



Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



ARTÍCULO ESPECIAL

La objeción de conciencia en el ámbito clínico. Propuesta para un uso apropiado (II)

A. Couceiro^{a,*}, J.A. Seoane^b y P. Hernando^c

^a Facultad de Medicina (UPV/EHU), Bilbao, Bizcaia, España

^b Área de Filosofía del Derecho, Facultad de Derecho, Universidad de A Coruña, A Coruña, España

^c Comité de Ética Asistencial, Corporación Sanitaria Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España

Recibido el 23 de febrero de 2011; aceptado el 23 de febrero de 2011

Disponible en Internet el 2 de mayo de 2011

PALABRAS CLAVE

Objeción de conciencia;
Relación clínica;
Ética;
Legislación

Resumen Los cambios sociales y el uso de nuevas tecnologías han generado nuevos conflictos en la relación clínica. En muchas de estas situaciones se hace un uso improcedente de la objeción de conciencia, con las repercusiones que ello conlleva para los profesionales, los pacientes y las instituciones sanitarias.

En este artículo se intenta clarificar el problema desde el punto de vista clínico, valorando el incremento de los riesgos en la praxis clínica a causa de las elecciones de los pacientes, la complejidad de la praxis clínica actual y el uso adecuado de los medios de soporte vital. Asimismo se analizan los valores éticos socialmente controvertidos y prácticas profesionales sin un fin curativo y sin indicación clínica en sentido fisiológico.

© 2011 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Conscientious objection;
Physician-patient relationship;
Decision making;
Ethics;
Legislation

Conscientious objection in the clinical setting. A proposal for its appropriate use (II)

Abstract Social changes and new technologies have brought new problems in doctor-patient relationship. In many clinical contexts conscientious objection is misused, with negative effects for patients, healthcare professionals and institutions.

In this article an attempt will be made to clarify the problem from a clinical point of view, assessing the increase in risks in clinical praxis due to patient choice, the complexity of current clinical praxis, and the appropriate use of life support measures. Likewise, it analyses socially controversial ethical values and professional practices with no curative value and with no clinical indication in the physiological sense.

© 2011 SECA. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autora pra correspondencia.

Correo electrónico: acouceiro@arrakis.es (A. Couceiro).

El incremento de los riesgos en la praxis clínica a causa de las elecciones de los pacientes

Cada vez es más frecuente que los hábitos de los ciudadanos, sus creencias religiosas o sus estilos de vida entren en conflicto con las indicaciones clínicas. Si un paciente adulto y capaz rechaza voluntariamente una actuación indicada por el profesional volvemos al marco ya explicitado del rechazo de tratamiento. Otro problema, algo distinto, es el del paciente que, por motivos personales —estilos de vida, creencias religiosas, etc.—, rechaza una parte del tratamiento, disminuyendo con ello las probabilidades de éxito terapéutico.

Hasta ahora la respuesta más frecuente del clínico ha sido negarse a intervenir sobre cualquier paciente cuyas demandas incrementen los riesgos clínicos, por pequeños que sean, aludiendo de nuevo a la figura de la objeción de conciencia. El ejemplo típico y más frecuente, aunque no el único, es el rechazo de una transfusión de sangre, bien en el paciente que es subsidiario de una intervención quirúrgica, bien en aquel otro con afección hemática que requiere un protocolo de quimioterapia al que va asociado una transfusión coadyuvante.

Un análisis lógico del problema exige identificar en cuánto modifica o incrementa los riesgos la petición del paciente. Sólo así se puede tomar una decisión argumentada sobre lo que el profesional considera una práctica clínica asumible, que no la óptima, definiendo ante cada paciente y cada situación que se le plantea el riesgo que puede aceptar, sin causar con ello más daño que beneficio¹.

