pronóstico y evitar la obstinación terapéutica, todavía genera resistencias, sobre todo cuando va en contra de muchos años de práctica. La LET se indica para evitar seguir con tratamientos fútiles, definidos como los que no conseguirán los objetivos del paciente (expresados por él o, si él no puede decidir, por sus representantes), lo cual constituye un proceder ético y legalmente correcto. Dicho de otro modo más radical, cuando se mantiene un TSV que se considera fútil, simplemente se está prolongando el sufrimiento del paciente



y su familia, lo que puede considerarse maleficente. Además, es ineficiente, pues consume recursos que no serán útiles para nadie.

- Otras opciones útiles para resolver los desacuerdos sobre la LET consisten en revisar la literatura relacionada, y también consultar a expertos en el tema, de la propia institución sanitaria o de otras. Una estrategia a seguir que ha demostrado disolver muchas resistencias y lograr acuerdos efectivos, consiste en realizar reuniones de los sanitarios directamente implicados en el tratamiento del enfermo (médicos y enfermeras) con los representantes del paciente y otro personal de la institución (psicólogo, trabajador social, capellán, etc.) que pueda contribuir a mediar en los conflictos que se hayan desarrollado, aclarando los valores, objetivos y necesidades del paciente y sus familiares. Se ha demostrado que la comunicación con los familiares del enfermo crítico es crucial para que sea satisfactorio su tratamiento al final de su vida.
- A largo plazo se aconseja desarrollar un procedimiento para resolver estos conflictos, preferiblemente siguiendo un protocolo para omitir o retirar tratamientos de soporte vital. El protocolo debería especificar también la metodología de las reuniones y de comunicación con la familia, y los cuidados paliativos que deben utilizarse según emerjan necesidades en el paciente.

PROBLEMA 23

Objeción de conciencia a no poner o retirar un tratamiento de soporte vital



Caso 30. Sonda nasogástrica en enfermo de Alzheimer

Marcelino es un paciente de 76 años aquejado de enfermedad de Alzheimer en fase final, con dependencia para todas las actividades de la vida diaria. En las últimas semanas le cuesta comer, se atraganta con facilidad, aunque consigue tragar alimentos en forma pastosa si se le introducen muy despacio. Le cuidan con cariño y dedicación su esposa y dos hijos. Todas las semanas le visita su médico de cabecera, la Dra. Casas, quien al conocer las dificultades de deglución de Marcelino dice a la familia que ha llegado el momento de colocar una sonda nasogástrica para alimentación del paciente. Amelia, la esposa de Marcelino pertenece a una asociación de familiares de enfermos de Alzheimer y allí aprendió que cuando la enfermedad afecta a los pacientes de manera que ya no pueden tragar bien, ponerles una sonda de alimentación no contribuye a nada bueno para los enfermos. Este

aspecto lo habían comentado Amelia y sus hijos, llegando al acuerdo de no pedir la sonda cuando llegara el caso.

Amelia le explica a la Dra. Casas que no quieren ponerle dicha sonda a su marido pues no le va a hacer ningún bien. La Dra. Casas, visiblemente enojada, responde que ella no puede dejar que muera un paciente de hambre y sed, y que su deber es preservar la vida de los pacientes. Reprocha a la familia su actitud y dice que al día siguiente vendrá la enfermera del Centro de Salud a colocar la sonda al paciente.

Valores en conflicto

Aquí los valores en conflicto están claramente representados por las dos personas que pretenden decidir en el caso, la esposa de Marcelino, Amelia, y su médico, la Dra. Casas.

- Permitir un curso terminal natural, sin producir molestias injustificadas
- Por su parte, la Dra. Casas ha salido en defensa de otro valor: prolongar la vida por medios que parecen obligatorios porque afectan a la alimentación..

Cursos de acción

Cursos extremos

1. El de Amelia y sus hijos, decididos a evitar que se ponga la sonda al paciente
2. El de la Dra. Casas, dispuesta por todos los medios a alimentar por sonda a Marcelino todo el tiempo que sea necesario.

Cursos intermedios

1. Una conducta prudente de la médico hubiera sido decir que lo consultará con otros colegas del Centro de Salud.
2. Pero a veces dicha consulta podría no ser suficiente. Los médicos de familia hacen un papel encomiable. La extensión de los conocimientos que deben manejar es enorme y, como en muchas facetas de la medicina, es imposible estar al día. Sería muy conveniente que pudieran consultar por teléfono con inmediatez a cualquier especialista que precisaran, incluso cuando atienden a domicilio; en este caso, a su equipo de neurología de referencia, quienes – casi con toda seguridad – podrían recomendar una pauta de conducta actualizada.
3. Consultar con un Comité o especialista en ética que pudiera aclarar a la Dra. Casas que no hay obligación moral de imponer a la familia decisiones como ésta. Es muy probable que si se hablara con la Dra. Casas y se le explicaran estos argumentos, ella se aviniera a razones y desapareciera la objección.



Curso(s) óptimo(s)

- Numerosos autores consideran que en la demencia avanzada, la alimentación por sonda no consigue mejorar la morbimortalidad ni la calidad de vida del enfermo, por lo que aconsejan que el tratamiento adecuado de las alteraciones de la deglución en estos pacientes es un programa bien diseñado de alimentación manual y que los esfuerzos en su cuidado deben ir dirigidos a mantenerlos con seguridad y comodidad en un medio lo menos restrictivo posible.
- De aquí que la opción que la familia propone sea la mejor. Una dietista sería muy útil para diseñar la combinación de alimentos, textura, número de tomas, etc. que mejor se adapten a las características de Marcelino. Comer podría seguir siendo una actividad placentera, una ocasión para la relación familiar, hasta que la propia evolución de la enfermedad vayan haciendo la ingesta oral cada vez más difícil. Para entonces, no importa lo que se haga, el fin del paciente estará muy cerca, y la paliación de su malestar pasará a ser lo prioritario.
- En consecuencia, no cabe calificar la actitud de la Dra. Casares como objeción de conciencia, sino como una pseudo-objeción

