



II Congreso
de la **Profesión**
Médica

ABSTRACTS CORRESPONDIENTES A LA 3ª MESA

Liderando la Profesión.
Comprometidos con la sociedad y los médicos.



Madrid, **16-17** de abril de 2010,

PÍLDORA ANTICONCEPTIVA DE EMERGENCIA (PAE)

*Dr. Mariano Casado Blanco
Comisión Central de Deontología – CGCOM*

El Consejo General de Colegios de Médicos reiteradamente ha manifestado su desacuerdo con la reciente regulación de la píldora anticonceptiva de emergencia (PAE). Lo fundamenta en el riesgo de banalizar su empleo y en las consecuencias de su dispensación libre y uso indiscriminado. Su adquisición no permite registro ni control de consumo alguno, lo que impide conocer la epidemiología de los efectos y consecuencias de su uso tanto a nivel individual como colectivo. Pero también por considerar que perjudica la utilización de los servicios sanitarios al alejar de los mismos a la población más joven, y con ello la posibilidad de obtener apoyo, información y, sobre todo, consejo en momentos especiales de su desarrollo y vida de relación. Aunque hay algunas CCAA que ofrecen el servicio gratuitamente, en la mayor parte de las CCAA la adquisición de la PAE no es gratuita y en consecuencia rompe la equidad al ser utilizada solo por aquellas mujeres y en aquellas ocasiones en las que puedan soportar su coste. Todo lo cual hace suponer que surgirá un mercado por internet que con la disculpa del coste del tratamiento introduzca riesgos sobreañadidos a los descritos.

La píldora anticonceptiva de emergencia

El uso de la píldora anticonceptiva de emergencia es específicamente preventivo del embarazo. Su mecanismos de acción es: 1) detener o retrasar la ovulación, 2) Evitar que los espermatozoides fertilicen cualquier óvulo liberado, 3) Evitar que el óvulo ya fecundado por un espermatozoide migre al útero para implantarse y desarrollarse.

Los datos ofrecidos por las CCAA indican que la edad de las mujeres que solicitan la píldora anticonceptiva del día siguiente oscila entre los 10 años y los 47. Con los datos disponibles, el uso único y excepcional no representaría un riesgo conocido para la salud de la mujer. Pero la realidad indica que su uso es continuo y en relación a la actividad sexual como si se tratara de un fármaco anticonceptivo, por lo cual no se puede asegurar que un uso repetido esté exento de riesgos y complicaciones que puedan aparecer posteriormente en cualquier mujer y en relación a sus

características y circunstancias personales, especialmente en las más jóvenes. Sí se puede asegurar que no es deseable ni beneficioso que una mujer reciba dosis continuadas de hormonas por pequeñas que puedan considerarse las mismas.

Los datos que aportados por las CCAA, así como las farmacias, en los últimos meses, ponen de manifiesto, que las mujeres usuarias de la píldora reinciden en su uso, en muchos casos, hasta 3-4 y más veces al mes. Este dato apoya la necesidad del control médico a través de la prescripción y de la atención primaria, primer nivel de asistencia sanitaria y prevención.

Administración de la PAE

Su administración precisa una evaluación por un profesional sanitario médico o enfermera que permita registrar y valorar las circunstancias personales de la mujer, informar, aconsejar y recomendar alternativas. En cualquier caso deberá quedar constancia escrita en la historia clínica al igual que cuando se atiende otra demanda, se toma otra decisión o se prescribe otro medicamento. El mejor cuidado de la mujer requerirá un control médico o protocolización en su caso con supervisión médica porque: 1) Su uso no está exento de riesgos, en relación con problemas de tromboembolismo, 2) su uso repetido o frecuente aumenta los riesgos conocidos y, aún desconocidos, 3) Su indicación y demanda debe seguir vinculada al sistema asistencial de Atención Primaria. Esto mantendría su gratuidad, circunstancia de igualdad y justicia entre las mujeres que lo necesiten y que lo recibirían con control sanitario desechando otras fuentes como la adquisición en Internet.

a) Mujeres entre 16 y 18 años edad

Aceptando que las mujeres de edad comprendida entre los 16 y los 18 años, solicitan esta prestación, desde una actitud de madurez suficiente y conocimiento de su vida emocional, sentimental y sexual, sin embargo, es preciso transmitirle la información suficiente y necesaria para que utilice otros procedimientos anticonceptivos y que la píldora del día después sea una excepción.