Veamos tres casos. El primero es el de un paciente natu- rista, diagnosticado de sospecha de apendicitis y sin otro antecedente clínico de interés, que rechaza la transfusión sanguínea. Se valora la probabilidad de necesitar transfusión. En el hospital que atiende al paciente el procedimiento CIE9MC 47 —operaciones sobre el apéndice— señala 0 transfundidos, dentro de un intervalo probabilístico de 0 al 3%. A la vista de estos datos, sería difícil para un clínico argumentar la no intervención del paciente, pues es claro que su petición no incide prácticamente en el incremento de los riesgos asociados (**tabla 1**).

Situémonos en el caso contrario, en el otro extremo. El segundo caso se refiere a un varón de 73 años, con dolor en la deambulación e indicación de cirugía de prótesis de cadera, que rechaza la transfusión sanguínea. El porcentaje de transfundidos en el centro para este procedimiento (CIE9MC 81.51) es del 25%, oscilando en un intervalo de 17-35%, pero la enfermedad concomitante del paciente —grave

hepatopatía de base, problemas de coagulación e hipertensión pulmonar— hace que su riesgo personalizado de necesitar transfusión se estime alrededor del 80%. Es factible no operar, por más que el paciente seguirá con su dolor a la deambulación, mientras que operar significa asumir riesgos elevadísimos de muerte. Dicho de otra manera, operar bajo las condiciones exigidas por el paciente puede ser catalogado de contraindicación, ya que se ha perdido el equilibrio entre los riesgos asumibles y los beneficios esperados que definen el ámbito de la indicación clínica. Y todavía más cuando la alternativa no es operar vs. morir, sino operar vs. seguir viviendo, bien que con dolor en la deambulación. A la vista de los datos y con base en la praxis clínica, ningún profesional debería asumir esta cirugía.

Pero la mayoría de los casos no son tan claros, por extremos, como los descritos, ya que la probabilidad del riesgo de necesitar transfusión es intermedia. Operaciones sobre la vejiga (5-14%), sustitución de la rodilla (8-15%) o la histerectomía vaginal (1-14%) son ejemplos de riesgos más bajos, mientras que en el otro extremo encontramos intervenciones quirúrgicas como la prostatectomía radical (24-71%) o la escisión del estómago (29-75%), cuyo riesgo es muy alto.

Es difícil poner un límite preciso, pero sí se puede argumentar que, a menor riesgo, es mayor la obligatoriedad del clínico de asumir las peticiones del paciente. Y viceversa, a mayor riesgo inducido por las peticiones del paciente, es menor la obligatoriedad del profesional de realizar una praxis clínica en las condiciones que plantea el paciente. Otro punto de relevancia en la argumentación es la distinción entre el incremento del riesgo y la futilidad de la intervención. El caso de la cirugía de prótesis de cadera ejemplifica una situación que rodea la futilidad terapéutica². La evaluación sobre la futilidad de un tratamiento es un juicio clínico complejo de los profesionales, basado en criterios de indicación y pronóstico que, una vez realizado, es un límite para acceder a las peticiones de los pacientes.

Las situaciones descritas y otras similares en las que el paciente rechaza parte de un tratamiento —quimioterapia, nutrición artificial, vacunación, transfusión sanguínea, etc.— plantean un conflicto que debe analizarse dentro del marco de las indicaciones y las contraindicaciones, de lo que se considera una praxis clínica correcta y de los riesgos que se pueden asumir razonablemente sin caer en la futilidad. Por lo tanto, no se debería apelar a la objeción de conciencia, sino a la valoración colegiada y profesional de dichos riesgos.