Recomendaciones



- Es aconsejable, en primer lugar, una llamada a la prudencia. En ocasiones un paciente, o sus familiares, pueden conocer con mayor profundidad que los propios profesionales que le atienden, aspectos de la enfermedad que aquél sufre. Cuando los familiares dicen a un médico que les han dicho, han leído, o visto en Internet etc. tal o cual cosa sobre su enfermedad, habitualmente el médico se pone a la defensiva o tilda de ignorancia o mala interpretación lo que aducen contra su criterio. No siempre es así. A veces tienen razón. En cualquier caso, no es adecuado juzgar las intenciones de la familia y dar una respuesta desabrida.
- Cuando las acciones tienen un balance de beneficios y perjuicios discutible, y más si los perjuicios recaen sobre la familia, es lógico que sea ésta la que decida hasta qué punto puede o quiere asumirlos. Pensar que los beneficios y los perjuicios son completamente objetivos y ajenos a los cuidadores y allegados, es un grave error, que lleva a que los profesionales impongan enormes cargas morales a los pacientes, unas veces, y a los familiares, otras. Este modo de proceder es incorrecto y se debe a un defecto de formación de los profesionales.
- Los conocimientos médicos avanzan y hay que modificar la práctica profesional en virtud de las novedades. Siempre cuesta, y aún más cuando lo nuevo va en contra de una práctica muy arraigada. Todavía es frecuente que muchos

médicos consideren que cuando los pacientes con Alzheimer avanzado no pueden tragar bien, la solución sea colocar una sonda nasogástrica o incluso alimentarlos por gastrostomía. Otras veces son los familiares del enfermo quienes solicitan esta medida. Pues bien, evidencias ya no muy recientes, van en contra de dicha solución. En una revisión ya clásica, Finucane concluía lo siguiente:

- En pacientes gravemente demenciados, la práctica de utilizar alimentación por sonda debe ser desaconsejada con base en los datos disponibles, puesto que la sonda digestiva en estos enfermos:
 - . No impide la neumonía por aspiración
 - . No impide las consecuencias de la desnutrición
 - . No mejora la supervivencia
 - . No impide ni mejora las úlceras por presión
 - . No reduce el riesgo de otras infecciones
 - . No mejora el estado funcional
 - . No mejora el bienestar del paciente
- Además, la sonda es muy molesta para los pacientes, quienes con frecuencia se la arrancan, hay que recolocarla y, a veces, para evitar que se la quiten repetidamente, se les ata, con lo cual se produce a los enfermos un malestar indigno –y como se acaba de exponer– sin ningún beneficio significativo.

Caso 31. La dificultad de retirar un tratamiento de soporte vital

Manuel es un varón de 57 años que padece desde hace 4 una esclerosis lateral amiotrófica (ELA). A consecuencia de la misma ha ido perdiendo fuerza y motilidad. En los últimos meses le mueve su familia (esposa y tres hijos) de la cama al sillón. Últimamente, y cada vez con mayor frecuencia, se atraganta al deglutir los alimentos.

Comenzó con un catarro que, a pesar del tratamiento habitual, ha ido empeorando, por lo cual sus familiares llaman otra vez a su médico del centro de salud. El doctor Marín evidencia gran esfuerzo respiratorio y taquicardia y estertores en la mitad inferior del pulmón izquierdo, por lo que recomienda ingreso hospitalario por sospecha de neumonía. Avisan a una ambulancia y lo trasladan al hospital con mascarilla de oxígeno. Al llegar a urgencias, les parece a los facultativos que podría fallecer si no se le intuba inmediatamente. Realizan el procedimiento y después observan en la radiografía de tórax una neumonía que afecta a los lóbulos inferior y medio derechos. Ingresan en la Unidad de Medicina Intensiva (UMI) para seguir tratamiento.



Después de dos semanas de antibióticos, ventilación mecánica, nutrición por sonda nasogástrica y analgesia-sedación para aliviar las molestias que sufre con estas técnicas y el encamamiento, el paciente no logra una respiración suficiente que permita su desconexión del respirador, tras haber disminuido los analgésicos y sedantes. Se habla con el paciente, con su familia y con todos ellos conjuntamente para plantear la conveniencia de realizar una traqueotomía, la cual podría facilitar la desconexión del respirador, o seguir con el aparato si la disfunción respiratoria no se hubiera resuelto. El enfermo se logra comunicar trabajosamente con mímica bucal, y complementa el lenguaje señalando letras en un tablero alfabético. Tras varias sesiones de deliberación conjunta con los sanitarios que atienden a paciente y familia, éstos aceptaron la propuesta y se realizó la traqueotomía.

Transcurren los días. El paciente sufre una nueva infección respiratoria y otra urinaria, y sigue sin ser capaz de respirar espontáneamente con suficiencia. A los 45 días de ingresar en la UMI, con el paciente estable, se cambia el respirador por otro portátil para seguir la ventilación en el servicio de neumología y, eventualmente, en el domicilio del paciente. Éste ya expresó su deseo de pasar a planta y después a su casa. Su familia estaba de acuerdo con ello.

A las dos semanas de hallarse en neumología, y sin poder quitarle la alimentación por sonda pues se atraganta continuamente, le proponen la realización de una gastrostomía percutánea. Como en el caso de la traqueotomía, a través de un cuidadoso proceso de consentimiento informado.

Esta vez, el paciente, quien ha ido mostrando su creciente disgusto con el proceso de su enfermedad, rechaza la propuesta. En los días siguientes manifiesta que no quiere vivir así y que si no va a mejorar y estar siempre con los tubos y el aparato, quiere que se los quiten y morir.

Estas manifestaciones alarmaron a su familia y a sus cuidadores. Al principio no le quieren hacer caso pero se van dando cuenta de que el enfermo expresa la petición con gran tristeza pero firmemente.

El médico responsable, Dr. Escribano, solicita otra consulta con neurología y una evaluación psiquiátrica. La neuróloga reafirma que la ELA va a seguir empeorando. De ello concluye el Dr. Escribano que será prácticamente imposible que el paciente mejore lo suficiente como para vivir sin ayuda del respirador. El psiquiatra considera que Manuel padece una depresión reactiva pero que su competencia para decidir está en gran medida preservada. Recomienda tratamiento antidepresivo ajustándolo hasta ser efectivo. Al paciente se le persuade para aceptar este tratamiento, pues se le asegura que hay que tratar la depresión para que se sienta emo-

cionalmente mejor, más animado, con lo cual es muy posible que esté más conforme con su situación. Además habría menos dudas sobre si mantiene una capacidad decisoria adecuada. En definitiva, podría cambiar radicalmente de manera de pensar y apreciar su vida, a pesar de tantas limitaciones.