b) Mujeres entre 13 y 16 años de edad

Este grupo precisa una valoración médica detenida, información sobre los riesgos de este tipo de anticoncepción pero también orientación para acudir a donde puedan recibir formación sexual adecuada e información sobre procedimientos de anticoncepción seguros y saludables.

c) Mujeres menores de 13 años

Precisarían atención especial, ya que el Código penal dice “... se consideran abusos sexuales no consentidos los que se ejecuten sobre menores de trece años,... es decir, que mantener relaciones sexuales con una menor de 13 años, aunque haya sido con su consentimiento, debido a su falta de madurez, es siempre un delito contra la libertad e indemnidad sexual, y se califica como “abuso sexual no consentido”. Por tanto, jurídicamente, está reconocido que las menores de 13 años no dan un consentimiento válido y su solicitud de prescripción médica necesitaría de respaldo de sus padres o responsables legales.

A propósito del consentimiento informado

La Ley 41/2002 de autonomía del paciente, derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, dedica el artículo 8 al Consentimiento Informado. Esta misma Ley reconoce que el consentimiento de los menores en las edades comprendidas entre los 16 y 18 años es válido para la asistencia sanitaria habitual (con las excepciones de los ensayos clínicos, donación de órganos y técnicas de reproducción asistida).

De aquí se podría deducir que el consentimiento de los menores de 16 años no es válido; sin embargo, la ley mencionada y el Convenio Europeo de Bioética dicen que, en la actuación médica, la opinión del menor será tanto más determinante atendiendo a su edad cronológica y su grado de madurez. Por ello consideramos que, ante una menor que solicita la píldora anticonceptiva, es deber del médico proporcionarle información comprensible, adecuada y útil para que comprenda los riesgos de su uso reiterado.

Al margen de la rigidez de la validez jurídica del consentimiento, será una garantía para el médico que quede constancia escrita de que ha cumplido su deber de información, y de que la menor que ha consultado, se ha responsabilizado con su consentimiento de haber comprendido la información y mantenerse en la solicitud, amparándose en el derecho que tiene reconocido por las autoridades sanitarias para acceder a esta prestación. Lo anterior no sería adecuado en menores de

13 años, ya que como hemos dicho la relación sexual sería un delito de abusos sexuales no consentidos.

La PAE como oportunidad informativa

Este apartado es el gran desafío de esta prestación asistencial. En los casos en los que la mujer que solicita la prestación es menor de edad, y más aún cuando se trata de demandas repetitivas, consideramos que es la ocasión para intervenir desde el punto de vista sanitario y social sobre la menor.

Sería necesaria la existencia de una red sociosanitaria para atender la formación e información sobre salud sexual y reproductiva de los menores y, especialmente de las mujeres menores respecto al uso responsable de su sexualidad por los riesgos de embarazo que se derivan de las relaciones sexuales sin la protección debida, pero también por el riesgo de contagio y transmisión de enfermedades infecciosas y por los riesgos del consumo de fármacos anticonceptivos o de la píldora anticonceptiva de forma reiterada y repetida.

En esta función son colaboradores importantes los educadores a nivel de colegios e institutos, por lo que serían necesarios cursos de formación para ellos en este campo.

PAE y equidad

Aunque hay algunas CCAA que ofrecen el servicio de atención a la demanda y la prestación de la PAE de forma gratuita en el centro de salud, en la mayor parte de las CCAA la adquisición de la PAE no es gratuita ni conlleva atención alguna. Si el servicio se considera tan necesario que requiere regulación especial es difícil de entender tales diferencias en la oferta de servicio y prestaciones con las consecuencias ya manifestadas. En aquellas CCAA donde el servicio no se presta pero además la adquisición de la PAE tiene un coste, rompe la equidad al ser utilizada solo por aquellas mujeres y en aquellas ocasiones en las que puedan soportar su coste, pero sobretodo por provocar la no utilización de un servicio necesario desde la perspectiva asistencial y de salud pública. Si el servicio, se considera necesario, pero recibirlo depende exclusivamente de disponer del dinero para pagarlo, es evidente que se rompe con una regla básica del SNS como es que todos los servicios necesarios se prestan gratuitamente. Se rompe la equidad en la atención sanitaria al desincentivarla primero y en la prestación después, puesto que al no ser gratuita unas ciudadanas podrán adquirirla cuando la necesiten, mientras que otras tendrán no podrán hacerlo por falta de recursos económicos para adquirirla.