La negativa del clínico no proviene de un conflicto entre su conciencia y las leyes vigentes. Todo lo contrario. Tiene un conflicto porque sabe que en su práctica clínica no puede

Tabla 1 Riesgo de indicación de transfusión

Incremento mínimo del riesgo	Incremento medio del riesgo	Gran incremento del riesgo
Reparación de hernia (0-2%)	Operaciones sobre la vejiga (5-14%)	Prostatectomía radical (24-71%)
Operaciones sobre el apéndice (0-3%)	Operaciones sobre la trompa de Falopio (0-19%)	Incisión y escisión de estómago (29-75%)
Operaciones sobre el ano (1-7%)	Histerectomía abdominal total (2-19%)	Artroplastias de columna (7-61%)
Colectectomía (2-7%)	Sustitución total de rodilla (8-15%)	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de distintos hospitales.

incurrir en mala praxis, y eso es lo que lo conduce a negarse de manera absoluta a las peticiones de los pacientes. El problema es que no se realiza ningún tipo de valoración del riesgo asociado, porque el profesional entiende que no debe prestar ningún tipo de asistencia que no sea la óptima y en las mejores condiciones técnicas.

Un cambio progresivo de actitud y comprensión de la autonomía del paciente modificaría estas actuaciones, que dejarían de identificarse erróneamente como conflictos de conciencia y se convertirían en espacios de deliberación. Deliberación con el paciente y con el resto del equipo acerca de los riesgos que pueden ser asumidos en la intervención clínica, en el intento de respetar también, y cuando se considere posible, los valores de los ciudadanos³.

La complejidad de la praxis clínica y el uso adecuado de los medios de soporte vital

Las actuaciones clínicas y los medios de los que disponemos en la actualidad para modificar la vida y la muerte de los ciudadanos han cambiado mucho en poco tiempo. De aquí que sean frecuentes los conflictos que giran alrededor de los medios de soporte vital, o de fármacos y prácticas clínicas ya protocolizadas, como la sedación del enfermo terminal, que afectan al final de la vida de los pacientes.

Un primer grupo de problemas acaece por el desconocimiento o el manejo inadecuado de conceptos nuevos, como el de muerte encefálica. Los criterios que definen esta situación están claramente señalados en Anexo I del Real Decreto 2070/1999 de extracción y trasplante de órganos⁴. Dicho concepto ha permitido, entre otros logros, la posibilidad de los trasplantes. Un individuo que cumple criterios de muerte encefálica puede ser mantenido con los medios de soporte vital actuales hasta la donación de sus órganos, reduciendo al mínimo el tiempo de isquemia. Si el paciente ya fallecido es candidato a ser donante de órganos, antes de proceder a la desconexión final se realizan una serie de intervenciones clínicas destinadas a posibilitar la conservación y extracción de esos órganos.

Hay situaciones en las que, por causas diversas, el paciente en muerte encefálica no es candidato a donante. Cuando un paciente cumple criterios de muerte encefálica, no iniciar o retirar todas las medidas terapéuticas de soporte vital no produce ni permite la muerte del paciente, porque en realidad esta ya ha ocurrido. Siendo así, procede la desconexión inmediata de los medios de soporte vital⁵. No tiene sentido hablar de objeción de conciencia. No es una cuestión de conflicto ético, que puede darse ante pacientes vivos, pero no en los fallecidos.

El segundo grupo de problemas hace referencia al manejo de los medios de soporte vital y a la existencia de dos conceptos relacionados: la futilidad terapéutica y la limitación del esfuerzo terapéutico. La limitación del esfuerzo terapéutico (LET) es la retirada, o no inicio, de medidas terapéuticas porque el profesional sanitario estima que en la situación concreta del paciente son inútiles o fútiles, ya que tan sólo consiguen prolongar la vida biológica, pero sin posibilidad de proporcionar una recuperación funcional con una calidad de vida mínima.

La LET «permite» la muerte en el sentido de que no la impide, pero en ningún caso la «produce» o la «causa». Esta

diferencia entre «permitir» la muerte y «producir» la muerte es clave, pues es la que separa la LET de la eutanasia⁶. También porque permitir la muerte es lo que demanda una buena praxis clínica. Dicho de otra forma, el manejo correcto del concepto de LET identifica hoy a un buen profesional en su área.

