

Tabla 1 Resumen de las características de los pacientes

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Edad	48	66	75	86
Sexo	Mujer	Mujer	Mujer	Varón
Vitamina B12 (pg/ml)	92	151	101	125
Hemoglobina (g/dl)	14	13	12	13
Manifestaciones neurológicas	No	No	No	No
Ac antifactor intrínseco	Positivos	Positivos	Negativos	Positivos
Ac anticélulas parietales	Negativos	Positivos	Negativos	Positivos
Ac antiperoxidasa	Positivos	Positivos	Positivos	Positivos
Ac antitiroglobulina	Positivos	Positivos	Negativos	Negativos

Ac: anticuerpos.

tuvieron un HPA diagnosticado antes, al mismo tiempo o posteriormente al diagnóstico de la AP. Las características de estos 4 pacientes se describen en la [tabla 1](#).

Varios estudios han puesto de manifiesto la relación existente entre la AP, la enfermedad tiroidea autoinmune (incluyendo el HPA) y la presencia de Ac antitiroideos¹⁻⁷. No obstante, la frecuencia de esta asociación es poco conocida y la información disponible es escasa. Por ejemplo, el 50% de una serie de 22 pacientes con AP tuvo Ac antiperoxidasa y el 13% Ac antitiroglobulina⁴. En otro estudio, en el 28% de 115 pacientes con enfermedad tiroidea autoinmune se demostró un déficit de vitamina B12⁵. En una serie de 162 pacientes con AP, aproximadamente un 12% tuvo un hipotiroidismo primario³. En otro estudio de 126 pacientes chinos con AP, el 7% presentó un HPA y el 44% Ac antitiroideos⁷.

En la serie descrita en este artículo, aproximadamente un tercio de los pacientes con AP tuvieron un HPA diagnosticado antes, al mismo tiempo o posteriormente al diagnóstico de la AP. Esta alta frecuencia de HPA en la AP, muy superior a la descrita en otras series, sugiere la posible existencia de diferencias geográficas y apoya la necesidad del estudio y seguimiento de la función tiroidea en los pacientes con AP, sobre todo si los Ac antitiroideos son positivos. Más estudios son necesarios para conocer la frecuencia de esta «clásica» asociación, así como las posibles implicaciones en cuanto al tratamiento y pronóstico de ambas entidades.

Bibliografía

1. Markson JL, Moore JM. Thyroid auto-antibodies in pernicious anaemia. *BMJ*. 1962;2:1352-5.

doi:10.1016/j.rce.2009.11.017

2. Krassas G, McHardy-Young S, Ramsay I, Florin-Christensen A. Thyroid function and antibody studies in pernicious anaemia. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 1977;6:145-51.
3. Carmel R, Spencer CA. Clinical and subclinical thyroid disorders associated with pernicious anemia. Observations on abnormal thyroid-stimulating hormone levels and on a possible association of blood group O with hyperthyroidism. *Arch Intern Med*. 1982;142:1465-9.
4. Ottesen M, Feldt-Rasmussen U, Andersen J, Hippe E, Schouboe A. Thyroid function and autoimmunity in pernicious anemia before and during cyanocobalamin treatment. *J Endocrinol Invest*. 1995;18:91-7.
5. Ness-Abramof R, Nabriski DA, Braverman LE, Shilo L, Weiss E, Reshef T, et al. Prevalence and evaluation of B12 deficiency in patients with autoimmune thyroid disease. *Am J Med Sci*. 2006;332:119-22.
6. Lippi G, Montagnana M, Targher G, Salvagno GL, Guidi GC. Prevalence of folic acid and vitamin B12 deficiencies in patients with thyroid disorders. *Am J Med Sci*. 2008;336:50-2.
7. Chan JC, Liu HS, Kho BC, Lau TK, Li VL, Chan FH, et al. Pattern of thyroid autoimmunity in chinese patients with pernicious anemia. *Am J Med Sci*. 2009;337:432-7.

J.M. Calvo Romero

Servicio de Medicina Interna, Hospital Ciudad de Coria, Coria, Cáceres, España
Correo electrónico: jm.calvo@hotmail.es

Objeción de conciencia en el sistema sanitario público

Conscientious objection within the public health system

La objeción de conciencia (OC) sanitaria es la negativa del personal sanitario a prestar su colaboración o a realizar una intervención a la que está por norma obligado por ir en

contra de sus propias creencias. El profesional funcionario, como sujeto competente y sobre la base de su derecho a la *libertad de conciencia y pensamiento*¹, decide oponerse a una norma que considera injusta y deja de realizar algún tipo de prestación desobedeciendo la ley. Esta decisión genera un conflicto entre el deber jurídico de obediencia a unas leyes establecidas por voluntad general y un deber moral basado en las convicciones del sujeto habitualmente acordes a una conciencia moral de un colectivo ideológico o comunidad religiosa².