Después de otras seis semanas, en las que ha pasado una sinusitis y otra neumonía, el psiquiatra opina que la depresión se ha atenuado. Manuel continúa expresando su deseo de que le quiten el respirador, y puesto que se sabe que sufrirá asfixia al desconectarlo de la máquina, quiere que lo hagan estando sedado. El Dr. Escribano le dice que él no puede hacerlo, entiende que sería participar en un acto eutánico y que su conciencia no se lo permite.

En los días siguientes, sigue el conflicto entre el enfermo, su familia –quienes han ido aceptando la decisión de su esposo y padre– y el médico responsable. El paciente, aunque aprecia mucho al Dr. Escribano y reconoce que le ha tratado con profesionalidad y cariño, le pide que cumpla con sus deseos o que lo haga otro médico.

Valores en conflicto

Es evidente que hay dos valores confrontados:

- De una parte el respeto que merece la decisión del enfermo de que le retiren un tratamiento de soporte vital y le alivien el sufrimiento que podría acompañar a la separación del respirador.
- De otra, la vida del enfermo, gravemente amenazada caso de retirar el respirador.

Cursos de acción

Cursos extremos

1. Respetar la decisión del enfermo y retirarle el respirador.
2. Optar por el valor vida, prolongándola todo lo que sea posible, incluso contra la voluntad del paciente. Es la opción del Dr. Escribano.

Cursos intermedios

1. Apoyar al enfermo emocionalmente, a fin de que su decisión no sea el resultado de defectos en la relación con su entorno, tanto familiar como hospitalario.
2. Tratar de entender las razones de su rechazo. ¿Cambiarían caso de estar el paciente ingresado en otro centro, o de ir a su casa, o de tener otros cuidadores, etc.?



3. Tratar en una reunión a la que deben asistir todos los cuidadores de Manuel, sus familiares, los miembros del servicio y, por supuesto, también el Dr. Escribano, las obligaciones para con un enfermo dependiente de un respirador.
4. También es importante darse cuenta de que en estos casos el problema es más psicológico que moral. Psicológicamente es muy difícil asumir que por la acción de un profesional, que en este caso es la retirada de la respiración mecánica, fallezca un paciente. Pero la auténtica causa de ese fallecimiento no está en la retirada del respirador, sino en la enfermedad de base. Por otra parte, es importante que se entienda que este problema psicológico no debe generar objeciones propiamente morales hacia las peticiones del interesado
5. Si el Dr. Escribano sigue objetando, cosa no frecuente, debería retirarse del cuidado del paciente, ya que éste lo ha expresado con toda claridad.
6. De nuevo hay que insistir en la importancia de protocolizar estos procedimientos, a fin de que estén preparadas las soluciones para cuando surjan los conflictos.

Curso(s) óptimo(s)

- Éste sería que el paciente, una vez asegurada su capacidad decisoria, la estabilidad de su petición y las preferencias de momento, lugar y compañía para ser desconectado del respirador, fuera atendido por profesionales compasivos y competentes que llevaran a cabo una sedación profunda y su desconexión terminal en las condiciones más idóneas.
- A su vez hay que procurar que el Dr. Escribano reciba el apoyo adecuado de sus colegas y dirección del centro por su legítima decisión. Que sepa que a pesar de las discrepancias, tanto el paciente como la familia le agradecen sus atenciones.

Recomendaciones



- Éste es un caso complicado por el hecho de que, casi con completa seguridad, Manuel fallecerá en poco tiempo, una vez separado del respirador. La relación causa-efecto es muy directa y, lógicamente, puede originar escrúpulos morales en los profesionales que le atienden y son los responsables directos de la desconexión. Ahora bien, si la capacidad de decidir del enfermo es adecuada, comprende y acepta las consecuencias de su rechazo al tratamiento, aunque éste sea de soporte vital, existe un acuerdo muy amplio en que debe respetarse su autonomía para decidir, incluso cuando de esa decisión se derive su falleci-

miento. Éste es uno de los fundamentos del consentimiento informado en clínica.

- Muy similar ha sido el caso de Inmaculada Echevarría, difundido y discutido desde finales de 2006 por todos los medios de comunicación durante varios meses. Inmaculada era una paciente con enfermedad neuromuscular y conectada a un respirador que había expresado repetidamente su deseo de que le retiraran la ventilación mecánica, pues no quería seguir viviendo en las condiciones a que estaba sometida por la enfermedad, en ocasiones pidiendo ante la prensa que le practicasen la eutanasia. La polémica que suscitó el caso de Inmaculada ha sido muy amplia, con diversos sectores tildando la acción de eutanasia, si se actuaba como la enferma pedía. Desde hacía varios años estaba internada en un hospital perteneciente a la orden de los Hermanos de San Juan de Dios. En este centro, su Comité de Ética avaló la petición de Inmaculada, como también lo hizo la Comisión de Ética de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Sin embargo, una orden expresa del Vaticano obligó al Hospital de San Juan de Dios a no permitir la retirada del respirador. Al final, se llevó a cabo la sedación y retirada del respirador en otro hospital de la misma ciudad. Conviene recordar que no ha habido apertura de diligencias judiciales ni de proceso deontológico a los profesionales sanitarios que asistieron a Inmaculada en el procedimiento de desconexión, lo que corrobora la legalidad y corrección deontológica de la retirada del respirador, y que incurrían en un error conceptual quienes consideraban este caso como eutanasia.



PROBLEMA 24

Objeción de conciencia a retirar la nutrición artificial

Caso 32. Alimentación por sonda en estado vegetativo permanente

Julián es un varón de 60 años que sufrió hace más de 4 meses una parada cardiaca extrahospitalaria en la evolución inicial de un infarto agudo de miocardio. Ha sido hipertenso y fumador de unos 15 cigarrillos por día. Está casado y tiene tres hijos. Una de las dos hijas es enfermera en activo. En el tiempo que lleva ingresado en el hospital, se le ha practicado una traqueotomía, se le alimenta por sonda nasogástrica y ha cursado con varias infecciones respiratorias y urinarias de poca gra-



vedad. Su estado nutricional es adecuado, no presenta escaras ni otros problemas. Su situación clínica es de estado vegetativo permanente (EVP), diagnóstico que han corroborado varios neurólogos. Estos le han explicado a la mujer e hijos el significado y pronóstico del EVP: la probabilidad de recuperar un mínimo grado de consciencia es cercana a cero, y en todo caso quedando con graves secuelas y completa dependencia de cuidadores. Les han planteado también que en un futuro cercano es conveniente trasladar a Julián a un centro de larga estancia, más apropiado para este tipo de pacientes.