En consecuencia el nivel de accesibilidad real va a depender del poder adquisitivo de cada mujer, al hacerlo depender de un coste económico. Con el consiguiente riesgo de desviación hacia formulas alternativa más baratas, es fácil suponer que surgirá un mercado por internet que con la disculpa del coste del tratamiento introduzca riesgos sobreañadidos a los descritos.

Por todo lo cual la decisión tomada es científica y profesionalmente “insatisfactoria”, social y políticamente “incoherente “y sanitariamente “peligrosa”.

Creemos necesario reconsidera la regulación de la PAE y hacer su prestación gratuita tras la prestación y asistencia adecuada en los centros de salud, ofreciendo la información oportuna en relación a la salud sexual y reproductiva y el consejo individualizado a cada caso.

EL MÉDICO ANTE LA NUEVA LEY DEL ABORTO

Dr. Luis Ciprés Casanovas

Vocal de la Comisión Central de Deontología - CGCOM

La nueva ley del aborto, llamada "De salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo", ha sido aprobada en el Senado el día 24 de este mes. Sus repercusiones en la sociedad y en nuestra profesión en particular hacen muy conveniente establecer un marco de serena reflexión sobre la misma.

La primera consideración sería conceptual para aclarar que no parece correcto el término "interrupción voluntaria del embarazo" ya que todo lo que se interrumpe se puede reanudar y, evidentemente, no es el caso de lo que nos ocupa. La OMS define el aborto y especifica los distintos tipos y clases de abortos, parecería razonable que se adoptara la terminología de la OMS.

La siguiente viene dada por el hecho de que la Ley crea una parcela de absoluta impunidad y autonomía a la mujer para abortar hasta la 14 semana de gestación. Cabría preguntarse hasta que punto es ético lesionar el principal bien de otro, la vida con toda su dignidad, aunque sea en sus primeros estadios de evolución, de una manera tan violenta e impune. También si es ético que en la sociedad se creen parcelas de impunidad en las que unos lesionan bienes fundamentales de otros sin ninguna responsabilidad ética y legal.

La siguiente consideración se refiere al hecho de que la Ley concede esta absoluta autonomía para abortar también a las chicas de 16 y 17 años, con conocimiento o sin el –si le provoca a la menor un conflicto grave- de uno de sus representantes legales. En caso de embarazo la menor se encuentra ante una situación imprevista, no deseada y con una amplia e importante repercusión futura que le lleva a un callejón prácticamente con una única salida que será recurrir al aborto como un método anticonceptivo más. Parecería razonable que la Ley hubiera mantenido la mayoría de edad en los 18 años para prestar el consentimiento para un aborto y que no se prive a la chica de 16-17 años del consejo, apoyo y ayuda de los padres. Es chocante que a una adolescente de esas edades no se le permita participar en unas elecciones ni pueda ser encausada penalmente y sin embargo se le conceda autonomía absoluta para abortar.

También cabe reflexionar acerca de lo que la Ley indica en materia de educación sanitaria:

a) para la población general indica que los poderes públicos tendrán como objetivo en políticas de salud sexual y reproductiva "La

educación sanitaria integral y con perspectiva de género sobre salud sexual y reproductiva”.

b) para la formación de los profesionales de la salud se dice que “La formación de los profesionales de la salud se abordará con perspectiva de género e incluirá en los programas curriculares la salud sexual y reproductiva.../... incluyendo la investigación y formación en la práctica clínica de la interrupción voluntaria del embarazo”.

Cuando se habla de perspectiva de género en la educación y de su inclusión en los programas curriculares parece que se está incluyendo dirigismo ideológico en la formación de la sociedad y en particular en la formación de los profesionales de la salud. La inclusión obligatoria de formación e investigación acerca de la interrupción voluntaria del embarazo en los programas de formación médica puede atentar contra la diversidad ideológica y el derecho a la objeción de conciencia de los estudiantes en ciencias de la salud.