Tabla 1 Supuestos más frecuentes de objeción de conciencia sanitaria

<i>Ginecología y reproducción</i>
Dispensación de la píldora del día después
Realización del aborto
Esterilización voluntaria
Reproducción humana asistida y diagnóstico preimplantacional
Clonación terapéutica
<i>Atención sanitaria en el final de la vida</i>
Cumplimiento de instrucciones previas (medidas paliativas o soporte vital)
Rechazo al tratamiento y limitación del esfuerzo terapéutico
Sedación terminal
Tratamientos fútiles
<i>Tratamientos e intervenciones sanitarias</i>
Renuncia del paciente a transfusión sanguínea por motivos religiosos
Tratamientos médicos forzosos, como la alimentación coactiva con sonda nasogástrica o por vía parenteral
Práctica de la circuncisión

La cuestión de fondo es si legítimamente se puede incumplir la legislación y con esto afectar al funcionamiento del sistema sanitario público sobre la base de una decisión tomada en el ámbito personal.

De forma genérica se podría decir que el derecho a la OC es una excepción a la aplicación de la ley y que, como tal, no existe. Existe el derecho a *la libertad ideológica y de expresión* (Constitución Española, art. 16) y su reconocimiento por parte de la Constitución Europea (art. II-70,2) *de acuerdo con las leyes nacionales que regulan su ejercicio*. De hecho, nuestro ordenamiento jurídico sólo contempla la OC en relación con la prestación del ya extinto servicio militar obligatorio (Constitución Española, art. 30.2) y en la práctica del aborto en las modalidades en que fue despenalizado. Esta situación se debe en parte a que el Tribunal Constitucional la considera como un derecho autónomo de naturaleza constitucional, no fundamental, acotable, que admite los supuestos reconocidos en la Constitución o en una ley ordinaria³. De hecho, diferentes comunidades amplían los supuestos de OC, como la de Madrid, que incluye la OC al seguimiento de las voluntades anticipadas⁴, o la de Cataluña, con la dispensación de la píldora del día después recientemente incorporada como obligatoria en el catálogo de medicamentos⁵.

Sin embargo, la proliferación de supuestos de objeción a los que puede acogerse el profesional sanitario funcionario es cada vez más numeroso y de más variada naturaleza (tabla 1)^{6,7}. En el caso de que se negase a prestar dichos

servicios públicos, podría incurrir en el delito tipificado en el Art. 542 del Código penal que contempla pena de inhabilitación de 1–4 años⁸. Además, iría en contra del Estatuto Jurídico del Personal Médico de la Seguridad Social que establece como obligaciones genéricas *prestar subservicios profesionales a petición de los interesados que tengan a su cargo, y también cuando así lo requieran otros facultativos*⁹. Es por esto que, en ausencia de una regulación específica y pese a que su rango constitucional protegería a quienes manifiestan su deseo de objetar, ejercerla sigue suponiendo una inequidad con respecto a los servicios que se ofrecen por parte de los no objetores, pudiendo afectar a la actividad de una administración pública, como es el sistema sanitario⁷.

A día de hoy, la OC sigue siendo una excepción a un deber general y un privilegio por el que no se aplica pena ante su incumplimiento. Puesto que sigue sin especificarse el modo concreto en que se podría ejercer con garantías mínimas para los pacientes, todo profesional tiene la obligación de conocer los límites de su objeción y con el máximo respeto a todas las opiniones, buscar alternativas prudentes que garanticen el derecho a la atención sanitaria.

Bibliografía

1. Declaración Universal de Derechos Humanos 1948, art. 18 Adoptada y proclamada por la Asamblea General en su Resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948.
2. Durany I. Objeciones de conciencia. Pamplona: Navarra Gráfica Ediciones; 1998 p. 12–53.
3. Sierra S. La objeción de conciencia sanitaria desde la perspectiva constitucional. *Bioética y Ciencias de la Salud*. 1997;3:9–12.
4. Ley 3/2005, art. 3.3, del 23 de mayo, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro correspondiente.
5. Garriga, J. Farmacéuticos por encima de la OMS. Noticia: El País. [consultado 22/8/2009]. Disponible en: <http://www.elpais.com>.
6. Abellan F. Libertad de conciencia y salud. Guía de casos prácticos. Madrid: Comares; 2008.
7. Sánchez M. Objeción de conciencia y su repercusión en sanidad. *Bol Pediatr*. 2007;47:25–30.
8. Ley Orgánica 10/1995, del 23 de noviembre, del Código Penal. Delitos contra la Constitución. Capítulo IV. De los delitos relativos al ejercicio de los derechos fundamentales y libertades públicas y al deber de cumplimiento de la prestación social sustitutoria. Sección 3.ª de los delitos cometidos por los funcionarios públicos contra otros derechos individuales.
9. Decreto 3160/1966, del 23 de septiembre, por el que se regula el Estatuto Jurídico de Personal Médico de la Seguridad Social (BOE de 30/12/66), art. 27.

A.M. Peiró

Comité de Bioética Asistencial, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España
Correo electrónico: peiro_ana@gva.es