La familia de Julián ha ido perdiendo, poco a poco y dolorosamente, las esperanzas en su recuperación. En las conversaciones con los médicos que atienden a Julián, han ido expresando que éste no hubiera querido vivir sin consciencia, dependiendo de otros para todo. Se han asesorado e informado, han hablado mucho entre los miembros de la familia y han llegado al acuerdo de hacer lo que creen hubiera querido Julián, de conocer las circunstancias en las que actualmente se encuentra y poder decidir: parar la alimentación y cualquier otro tratamiento médico que pueda necesitar, excepto los que le alivien. Como es habitual, no se dispone de un documento de instrucciones previas del paciente. El Dr. López es quien con más frecuencia atiende al enfermo y su familia. A pesar de que no le agrada lo que le piden, lo expone en la sesión del servicio.

El jefe de servicio donde está ingresado Julián, se opone a la retirada de la alimentación, pues la considera un tratamiento obligatorio y, a pesar de que otros miembros del equipo entienden que podría ser adecuado acceder a la petición de la familia de Julián, prevalece finalmente la opinión del jefe de servicio. El Dr. López comunica esta decisión a los familiares de Julián, quienes consternados preguntan a quién o dónde pueden dirigirse para exponer su petición. Se les dirige al servicio de atención al paciente.

Valores en conflicto

El conflicto que vamos a analizar es el del Jefe de servicio. Él ha creado un conflicto en todos los demás miembros del equipo y en la familia, pero es su negativa la que está directamente relacionada con el tema de la objeción de conciencia.

Los valores en conflicto en él son:

- De una parte, el valor vida, amenazado en caso de que se interrumpa la alimentación.
- De otra, el respeto de la decisión que la familia ha tomado teniendo en cuenta los valores y las preferencias del enfermo, y por tanto intentando respetarle.

Cursos de acción

Cursos extremos

1. Mantener la alimentación por sonda, a fin de preservar la vida del paciente. Es el curso elegido por el Jefe del servicio.
2. Retirar la alimentación, de acuerdo con los deseos del paciente expresados a través de su familia.

Cursos intermedios

1. El primer punto sería asegurar el diagnóstico hasta un límite prudente. Es bien sabido que en los EVP no traumáticos, como es éste, el paso de un cierto tiempo permite pronosticar con muy elevada probabilidad el futuro del paciente. Hay que asegurarse, siguiendo los criterios mantenidos por las sociedades científicas, que el diagnóstico se hace correctamente.
2. Asegurado esto, habría también que asegurar con la familia que la decisión que han tomado representa genuinamente los deseos del enfermo, dado que no redactó un documento de instrucciones previas.
3. Una opción que quizá aceptaran la familia y el equipo sanitario sería no tratar las futuras complicaciones que, a no tardar, aparecerán, como nuevas infecciones, mientras mantienen la nutrición por sonda.
4. En el caso de que la familia insista en retirar la alimentación, la consulta con el Comité de Ética (CE) del centro podría ayudar a clarificar la licitud y moralidad de la petición.
5. Si el CE entendiera que es aceptable la petición de la familia, deberá tener en cuenta las objeciones del equipo terapéutico y aconsejar que traten al paciente los profesionales del hospital que no objetan a la retirada de la nutrición.
6. Puede ocurrir que la ideología o posición del CE, del centro o de los profesionales sanitarios hagan inviable acceder a la petición de la familia. En tal caso será preciso que el hospital facilitara el traslado del enfermo a otra institución o a su domicilio a cargo de un equipo de hospitalización domiciliaria o de cuidados paliativos.

Curso(s) óptimo(s)

- Sería conveniente seguir la escala de cursos intermedios, tal como han sido ordenados más arriba.
- De nuevo conviene insistir en que la mejor terapéutica es la preventiva, y que por tanto conviene tener previstas estas situaciones, cada vez más frecuentes, fijando criterios y estableciendo protocolos de actuación.



Recomendaciones

- La nutrición e hidratación artificiales son consideradas por unos como cualquier otro tratamiento de soporte vital y por lo tanto susceptible de ser aceptadas o rechazadas por el paciente o sus representantes. Para otros, en cambio, es un tratamiento ordinario que pertenece a los cuidados básicos que precisa cualquier ser humano y, por lo tanto, obligatorio. Según ellos, retirar la nutrición artificial en un paciente estable, quien depende de ella para seguir subsistiendo, aunque esté en EVP, sería equivalente a una eutanasia no querida u homicidio.
- Es en casos como éste donde sería de gran utilidad la planificación de tratamientos por adelantado, con la redacción de documentos de instrucciones previas o el nombramiento de representantes para que tomen decisiones por el enfermo cuando éste no pueda hacerlo por sí mismo. La existencia de tales documentos, o de representantes a quienes el paciente hubiera manifestado sus preferencias, facilitarían enormemente la toma de decisiones. El deseo expresado previamente por el enfermo de ser o no ser alimentado por sonda en caso de quedar en EVP, y más aún cuando consta por escrito, obligaría en principio a los sanitarios, caso de no objetar en conciencia.
- Por desgracia, la mayoría de los ciudadanos no han hecho previsiones de tratamiento por anticipado, y cuando no pueden decidir por sí mismos, los sanitarios deben guiarse por otros criterios. El primero es preguntar a los representantes o familiares del paciente si conocen cuál habría sido su preferencia de tratamiento de poder expresarla en la condición actual (criterio del juicio sustitutivo) y, de no conocerla, seguir la opción que mejor salvaguarde el bienestar del enfermo (criterio del mejor interés). No cabe duda de que esta forma de tomar decisiones es imperfecta, y probablemente se cometan errores, pero todavía es peor dejar que los familiares decidan sin tener en cuenta estos criterios, atendiendo únicamente a lo que a ellos les parece conveniente, a la postre lo que sucede en numerosas ocasiones.
- Afortunadamente, la familia de Julián ha hecho un esfuerzo de reconstrucción e interpretación de las que hubieran sido las preferencias del paciente, entendiendo su situación actual y el pronóstico que le espera. Además, han llegado a un acuerdo aceptado por todos ellos, todo lo cual facilita la toma de decisiones. Aun así, cabe la objeción de los profesionales, pues como se ha dicho, para algunos la nutrición artificial es un tratamiento obligatorio en el EVP.
- Por otro lado, el jefe de servicio no debería imponer su punto de vista por motivos exclusivamente jerárquicos y sin dar razones convincentes. Podría haber con-