Con respecto a la seguridad jurídica de los médicos ante la nueva ley, conviene recordar que tanto el CGPJ como el Consejo Fiscal y muchos especialistas en Derecho y Medicina, han puesto en duda tanto la Constitucionalidad de la Ley como las garantías jurídicas para el médico. No parece que la seguridad jurídica del médico se incremente con una Ley que despenaliza el aborto hasta fechas muy concretas del embarazo cuando se sabe que no es fácil definir con toda precisión la edad gestacional hasta la cual el aborto está permitido y por tanto no es delito, pero sí lo es una semana después.

La Asamblea General de la OMC de fecha 12 de diciembre de 2009, aprobó un **“DOCUMENTO DE POSICIONAMIENTO DE LA OMC EN TORNO A ESTA LEY”** elaborado por la Comisión Central de Deontología que por su vigencia se reproduce en su totalidad:

Con motivo del debate parlamentario de la nueva Ley del Aborto, la Organización Médica Colegial, consciente de los deberes que tiene para con los ciudadanos en general y los médicos en particular, expone públicamente sus compromisos éticos en materia sanitaria, que afectan a unos como beneficiarios de los actos médicos y a los otros como agentes necesarios para su realización, por lo que elevan a la opinión pública las siguientes consideraciones:

Primera.- De acuerdo con el Código de Ética y Deontología Médica, la profesión médica está al servicio de la vida humana.

Segunda.- Los médicos colegiados aceptarán, como no puede ser de otra manera, las leyes emanadas del Parlamento, pero sometiendo siempre al valor superior de la libertad de conciencia de cada uno. La Objeción de Conciencia es un Derecho fundamental e irrenunciable.

Por ello, la Organización Médica Colegial ve con satisfacción que se reafirme el Derecho Constitucional a la objeción de conciencia para todos aquellos profesionales que deban intervenir como cooperadores necesarios en la práctica de un aborto.

Tercera.- Los médicos rechazamos que se utilice el argumento de que la nueva Ley les dotará de una mayor seguridad jurídica a la hora de realizar una interrupción voluntaria del embarazo, ya que no se ajusta a la verdad. Ni los médicos y menos aún el *nasciturus*, estarán mejor protegidos que con la ley anterior.

Cuarta.- Este Proyecto de Ley establece un periodo de 14 semanas durante el cual la mujer será libre para abortar. Este límite es difícil de precisar con el rigor que las leyes exigen a pesar de los medios técnicos actualmente disponibles, por lo que se introduce un aspecto subjetivo, que aconseja establecer algunas cautelas.

Quinta.- Por lo anteriormente mencionado consideramos necesario unas mínimas garantías:

- a. Establecer un sistema que impida irregularidades en los informes médicos, que avalan que el embarazo supone un peligro para la salud psíquica o física de la embarazada.
- b. Debería elaborarse un protocolo de consentimiento informado que ofrezca las debidas garantías de validez y respeto a la opinión y autonomía de la mujer, con información de la naturaleza de la intervención y sus riesgos.
- c. Se debería dar un periodo suficiente de reflexión e informar de las ayudas sociales públicas y privadas a las que podrá acogerse en el caso de que decida continuar con la gestación.
- d. Deberían restablecerse en los hospitales públicos y en cualquier centro en que se realicen abortos, las Comisiones técnico-éticas que establezcan la legalidad o no de la interrupción voluntaria del embarazo. Una decisión tan importante y de consecuencias irreversibles, cual es un aborto, no puede ser adoptada por un solo facultativo.
- e. La interrupción voluntaria del embarazo en menores entre 16 años y la mayoría de edad, no se realizará nunca sin su consentimiento. Vemos con satisfacción que se han tenido en cuenta las sugerencias de la Organización Médica Colegial acerca de la conveniencia e importancia que tiene informar a los padres o tutores, para no privar a la menor de su consejo, apoyo y ayuda.

CUIDADOS PALIATIVOS: DE UNA NECESIDAD A UN DERECHO

Dr. Marcos Gómez Sancho
Presidente de la Comisión Central de Deontología - CGCOM

Una necesidad transformada en un derecho

El envejecimiento de la población y el aumento del número de personas con cáncer, otras enfermedades crónicas o degenerativas, representan un reto importante para las sociedades desarrolladas. Muchos de estos enfermos, que padecen al final de sus vidas un sufrimiento intenso, precisan una atención esmerada en la que debe estar implicada toda la sociedad.

Todas las personas tienen derecho a una asistencia sanitaria de calidad, científica y humana. Por tanto, recibir una adecuada atención médica al final de la vida no debe considerarse un privilegio, sino un auténtico derecho.