El juicio clínico sobre la futilidad de una medida no es fácil. En cualquier caso, cuando tras una evaluación ponderada de los datos clínicos disponibles un clínico concluye que una medida terapéutica resulta fútil, no tiene ninguna obligación ética de iniciarla, y si ya la ha iniciado, debería proceder a retirarla. De lo contrario, estaría incurriendo en lo que se ha denominado obstinación terapéutica⁷.

La base principal de una decisión de LET es siempre un juicio clínico prudente sobre el grado de adecuación, necesidad o futilidad de una intervención médica, realizado por los profesionales que atienden al paciente, que en la actualidad se considera un estándar de calidad de la actuación profesional^{8,9}. Asimismo, el art. 27.2 del Código de Ética y Deontología Médica 1999 de la OMC señala su corrección deontológica. Si la LET es buena praxis clínica, no contraria a la ética profesional, no punible y acorde con la legislación vigente —no contradice ninguna norma, en especial los artículos 143 (cooperación al suicidio) y 196 (omisión del deber de socorro) del Código Penal—, no tiene cabida la apelación a la objeción de conciencia. Más bien se trata de poner de manifiesto, y de manejar adecuadamente, las dificultades e incertidumbres que entraña para los profesionales realizar un juicio clínico de estas características.

El tercer grupo de problemas se refiere al uso de fármacos, como los opiáceos, o a determinadas prácticas clínicas, como la sedación del enfermo terminal. Por sedación paliativa se entiende la administración de fármacos a un paciente en situación terminal, en las dosis y combinaciones requeridas para reducir su conciencia todo lo que sea preciso para aliviar uno o más síntomas refractarios que le causan sufrimiento, contando para ello con su consentimiento informado y expreso. Se trata de una práctica clínica que, si se realiza conforme a las indicaciones clínicas y prescripciones técnicas, y contando con el consentimiento informado del paciente o de su representante en caso de incapacidad, no debería ser considerada de un modo muy diferente del de cualquier otra actuación médica¹⁰.

Lo que hace aparentemente especial esta actuación clínica es que uno de sus posibles efectos secundarios, por un mecanismo no del todo aclarado, puede contribuir a acortar el tiempo de vida del paciente. Pero todas las prácticas clínicas tienen efectos secundarios no deseados ni buscados. La práctica de la medicina paliativa ha permitido comprobar que ese riesgo de depresión respiratoria en pacientes con dolor intenso es muy pequeño, y en todo caso, no mayor que el riesgo asociado a otros tratamientos de uso habitual entre los clínicos. Reconocer que el fin del paciente está próximo es fundamental para orientar el tratamiento y no demorar el alivio del sufrimiento, hoy considerado una exigencia de buena praxis clínica y protocolizada como tal¹¹⁻¹³.

Cuando los clínicos no saben cómo resolver alguno de estos problemas apelan, con cierta frecuencia, a la objeción de conciencia. Son falsas objeciones. No se trata de un conflicto entre las leyes vigentes y la conciencia personal, sino de las insuficiencias técnicas y de formación en los profesionales, que no siempre consultan con otros profesionales

expertos en el área para reconsiderar sus puntos de vista y fundamentar decisiones clínicas que son relativamente nuevas y ciertamente complejas.

Valores éticos socialmente controvertidos y prácticas profesionales sin un fin curativo y sin indicación clínica en sentido fisiológico

Si hay algún espacio de controversia generalizado en las sociedades occidentales, ese corresponde a los temas relacionados con la sexualidad y la reproducción. El mundo de la sexualidad humana y todo lo que lo rodea se ha insertado siempre en el interior de complejos sistemas simbólicos, sistemas de los que ha derivado tanto su significado como sus límites éticos y jurídicos.

En nuestra cultura encontramos dos referentes básicos desde los que se articula una ética de la sexualidad. El primero se basa en «lo natural», y su contenido y fundamento vienen dados por aquello que naturalmente sea el fin de la sexualidad, que es la reproducción. Aquí los dos elementos del binomio, sexualidad y reproducción, van siempre unidos. El segundo aparece en el mundo moderno: sexualidad y reproducción pueden ser separados. El conocimiento de la fisiología del ciclo ovárico femenino, a principios del siglo xx, contribuyó decisivamente a ello.