sultado, al menos, al Comité de Ética del hospital antes de negarse a llevar a cabo la petición de los familiares de Julián, quienes representan a éste. Después de conocer sus recomendaciones, es posible que el conflicto hubiera alcanzado menor intensidad o se hubiera desactivado. Incluso se podría haber seguido atendiendo a Julián en el mismo servicio, sin nutrición artificial, si, como parece, algún médico del servicio (o incluso el propio Dr. López) hubiera estado dispuesto a ello.

- Proceder como se ha recomendado, con la mediación de quien se considere conveniente, es actuar con la prudencia adecuada en tan difíciles decisiones.
- Se desconoce cuántos EVP existen en el mundo, pero es posible que se cuenten por decenas de miles. Son tragedias silenciosas que únicamente conocen los familiares y allegados de los enfermos y los sanitarios que les cuidan. El sufrimiento de aquéllos, los desvelos de éstos, los costes sanitarios y no sanitarios, son ingentes. Sin embargo, sólo en contadas ocasiones algunos de estos casos son conocidos por la opinión pública, generalmente porque son llevados a los tribunales de justicia y aireados por la prensa más o menos sensacionalista.
- En EE.UU. tuvo mucha trascendencia el caso de Nancy Cruzan, una muchacha en EVP desde 1983, tras un accidente de tráfico. Transcurridos cuatro años sus padres solicitaron la retirada de la nutrición e hidratación. Pero el tribunal supremo del Estado de Missouri lo impidió alegando que no había evidencia de la voluntad previa de la enferma. El Tribunal Supremo de los Estados Unidos respaldó la potestad del Tribunal de Missouri para mantener la hidratación, argumentando que sólo tienen derecho a rechazar cualquier tipo de tratamiento los pacientes competentes o los incompetentes que hayan dejado constancia expresa de su voluntad. El caso sólo pudo resolverse tres años más tarde, cuando los padres, el guardián *ad litem* y el juez del condado se pusieron de acuerdo en que retirar la hidratación era lo mejor para Nancy, y el Estado de Missouri se retiró del caso. El impacto público producido por el caso indujo al Senado Norteamericano a aprobar la *Patient Self Determination Act* en 1990. Según esta ley los pacientes deben ser informados de su derecho a participar en la toma de decisiones por medio de directivas anticipadas.
- Otro caso más reciente, de una enorme resonancia en los medios y muy politizado, ha sido el de otra mujer, Terry Schiavo, quien permaneció 15 años en EVP tras ser reanimada en 1990 de un paro cardíaco consecutivo a los trastornos metabólicos derivados de una inadecuada dieta de adelgazamiento. El marido de Terry solicitó que le suspendieran la nutrición por sonda después de 8 años de habérsela instaurado, a lo cual se opusieron los padres de ella. Se desató una batalla legal que duró 7 años, complicada en los últimos meses por otra de



carácter político, en la que intervinieron –a petición de los padres de Terry– el gobernador del estado de Florida, Jeb Bush, su hermano, el presidente George W. Bush, y el Congreso, quienes promulgaron decretos por vía de urgencia con el fin de impedir las resoluciones de los tribunales del estado de Florida, las cuales daban la razón al marido de Terry. Como consecuencia de las diversas decisiones contrarias entre los poderes judicial y ejecutivo, Terry fue desconectada de la alimentación en tres ocasiones. En última instancia sus padres apelaron al Tribunal Supremo de los EE. UU., donde de nuevo denegaron sus demandas. Tras ello se retiró la alimentación de Terry, quien falleció de inanición 13 días después, en marzo de 2005.

- Durante este tiempo, hubo un intensísimo debate que dividió a la nación entre partidarios de la retirada de la nutrición y los que se oponían, entre estos la Iglesia Católica y el Vaticano, quienes llegaron a calificar de asesinato el acto final del drama de Terry.
- De este caso trágico se puede concluir que es muy importante que no haya discrepancias familiares si se ha de retirar un tratamiento de soporte vital, y que la judicialización de los desacuerdos conlleva un enorme y prolongado sufrimiento a las partes en discordia.

PROBLEMA 25

Objeción de conciencia a la donación de órganos



Caso 33. Extracción de órganos en muerte cerebral

Miriam es una mujer de 65 años, de origen marroquí. Al volver del trabajo sus hijos la han hallado inconsciente en el suelo de su casa. El equipo de emergencias extrahospitalario acude al domicilio de Miriam y allí la intuban y conectan a ventilación mecánica. En Urgencias la paciente está hipertensa y en coma, con pupilas desiguales y una puntuación de 5 en la escala de coma de Glasgow. Le realizan una TAC cerebral que muestra una gran hemorragia intracerebral en el hemisferio derecho con inundación ventricular y desplazamiento de la línea media. La paciente ingresa en la Unidad de Medicina Intensiva, donde intentan disminuir su hipertensión endocraneal, sin tener opción neuroquirúrgica. Se habla con los hijos –no hay esposo– y se les explica lo que le ocurre a su madre y el previsible pronóstico. Quedan muy afectados al haber visto a su madre conectada al respira-

dor y con diversos monitores. Como era previsible, Miriam evoluciona mal. A las 17 horas de ingresar, la exploración clínica es compatible con muerte cerebral.

El médico intensivista sabe que lo estipulado en estos casos es confirmar el diagnóstico una vez transcurridas otras seis horas, siguiendo las pautas legales, y avisar al equipo de coordinación de trasplantes del hospital, mientras él continúa con medidas de soporte del cadáver en espera de la extracción de órganos y tejidos. Pero hacer todo esto le plantea conflictos. En primer lugar, se siente en desacuerdo con el sistema de obtención de órganos y de remuneración de todos los participantes. Y considera que las características negativas del sistema que él rechaza van a verse exacerbadas en este caso (difícil comunicación con unos familiares que apenas hablan castellano, creencias distintas, etc.). En segundo lugar considera que él mismo no querría ser utilizado como fuente de órganos para trasplante. La razón fundamental es que alberga íntimas dudas sobre la verdadera muerte de las personas con el mero cese de las funciones del cerebro, dudas que él ha visto alentadas en ciertos artículos polémicos existentes en la literatura profesional. Y personalmente alberga, además, ciertas creencias, de carácter más bien parapsicológico o esotérico, sobre la relación del alma con el cuerpo.