La Medicina Paliativa debe aplicarse desde todos los ámbitos asistenciales: Atención Primaria, Atención Especializada y Atención Sociosanitaria. Además, el m adopta ante el sufrimiento una actitud particularmente compasiva y humana, con empatía, respeto y delicadeza. Abandonar al enfermo cuando necesita esta atención constituye una mala práctica.

La calidad de vida como prioridad

El objetivo en la atención a las personas con una enfermedad en fase terminal es procurar su mejor calidad de vida, lo cual implica:

- Identificar, evaluar y tratar el dolor y otros síntomas de forma temprana, así como atender las necesidades psicosociales y espirituales. El tratamiento del dolor no es una cuestión opcional sino un imperativo ético.
- Procurar una comunicación respetuosa y sincera, que aporte información responsable y adecuada. Hay que facilitar al enfermo que pueda expresar sus emociones y siempre debe ser escuchado.
- Una continuidad en los cuidados a lo largo de la evolución de su enfermedad, estableciendo mecanismos de coordinación entre todos los niveles asistenciales, promoviendo y facilitando que el enfermo, si así lo desea, pueda morir en su casa.
- Conocer y respetar los valores del enfermo promoviendo así su autonomía y facilitar su participación en la toma de decisiones prestando una especial atención a las voluntades anticipadas.
- Reconocer la importancia de la familia y el entorno personal del enfermo, promoviendo su colaboración en los cuidados. Así mismo hay que prestar atención esmerada a las necesidades de los cuidadores.

Hacia una buena práctica médica

Las actuaciones asistenciales deberán evitar tanto la prolongación innecesaria de la vida por medio de la obstinación diagnóstica y terapéutica, como su acortamiento deliberado, o el abandono del enfermo y su familia.

Para el control del dolor y de otros síntomas contamos con avances relevantes. El uso adecuado de la morfina y de nuevos analgésicos, entre otras medidas, consigue suprimir o aliviar el dolor en la mayoría de los casos.

La información y la comunicación entre enfermo, familia y equipo terapéutico es otro de los pilares fundamentales para una atención de calidad.

Se debe promover y practicar el trabajo en equipo interdisciplinar, sin olvidar el papel del médico como referente.

La ética clínica, entendida como la metodología que promueve la toma de decisiones respetando los valores de quienes intervienen, debe ser usada como método de trabajo cotidiano.

Una prestación sanitaria básica

Los cuidados paliativos tras demostrar su eficiencia se han convertido en un derecho de todos los ciudadanos españoles y en una prestación sanitaria básica.

Hoy en día, la práctica totalidad de los Servicios Regionales de Salud, competentes para la planificación y la ejecución de las prestaciones, están actualizando o redactando nuevos planes de cuidados paliativos. Debe destacarse, en este sentido, el papel dinamizador que en los últimos años ha ejercido el Ministerio de Sanidad y Consumo, mediante la publicación del Plan Nacional de Cuidados Paliativos (2001) y posteriormente la Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud (2007). Sin embargo, hasta el momento, el desarrollo no ha sido armónico, debido a la adopción de modelos diferentes y, sobre todo, a un grado de ejecución muy variable.

La Organización Médica Colegial (OMC), comprometida con atención sanitaria de máxima calidad, desea contribuir al impulso de una serie de medidas cuyo objetivo es lograr una atención de excelencia al final de la vida, estimando oportuno exponer una serie de consideraciones para el desarrollo de los Cuidados Paliativos en España.

Primera.- El desarrollo de los cuidados paliativos representa una garantía para la correcta atención al final de la vida de las personas.

Segunda.- La planificación de los Cuidados Paliativos en los Servicios de Salud debe contar con la opinión de profesionales expertos en la materia.

Tercera.- Es necesario habilitar un sistema específico de selección, capacitación, acreditación y reconocimiento para los médicos y para el resto de profesionales sanitarios que trabajen en los equipos de Cuidados Paliativos.

Cuarta.- El desarrollo de los Cuidados Paliativos requiere la búsqueda de acuerdos entre las diferentes sociedades científicas y los diferentes colegios profesionales implicados.

Quinta.- Es urgente calcular las necesidades de profesionales sanitarios capacitados en Cuidados Paliativos.