A la posibilidad técnica se une el reconocimiento progresivo del respeto a las decisiones sobre la reproducción tomadas en el ámbito de la pareja, y la aparición de los llamados derechos reproductivos. Estos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, y a disponer de la información y de los medios para ello. Esta forma novedosa de enfocar el tema quedó claramente plasmada en el Programa de Acción de la Conferencia de El Cairo, y dio como resultado el nuevo y amplio concepto de salud reproductiva¹⁴.

Los derechos reproductivos son derechos de libertad y elección, ubicados en el marco del ámbito privado de la pareja, que exigen del Estado información y respeto a las decisiones. Ahora bien, con respecto al ámbito de la sexualidad, hay dos intervenciones despenalizadas en el artículo 156 del Código Penal, la esterilización voluntaria y la cirugía transexual. Esto significa que, aunque desde el punto de vista jurídico se consideran «lesiones» (Art. 149 CP), no son punibles si existe consentimiento válido, libre, consciente y expreso del ciudadano. Su despenalización sólo refleja un acuerdo social ético favorable a no sancionar unas actuaciones que no se ajustan a los objetivos tradicionales de la medicina, pues su naturaleza es más perfectiva o de mejora que directamente curativa, al menos desde un concepto tradicional y más «naturalista» de salud.

Respecto al embrión y al feto, el tema es aún de mayor complejidad. Su estatuto ético es una cuestión filosófica que lleva debatiéndose siglos. Si bien hay acuerdo en que la generación de un ser humano es un proceso continuo, el desacuerdo viene a la hora de dar relevancia a sus etapas: fecundación, implantación, final de la organogénesis, viabilidad fetal. Hay quien considera estas etapas como cuantitativamente distintas, mientras que otros afirman que no lo son. De estas dos posturas divergentes se derivan repercusiones éticas y jurídicas muy diferentes.

En estos ámbitos la objeción de conciencia es procedente. A diferencia de los paradigmas ya descritos en este artículo, aparecen aquí nuevas características:

- Se refieren a espacios y valores en los que no sólo no hay acuerdos morales en nuestras sociedades, sino más bien profundos desacuerdos.
- Existe una posible afectación inmediata o directa de terceros: embrión, feto.
- No existe una consideración de indicación clínica en sentido estrictamente fisiológico: esterilización.
- La intervención tiene naturaleza perfectiva o de mejora, y no directamente curativa.

A modo de resumen, se puede afirmar que en España no existe un derecho general a la objeción de conciencia, sino manifestaciones concretas de la libertad de conciencia, en las que se reconoce excepcionalmente al profesional objecor la legitimidad del incumplimiento de una norma o de un deber jurídico. La complejidad en el uso de medios técnicos de la práctica clínica actual y la introducción simultánea del valor de la autonomía en la relación clínica están generando nuevos conflictos, a los que se asocian confusiones terminológicas y conceptuales.

Una de ellas es no distinguir entre LET, rechazo de tratamiento, muerte cerebral, sedación terminal y eutanasia. Otra confusión extendida es la de apelar sistemáticamente a la objeción de conciencia en muchas de estas situaciones, y también en aquellas otras que acaecen como consecuencia del ejercicio de la autonomía de los ciudadanos en la toma de decisiones sobre su vida.

La apelación sistemática a la objeción está produciendo una «inflación de la objeción de conciencia» que genera serios problemas en los pacientes, en las instituciones sanitarias y también en los profesionales. Incluso las instituciones cuyos protocolos son un buen ejemplo de reflexión y orientación de la praxis clínica tienen dificultades para delimitar el ámbito de actuación de la objeción de conciencia, y yerran al identificar los supuestos clínicos en los que es procedente apelar a la objeción¹⁵.