Por todo ello se siente tentado a posponer la llamada al equipo de trasplantes, y manejar a la paciente de modo que el trasplante no pueda llegar a plantearse.

Valores en conflicto

- El beneficio que el trasplante puede suponer para sus receptores.
- Respetar las creencias, escrúpulos y reparos que alberga el médico.

Cursos de acción

Cursos extremos

1. Poner inmediatamente en marcha el sistema de aviso y de mantenimiento del cadáver para la extracción de órganos y tejidos.
2. Dejar que la situación siga su curso al margen de las conveniencias para el trasplante.

Cursos intermedios

1. Cumplir con el protocolo aprobado en el hospital, pero manifestando sus reparos al jefe de la unidad o al coordinador de trasplantes y pidiendo ser eximido del proceso de confirmación de la muerte y mantenimiento del cadáver.
2. Hablar inmediatamente con la familia para decirles que la paciente está muerta cerebralmente y que pronto van a dejar de funcionar el resto de los órganos.



Informarles neutralmente de la posibilidad de donar los órganos. Y avisar al equipo de trasplantes sólo si la familia expresa espontáneamente su deseo de donar.

3. Confirmar el diagnóstico muerte cerebral y poner en marcha el procedimiento de extracción de órganos. Pero hablando con la familia antes de la llegada del coordinador, para aclararles que no tienen ninguna obligación de donar, e informarles de que también existen argumentos en contra de la donación, por más minoritarios y marginales que sean.
4. Posponer la confirmación de la muerte cerebral y hablar con la familia para consensuar los cursos de acción futuros. La donación de órganos se plantearía, si acaso, más adelante, y dependiendo de las circunstancias.
5. Que el intensivista en conflicto hable con algún compañero de su unidad para explicarle que no quiere participar en el proceso que conduce a la extracción de órganos, y preguntarle si desea ser él quien ponga en marcha todo ese proceso.

Curso(s) óptimo(s)

- El médico debe proceder a confirmar la muerte cerebral de acuerdo con los requerimientos legales. Y en cuanto detecte un potencial donante de órganos tiene también la obligación de poner el caso en conocimiento del equipo de trasplantes de su hospital, de acuerdo con el protocolo de la institución.
- En cuanto a la información a los familiares, no le corresponde a él hablar de la donación de órganos, y no debe sembrar dudas sobre la corrección ética y legal del procedimiento.
- El mantenimiento del cadáver a la espera de la extracción de órganos corresponde a distintos profesionales, dependiendo de las rutinas y compromisos de cada servicio. Todos ellos están obligados a colaborar en dicha tarea. Sobre todo si son los médicos de guardia y no hay otro que pueda asumir el mantenimiento del cadáver.
- El médico objetor tendría que haber manifestado sus discrepancias con anterioridad buscando una solución consensuada con sus compañeros de servicio. Y si todavía no lo ha hecho, debe hacerlo lo antes posible.

Recomendaciones

- Antes de comenzar un programa de trasplantes en un hospital, ya sea como centro extractor de órganos también implantador de los mismos, el equipo coordinador realiza acciones formativas para aclarar todos los extremos nece-



sarios para un funcionamiento correcto de la actividad trasplantadora. Promueve y coordina la función de todos los servicios implicados. Además lidera la formación continuada necesaria para actualizar dicha actividad.

- A pesar de las dificultades que puede suponer explicar lo que significa la muerte cerebral, y más a personas de otro país, lengua y religión, el equipo hospitalario de coordinación de trasplantes está especialmente entrenado para realizar óptimamente la entrevista con los familiares del potencial donante.
- Todo médico tiene la obligación de permitir y hacer posible que se pongan en marcha los procedimientos habituales de extracción de órganos para trasplante. El médico responsable de un paciente, sean cuales fueren sus ideas, no debe impedir ni dificultar que se obtengan órganos de un cadáver en situación de muerte cerebral, si éste reúne las condiciones fisiológicas que lo hacen posible. Si tal cosa hiciera, estaría imponiendo sus propios valores y perspectivas a una sociedad que ha puesto en marcha un sistema público de donación de órganos, con todos los requisitos éticos y legales compartidos por la mayoría de los países desarrollados. Además, impediría que el paciente y su familia pudieran ser donantes, si ese hubiera sido su deseo. Hay que tener en cuenta que no todos los ciudadanos, a pesar de desear ser donantes, conocen las condiciones en las que se puede realizar la donación, por lo cual, siempre que se cumplen, debe ofrecerse a la familia la posibilidad de donar. En medio de la tragedia que supone el perder a un ser querido, muchas personas encuentran consuelo en el hecho de beneficiar a otros, al donar órganos y tejidos a quienes los necesitan.
- Si un profesional sanitario siente objeciones a participar en los trasplantes, debería comunicarlo al responsable de su unidad asistencial. Como primera medida convendría conocer las razones del objetor e intentar persuadirle, con el apoyo del equipo coordinador de trasplantes. Podría tratarse de una ignorancia vencible con formación a la medida de las necesidades de ese profesional. Si sus objeciones no fueran susceptibles de modificación, manteniendo el máximo respeto por la persona y sus creencias, aunque éstas parezcan irracionales, debería ser apartada de colaborar en los trasplantes, excepto cuando haya casos de este tipo durante los periodos de guardia que realice, si no hay otros compañeros disponibles. Entonces estaría obligada a colaborar incondicionalmente con los objetivos que marque la institución y el equipo coordinador de trasplantes.
- La ley y las consideraciones éticas mínimas reconocen la potestad de todo ser humano de no donar sus órganos, pero no de impedir que otros lo hagan.