Sexta.- La Medicina Paliativa debe ser practicada en todos los niveles asistenciales, para lo que se precisan medidas de coordinación eficaces.

Séptima.- La confianza en el médico y en el entorno sanitario es fundamental para una correcta atención al final de la vida. La administración sanitaria debe fomentar el establecimiento de dicha confianza.

Octava.- Las administraciones educativas y sanitarias han de garantizar la formación de grado en Cuidados Paliativos en todas las Facultades de Medicina, así como en las de otras profesiones sanitarias.

Novena.- Las administraciones autonómicas competentes en materia social, deben desarrollar medidas ágiles de acceso a sus prestaciones, especialmente a aquellas relacionadas con la ley de la dependencia.

Décima.- Se debe promover la investigación en Cuidados Paliativos considerando sus particularidades.

Conclusiones

Los cuidados paliativos han demostrado eficiencia ya que provocan un impacto muy positivo sobre la calidad de vida del enfermo (alivio de síntomas, buena comunicación y relación médico-paciente y respeto a sus valores, entre otros), apoyan a las familias, complementan al resto de las medidas, influyen sobre los sistemas sanitarios y ahorran costes.

Por tanto, la atención sanitaria al final de la vida de las personas debe ser una prioridad para las Consejerías de Sanidad de todas las Comunidades Autónomas, llevando a la práctica sin demora las directivas establecidas en la reunión del Consejo Interterritorial de 14 de marzo de 2007, en la que se aprobó por unanimidad la Estrategia de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud.

Tal y como señala la Organización Mundial de la Salud en su Recomendación 804, la voluntad política es un elemento decisivo para garantizar la adecuada atención a las personas al final de la vida.

Los cuidados que un pueblo presta a sus ciudadanos más frágiles es un exponente de su grado de civilización. En este esfuerzo colectivo, los médicos, fieles a nuestra mejor tradición humanística y humanitaria, siempre deberemos estar comprometidos.

EL ENFERMO, LA EUTANASIA Y EL MÉDICO

Dr. Jacinto Bátiz

Secretario de la Comisión Central de Deontología - CGCOM

Los médicos no debemos ignorar ni mirar hacia otro lado cuando el enfermo nos manifiesta que no desea continuar viviendo de la manera que lo está haciendo, acompañado por un sufrimiento continuo e insoportable.

Desear tener una buena muerte, morir bien, es una legítima aspiración de los seres humanos. Es un imperativo ético para los médicos ayudar a nuestros enfermos a que mueran bien. Pero, ¿verdaderamente desea la muerte? ¿cuál es la demanda auténtica de un agonizante que pide la eutanasia? Cuando un enfermo dice: ¡Acabemos con esto! ¿cómo debemos comprenderlo? ¿que acabemos con su vida? ¿que acabemos con ese dolor insoportable que padece? ¿tal vez con su angustia? ¿o con su soledad?

Hay enfermos que nos manifiestan en ocasiones: *“Doctor, me siento una carga para mi familia, ¡ayúdeme! ¡no quiero seguir viviendo así!”*. La petición individual o social de la eutanasia debe ser considerada generalmente como una demanda de mayor atención y suele desaparecer cuando le ayudamos a solucionar el “así”. Si su miedo lo transformamos en seguridad, el paternalismo en autonomía, el abandono en compañía, el silencio en escucha, el dolor en su alivio y la mentira en esperanza, tal vez desee seguir viviendo el tiempo que le quede. El enfermo necesita sentirse querido por los suyos, necesita sentir que sigue siendo querido por lo que es y que no necesita cambiar. Todo esto va a ser para él un motivo para querer seguir viviendo. Fue Nietzsche quien dijo: *“El que tiene un por qué para vivir, puede soportar casi cualquier cómo”*.

A los médicos nos debe preocupar lo que le ocurre al enfermo para que desee la muerte. Este deseo puede ser una llamada de atención para que se le alivien todos los síntomas molestos o quizá sea una queja encubierta para que se le trate de una manera más humana, o se le haga compañía. Sencillamente, para que se le explique lo que le está ocurriendo.