Clarificar situaciones y nombrarlas de forma precisa es paso previo e imprescindible para reubicar la objeción de conciencia en el mundo sanitario¹⁶. También lo es ser conscientes de que la objeción no se puede reconocer de manera inmediata ni absoluta, sin ponderar las alternativas y los bienes en conflicto, que es lo que exige un modelo de protección bilateral en un Estado de Derecho

Un ejemplo legislativo de esa protección bilateral se encuentra en la Ley de salud sexual y reproductiva, cuyo artículo 19.2 reconoce el derecho a ejercer la objeción de conciencia a todo profesional directamente implicado en la interrupción voluntaria del embarazo, «sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabados por el ejercicio de la objeción de conciencia»¹⁷.

Además de exigir la implicación directa del profesional con la actuación a la que objeta —la interrupción voluntaria del embarazo—, la ley afirma el carácter individual de la objeción. Asimismo, para que la negativa a la intervención derivada de la objeción sea respetada, exige la obligatoriedad de declarar por escrito y de forma anticipada la condición de objecor, y la obligación de prestar a la paciente

la atención necesaria antes y después de la intervención objetada.

Pero más allá del procedimiento requerido en la salvaguarda de todos los bienes en conflicto, el primer escalón será siempre la delimitación del uso apropiado del concepto de objeción de conciencia, figura que es uno de los puntos cruciales de relación entre la Ética y el Derecho en las sociedades democráticas.

Bibliografía

1. Cortés C, Padilla C, Ruiz P, Quesada E, Roldán MA, Ruiz J, et al. Protocolo de atención a los pacientes de la confesión religiosa "Testigos de Jehová". Hospital de Antequera: Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2007.
2. Burns JP, Truog RD. Futility. A concept in evolution. *Chest*. 2007;132:1987-93.
3. Martorell MV, Sánchez A, editors. *Document sobre el rebuig dels Testimonis de Jehovà a les transfusions de sang*. Barcelona: Observatori de Bioètica i Dret; 2005.
4. Real Decreto 2070/1999, de 30 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención y utilización clínica de órganos humanos y la coordinación territorial en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos. *BOE* 2000, 4 de enero; 3: 179-90.
5. Marsé Milla P. Muerte encefálica y toma de decisiones en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Med Intensiva*. 2000;24:189-92.
6. Gracia D. Cuestiones de vida o muerte. Dilemas éticos en los confines de la vida. En: Morir con dignidad. Dilemas éticos en el final de la vida. Madrid: Doce Calles; 1996. p. 106-139.
7. Abel F, Sans J. *Obstinació terapèutica*. Revista de la Real Acadèmia de Medicina de Catalunya. 2005;20:68-72.
8. Cabré Pericas L, Solsona Durán JF, Grupo de Trabajo de Bioética de la SEMYCIUC. Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva. *Med Intensiva*. 2002;26:304-11.
9. Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte. *BOJA*; 2010, 7 de mayo; 88: 8-16.
10. Couceiro A, Núñez JM. Orientaciones para la sedación del enfermo terminal. *Med Pal*. 2001;8:138-43.
11. Comité Ético de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos. Aspectos éticos de la sedación en cuidados paliativos. *Med Pal*. 2002;9:41-6.
12. Cherny N, Radbruch L, The Board of EAPC. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. *Palliat Med*. 2009;23:581-93.
13. De Graeff A, Dean M. Palliative sedation therapy in the last weeks of life: a literature review and recommendations for standards. *J Palliat Med*. 2007;10:67-85.
14. Naciones Unidas. Derechos reproductivos y salud reproductiva. Conferencia Internacional de El Cairo sobre Población y Desarrollo. Madrid: Editorial PPC; 1995. p. 91-113.
15. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sobre L'Objecció de Consciència. Consell Profesional de la CSPT. Sabadell; 2009.
16. Gracia D, Rodríguez-Sendín JJ, directores. Ética de la objeción de conciencia. Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud; 2008.
17. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. *BOE*, 4 de marzo; 55: 21001-21014.