AGRADECIMIENTOS

A los Dres. Félix Lobato Solares y Fernando Martínez Soba, del Hospital San Pedro de Logroño, por su contribución al caso 25 y 33 respectivamente



Índice analítico

A

Aborto 6, 67, 83, 110, 111, 113, 119-122
 complicado 120
Actuación prudente 24
Adolescente 6, 30, 34, 35, 131
Afectación neurológica 128
Alimentación forzada 51, 53, 59, 63, 65, 66
Amparo judicial 54
Análisis ético 5, 56, 57, 60-62
Anticoagulación oral 11, 12
Anticoncepción poscoital 34, 91
Anticonceptivos 6, 32, 83-86, 88, 93, 94
Apéndice general 5
Apoyo emocional 39, 110, 118
Aristóteles 4
Asistencia médica 50, 54
Atención primaria 13, 18, 19, 69, 71, 76, 77
Autonomía 5, 18, 20, 39, 44, 50, 52, 53, 56-59, 63, 67, 80, 95, 96, 102, 132, 134-137, 142-144, 146, 171
 profesional 18, 20

B

Bancos digitalizados 75
Beneficencia 44, 46, 48, 66, 67, 135, 150
Beneficente 47, 66, 68, 135, 137
Beneficio de los pacientes 15

C

Calidad de vida 13, 111, 124, 126, 130, 167
Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea 1
Centro de salud 12-14, 18, 22, 26, 30, 31, 43, 44, 73, 76, 77, 81, 92-94, 166, 168
Centro penitenciario 52, 58
Certificado de defunción 67-69
Comisión Central de Deontología de la OMC 6
Comité de Ética Asistencial 45, 56, 99, 127-129, 133, 134, 138
Conciencia del profesional 9, 28, 61, 109, 138, 146
Conductas irregulares 7, 30, 34
Confidencialidad 1, 25, 26, 28, 76, 78-81, 95, 106, 108, 110, 133, 137
 de los datos 25, 26, 28, 78-81, 108
Conflicto 1-5, 7-10, 14-16, 22, 24-26, 28, 29, 34-36, 39, 40, 42, 46-48, 52, 53, 56-62, 64, 68, 70, 72-75, 79, 80, 85-90, 92, 97, 98, 107-109, 112-114, 116, 121-123, 125, 128, 132, 140, 142, 145, 147, 151, 155, 158, 160-163, 165, 166, 170, 171, 173, 176, 178, 179
 de valores 1, 3, 4, 8, 9, 15, 61, 97, 109, 114, 128, 147, 162
 ético 2, 4, 5, 10, 26, 48
 moral 1, 3, 39, 85
 social 5
Consentimiento informado 50-53, 66, 80, 145, 146, 149, 152, 164, 169, 172
Contracepción 83, 88, 91
Contraceptivos 83, 84, 88, 93
Cripto-objeción 7, 8, 92, 94, 98, 99, 100, 122, 156, 157
Cripto-objector 8
Curso óptimo 3, 9, 16, 48, 62, 80, 86, 109, 110, 113
Cursos de acción 4, 5, 15, 22, 24, 28, 34, 36, 40, 47, 48, 58, 61, 62, 68, 70, 72, 74, 79, 85, 89, 93, 98, 107, 110, 112, 114, 116, 121, 125, 128, 132, 134, 140, 143, 147, 151, 155, 158, 163, 166, 170, 174, 178, 179
Cursos extremos 4, 7, 9, 15, 22-24, 28, 29, 34, 40, 47, 48, 58, 60, 68, 70, 72, 74, 79, 80, 85, 86, 89, 93, 98, 107, 109, 112, 114, 116, 121, 125, 128, 132, 140, 147, 151, 155, 158, 163, 166, 170, 174, 178
Cursos intermedios 4, 7, 9, 15, 16, 23, 24, 28, 29, 34-36, 40, 41, 47, 48, 58-62, 68, 70, 72, 74, 79, 85, 89, 93, 98, 108, 109, 113, 116, 121, 122, 125, 129, 132, 140, 142, 147, 152, 153, 155, 158, 163, 166, 170, 174, 178

D

Daño cerebral 124, 130, 162
 Debate moral 83, 84, 87
 Deberes 1, 4, 51, 54, 63, 64, 87, 95, 97, 114, 140
 Decisiones
 autónomas 53, 72, 99, 101, 107, 133, 134, 135, 138, 141
 prudentes 2
 Deliberación 2-5, 61, 86, 87, 169
 moral 3, 61
 Demandas improcedentes 73
 Derecho 1, 4, 5, 9, 10, 25, 26, 29, 36, 38, 44, 48, 50, 52-54, 56, 57, 59-61, 64, 65, 67, 76, 79, 81, 87, 95, 107, 110, 112, 114, 116, 119, 120, 123, 126, 129, 134, 137, 139, 162, 164, 176, 177
 Derechos
 fundamentales 1, 52-54, 57, 63, 64
 humanos 1, 3, 50, 53, 56, 63, 65
 Desobediencia civil 5, 6
 Diagnóstico prenatal 111
 Dificultad
 de comunicación 46
 lingüística 42
 Dignidad 46, 50, 52, 53, 64
 Dilemas 25, 109
 falsos dilemas 25
 Documento de instrucciones previas 139, 144, 146, 147, 173, 174
 Dolor 37, 43, 73, 131-133, 147, 152, 153, 157
 Donación de órganos 177, 179, 180
 Drogas 131, 134, 136

E
 Educación sexual 35
 Embarazo forzado 116

Enfermedad
 de Huntington 102-105, 110
 genética 103
 tromboembólica 11
 Estado vegetativo
 permanente 158, 172, 173
 Esterilidad 115
 Esterilización 96, 97, 99, 100, 101, 102
 de incapaces 96
 Ética 1-5, 8, 9, 17, 20-22, 26, 36, 39, 45, 47, 56-58, 60, 61, 75, 76, 95, 99, 101, 108, 112-114, 116, 127-129, 133-135, 138, 149, 160, 161, 163, 164, 166, 172, 174, 176, 179
 médica 17, 21, 116
 Eugenesia 97

F
 Futilidad 157, 160, 161

H
 Hematólogo 12
 Hidratación 175, 176
 Historia
 centralizada 76
 informatizada 26, 78
 Huelga de hambre 50, 51, 53-58, 63-66, 87