La tentación de la eutanasia como solución precipitada, se da cuando un enfermo solicita ayuda para morir y se encuentra con la angustia de un médico que quiere terminar con el sufrimiento del enfermo porque lo considera intolerable y cree que no tiene más que ofrecerle. Los médicos nos sentimos fracasados cuando no podemos curar. Pero debiéramos ser conscientes que el verdadero fracaso es tener que

admitir la eutanasia como solución alternativa al alivio de síntomas y a la comunicación. El fracaso se produce cuando nos planteamos quitar la vida a un enfermo porque no sabemos cómo mejorar sus síntomas ni cómo modificar las circunstancias personales en las que está viviendo.

Aunque la muerte es inevitable, morir malamente no lo debiera ser tanto. Cuando algo se hace o se deja de hacer con la intención directa de producir o acelerar la muerte del enfermo, entonces corresponde aplicar el calificativo de eutanasia. La atención médica al final de la vida debe evitar su prolongación innecesaria, pero también debe evitar su acortamiento deliberado. El teólogo Juan Masiá también nos da algún consejo en este sentido: *"Dejar a la muerte que llegue sin empeñarse en prolongar artificialmente la agonía, sin miedo a usar los analgésicos y los recursos paliativos necesarios para aliviar el dolor y el sufrimiento"*

La acción directa e intencionada, encaminada a provocar la muerte de una persona que padece una enfermedad avanzada o terminal, a petición expresa y retirada de ésta, no es ni deberá ser un acto médico. Sin embargo, interrumpir o no iniciar medidas terapéuticas inútiles o innecesarias así como emplear tratamientos que tienen efectos beneficiosos y otros perjudiciales (doble efecto), sin buscar éstos últimos de forma intencionada para aliviar su sufrimiento, sí son actos médicos que debemos realizar para que el enfermo muera bien. Un excelente ejemplo de lo que decimos sería la sedación en la agonía.

Ante un enfermo en situación terminal lo que se hace o se deja de hacer con la intención de prestarle el mejor cuidado permitiendo la llegada de la muerte, no sólo es moralmente aceptable sino que muchas veces llega a ser obligatorio desde la ética de de las profesiones sanitarias.

Los médicos tenemos que aprender a ayudar a morir bien y todas las técnicas de acompañamiento al moribundo y a su familia. Debemos estar preparados para escuchar algo más que una petición de morir.

Cuando apliquemos las medida terapéuticas que sean proporcionadas, evitando la obstinación diagnóstica y terapéutica, evitando el abandono, evitando el alargamiento innecesario y evitando el acortamiento deliberado, estaremos realizando una buena práctica médica: ayudar a morir bien.

Para terminar, proponemos esta reflexión: ¿El médico puede ser el cuidador de la salud de las personas y ser capaz de poder producir, al mismo tiempo, su muerte intencionada?

LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA EN LA PRÁCTICA DE LA MEDICINA

Dr. Julio García Guerrero
Vocal de la Comisión Central de Deontología - CGCOM

Delimitación conceptual

La Objeción de Conciencia (OC) es la negativa a realizar un cometido profesional que es jurídica o administrativamente exigible aduciendo para ello razones morales o de conciencia. Está motivada por un impulso individual y subjetivo de carácter moral o ético y el objetor no pretende la derogación de la ley o norma, sino simplemente, que se le exima de su cumplimiento, y para ello invoca determinados principios morales que entran en conflicto con sus deberes jurídicos. En esto de diferencia de otras formas de desobediencia al derecho como la desobediencia civil que normalmente de carácter colectivo, pretende la derogación de la norma y acepta la sanción que su incumplimiento comporta. El objetor está convencido de que el comportamiento exigido por una ley o norma es éticamente incorrecto, pero también entiende que no puede imponer sus convicciones a otras personas y por ello solicita que no se le obligue a actuar. Casos diferentes son la *pseudo-objeción* en la que la OC es incorrecta y basada en argumentos que no son de recibo y la *cripto-objeción*, en la que no hay una objeción, pero sí un comportamiento como si se hiciera. Ambas son reprobables desde el punto de vista ético y deontológico. Un caso especial lo constituye la *objeción de ciencia*, en la que hay una negativa a una determinada práctica pero basada en razones científicas, porque el que lo hace considera que las evidencias científicas desaconsejan la práctica demandada; en este caso el objetor debe tener los argumentos suficientes como para justificar su discrepancia.

Normativa deontológica actual

1.- La Declaración de Oslo sobre el aborto de la Asociación Médica Mundial (Oslo 1970) y sus sucesivas revisiones hasta la última de Pilanesberg (Sudáfrica) de 2006 establece en su punto 6: *"Si las convicciones del médico no le permiten aconsejar o practicar un aborto, éste puede retirarse, siempre que garantice que un colega calificado continuará prestando la atención médica"*.