I
 Imperativo ético 20
 Incapacidad 52, 78, 98, 99, 138, 143, 144, 154
 Incentivos 16, 17, 19, 20, 22, 23
 Indicadores de cobertura 19
 Infanticidio 83
 Información
 clínica 26
 médica 25
 Ingreso hospitalario 51, 71-73, 168
 inadecuado 66

Inmigrantes 42, 43, 45-49
 Institución penitenciaria 52
 Instrucciones previas 139, 140-147, 173-175
 Insumisión 5, 6
 Insumiso 6
 Integridad
 física 51, 53, 54, 64, 67
 personal 52
 psíquica 51
 Interrupción voluntaria del embarazo 91, 119, 120, 122
 Intervención 14, 35, 50-52, 56, 58, 83, 96, 98-101, 117, 120, 136, 146, 148, 162
 Intervención sanitaria 51
 Intervenciones 17, 50, 51, 53, 90
 Intervenciones corporales 51, 53
 Intimidad 1, 27, 50, 52, 77, 136, 137, 148, 149

J
 Jurisprudencia 5, 51, 60, 62, 63, 65

L
 Legislación 5, 65, 80, 95, 149
 Ley del aborto 6
 Libertad individual 53
 Limitación funcional 139
 Lista de valores 3

M
 Maleficente 24, 46, 66, 67, 98, 102, 109, 121, 158, 165
 Malformaciones 115, 116, 117, 123, 124, 127, 130
 Manejo de conflictos éticos 2
 Medicina
 de urgencias 42
 paliativa 153
 predictiva 102, 106



- Menor
de edad 31-33, 92, 137
maduro 131, 134, 135, 137, 138
- Método 1, 2, 3, 6, 8, 10, 22, 29,
32, 61, 84, 87, 88, 90, 91, 94
contraceptivo 84, 87, 88,
90
- Moral 3, 6, 8, 9, 20, 21, 29, 39,
59-62, 75, 83-85, 87, 96, 107,
111, 114, 122, 125, 134, 153, 156,
166, 171
- Muerte cerebral 177-180
- N**
- Neonato 125, 126, 128
- No-maleficencia 22, 40, 48,
66, 67, 116
- Norma 1, 4, 19, 22, 53, 56, 58,
67, 101
jurídica 4, 5, 50
- Normativa 57, 62
- Nutrición 55, 56, 157, 169, 172,
174-177
artificial 157, 172, 175, 176
- O**
- Objeción
de conciencia profesional 5
de ley 5, 6
lata 71
- Objetor 6, 8, 39, 44, 56, 77-79,
81, 86-90, 92, 94-96, 100,
101, 111, 113-115, 120, 121, 128,
129, 142, 145, 164, 179, 180
- Obligación moral 9, 59, 60,
62, 75, 107, 111, 125, 166
- Opiáceos 151, 152
- Ordenamiento jurídico 50-52,
101
- P**
- Píldora
del día siguiente 92, 94
poscoital 91
- Planificación anticipada 143,
144
- Prematuridad 123, 124, 125,
127, 130
- Prematuros 123, 125
- Presión asistencial 15, 16
- Prestación social 26, 36, 40
- Principios éticos 13, 65
- Problema
jurídico 56
moral 8, 17, 20, 39, 62, 114
ético 48, 57, 115
- Procedimiento de análisis de
conflictos éticos 2
- Protocolos 45, 70, 71, 101, 123,
127, 130, 148, 149, 161, 174
- Pruebas diagnósticas 70, 107
- Pubertad 84, 115
- R**
- Reanimación 124, 125, 126, 127,
146, 157, 158, 160, 161
- Regulación jurídica 5
- Relación clínica 7, 11, 25, 26,
66, 132, 133, 134, 137, 144
- Reproducción asistida 115, 116,
117, 119, 123
- Respeto 3, 7-9, 15, 25, 27, 29,
39, 50, 51, 53, 56-59, 61, 63,
64, 70, 72, 74, 85-89, 93, 97,
98, 101, 107, 112, 115, 116, 120,
122, 132, 140, 143-145, 147,
150, 158, 170, 173, 180
a la autonomía 50
de la intimidad 27
- Riesgo vital 42, 52
- S**
- Salud pública 51, 57
- Secreto
médico 27, 76
profesional 26-28
- Sedación terminal 154, 155
- Servicios clínicos 7
- Seudo-objeción 7, 8, 17, 24, 29,
99, 100, 109, 119, 122, 138,
142, 145, 167
- Síndrome de Down 96, 110,
111, 113
- Sistema
informático 76, 78-80
sanitario 7, 22, 49, 66, 67, 71,
75, 123
- Situación
vital 60, 121, 122
extrema 29
- Solución
óptima 3, 4, 28, 87
intermedia 9
- Soporte vital 128, 129, 145, 159,
162, 164, 165, 168, 170, 171,
175, 177
- T**
- Tabla de valores 3, 4
- Terapia fútil 161
- Testigo de Jehová 66, 146
- Traspaso de datos 75
- Trastornos 8, 51, 90, 101, 104,
176
- Tratamiento
coactivo 51
de soporte vital 162, 164,
165
fútil 157, 158, 164
obligatorio 51, 65
paliativo 155, 156, 163
sanitario 51, 53
- U**
- Urgencia vital 44
- V**
- Valoración psiquiátrica 39
- Valores 1, 3-5, 7-10, 14-16, 22,
24, 25, 27, 34, 36, 39, 40, 46-
48, 52, 53, 56, 58-61, 68, 70,
72-74, 79, 80, 85-89, 92, 97,



98, 100-102, 107, 109, 110,
112, 114-116, 121, 122, 125, 128,
129, 132, 135, 138, 140, 143-
147, 151, 155, 158, 160, 162,
165, 166, 170, 173, 178, 180
en conflicto 3, 4, 7, 9, 10, 14-
16, 22, 24, 34, 36, 39, 40, 46-

48, 56, 61, 68, 70, 72-74,
79, 80, 85-89, 92, 97, 98,
107, 112, 114, 116, 121, 122,
125, 128, 132, 140, 145, 147,
151, 155, 158, 162, 166, 170,
173, 178
éticos 58

Vida 3, 11, 13, 26-28, 30, 31, 33-
35, 39, 44, 52-64, 66, 67, 83-
89, 92, 96, 98, 102, 103, 106-
113, 115-117, 119- 128, 130-132,
134-140, 142-145, 147-153,
155-157, 159, 160, 162-167,
170, 173, 174