2.- La Guía de ética médica europea en su artículo 18 reza: *"Es conforme a la ética que el médico, en razón de sus convicciones personales, se niegue a intervenir en procesos de reproducción o en casos de interrupción de la gestación o abortos"*.

3.- La Asamblea General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, en sesión celebrada el 31 de mayo de 1997 aprobó la Declaración de la Comisión Central de Deontología sobre la Objeción de Conciencia del médico, en sus principios éticos afirma: *"La negativa del médico a realizar, por motivos éticos o religiosos, determinados actos que son ordenados o tolerados por la autoridad es una acción de gran dignidad ética cuando las razones aducidas por el médico son serias, sinceras y constantes, y se refieren a cuestiones graves y fundamentales"*.

4.- El actual Código Deontológico recoge el derecho a la OC en varios artículos:

Art. 9.3: *"Si el paciente exigiera del médico un procedimiento que éste, por razones científicas o éticas, juzga inadecuado o inaceptable, el médico, tras informarle debidamente, queda dispensado de actuar"*

Art. 26.1: *"El médico tiene derecho a negarse por razones de conciencia a aconsejar alguno de los métodos de regulación y de asistencia a la reproducción, a practicar la esterilización o a interrumpir un embarazo. Informará sin demora de su abstención y ofrecerá, en su caso, el tratamiento oportuno al problema por el que se le consultó. Respetará siempre la libertad de las personas interesadas de buscar la opinión de otros médicos. Y debe considerar que el personal que con él colabora tiene sus propios derechos y deberes"*.

Art. 26.2: *"El médico podrá comunicar al Colegio de Médicos su condición de objetor de conciencia a los efectos que considere procedentes, especialmente si dicha condición le produce conflictos de tipo administrativo o en su ejercicio profesional. El Colegio le restará asesoramiento y la ayuda necesaria"*.

5.- La Declaración sobre Objeción de Conciencia aprobada por el Pleno de la Organización Médica Colegial en Septiembre de 2009 actualiza las orientaciones prácticas desde el punto de vista deontológico.

Consideraciones prácticas

1.- El médico puede y debe negarse a realizar prácticas médicas que vayan en contra los dictados de su conciencia. Es un deber moral y una práctica lícita desde un punto de vista social.

2.- La OC médica nunca puede significar una discriminación de las personas. El médico puede negarse a una actuación porque le signifique un grave problema moral, pero nunca por unas determinadas características del paciente como edad, raza, ideología, religión u otras similares.

3.- El médico objetor comunicará al paciente su objeción a la prestación de que se trate de forma razonada. En todo caso, deberá dirigir al paciente hacia el profesional o la institución que den respuesta a la atención demandada.

4.- Es éticamente reprobable que un colegiado que objetara en conciencia en la institución en la que trabaja como asalariado, practique dicha acción objetada cuando trabaja por cuenta propia. Tal conducta sería signo de doblez moral que causaría grave descrédito a la profesión médica, pues revelaría que el afán de lucro es el móvil esencial de ese comportamiento.

5.- El ejercicio de la OC no exime al médico de prestar cualquier otra atención médica, especialmente en casos de urgencia, a la persona causante de su objeción, incluso aunque esta urgencia tenga que ver con la actividad objetada.

6.- El médico objetor debe comunicar su condición a los responsables de la Institución para que trabaje. Podrá asimismo comunicarlo a su Colegio Profesional.

7.- La OC nunca puede significar discriminación de ningún tipo para el médico que la practica. El médico objetor nunca debe sufrir presiones en el ejercicio de sus funciones por su condición de objetor. El profesional que objete nunca obtendrá ventajas laborales de su condición y aceptará de buen grado otras tareas que se le asignen en la Institución para la que trabaje.

8.- En la medicina actual pueden ser numerosas las causas que motiven la objeción de conciencia, entre otras: interrupción voluntaria del embarazo, contracepción, terapias con células madre embrionarias, eutanasia, rechazo y demanda de tratamientos, alimentación forzada de reclusos en huelga de hambre; pueden crear serios conflictos morales y de práctica diaria que deberán ser afrontados desde la reflexión y la serenidad.