

Aspectos éticos y deontológicos del rechazo al tratamiento médico por el paciente preso

García Guerrero J

Presidente de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria.

RESUMEN

La relación asistencial descansa sobre los pilares clásicos de autonomía, beneficio para el paciente, justicia y no maleficencia (no hacer daño). Las normas deontológicas son los principios que deben guiar la conducta profesional, no tienen fuerza jurídica, pero están autoimpuestas por el grupo y obligan a todos los profesionales. Aunque la capacidad de una persona encarcelada para tomar decisiones sobre las actuaciones médicas que sobre ella se pueden hacer está limitada, no hay argumentos éticos ni deontológicos suficientes como para poner cortapisas al ejercicio de la autonomía en la toma de decisiones clínicas que les afecten.

Palabras clave: Negativa al tratamiento; terapia, ética; prisión.

ETHICAL AND MORAL CONSIDERATIONS OF REFUSAL OF MEDICAL TREATMENT BY INMATE-PATIENTS

ABSTRACT

A health care relationship is based on classic premises of autonomy, benefit to the patient, justice and non-maleficence (or the "do no harm" principle). Moral rules are principles that should guide professional conduct, they have no legal power but are self imposed by the group and oblige all professionals to act accordingly. Although the capacity of any imprisoned individual to make decisions about medical treatment is restricted, there are no ethical or moral arguments to justify limitations on the exercise of autonomy where decision making processes that might directly affect him/her are concerned.

Key words: Treatment refusal; therapy; ethics; prison.

Texto recibido: Agosto 2008

Texto aceptado: Octubre 2008

INTRODUCCIÓN

La prisión es un medio peculiar en el que algunos de los derechos de las personas como la libertad física, derechos cívicos u otros pueden estar y están limitados y en el que ya, de paso, también se limitan algunas de las prerrogativas que son inherentes a la condición humana, como puede ser la autonomía personal entendida ésta, para lo que nos ocupa, como la capacidad de una persona en-

carcelada para tomar decisiones sobre las actuaciones médicas que sobre ella se pueden hacer. Esta capacidad para tomar decisiones ha de contemplarse desde dos perspectivas diferentes como son la perspectiva legal impuesta por el derecho y la perspectiva puramente bioética. No seré yo quien aborde la primera de ellas; mis dos compañeros de Mesa tienen mucha más experiencia y sabiduría que yo y a ellos les está encomendada la labor de ilustrarnos sobre el particular. Si que me extenderé sobre el se-

gundo aspecto de la cuestión ya que, en la práctica, vamos a encontrar con relativa frecuencia situaciones en prisión en las que hay una limitación “artificial” en la toma de decisiones médicas que afectan a los presos y en las que la doctrina del consentimiento informado no es de aplicación. Y esta limitación en la autonomía de las personas indefectiblemente colocará en un dilema a los médicos que las tratan, que deberán intentar hacer compatible la fidelidad a sus pacientes con la lealtad a la institución que les emplea y paga. Esta servidumbre a dos señores también acarreará conflictos en el campo de las obligaciones que como grupo de profesionales nos imponemos, y hará que nos veamos obligados a vulnerar nuestro Código Deontológico en algunas de nuestras actuaciones profesionales.

Sostendré en esta exposición que no hay argumentos éticos ni deontológicos suficientes como para poner cortapisas al ejercicio de la autonomía en la toma de decisiones clínicas que les afecten, por parte de los pacientes presos.

CUESTIONES ÉTICAS

La justificación ética del permitir rechazar un tratamiento a un paciente, a cualquier paciente, radica en la diversidad moral de las personas. Existe la llamada ética de mínimos que es la impuesta a cada individuo por el conjunto de la sociedad y que es universal. Las normas legales, obligatorias y coercitivas, se basan en esto y son la expresión de los principios de No maleficencia (no hacer daño) y de Justicia (tratar a todos por igual). Pagar impuestos sería un perfecto ejemplo de este nivel ético. Pero hay otro nivel moral superior, ética de máximos, que nos impone obligaciones derivadas de nuestro ideal de perfección y excelencia, y en base al cual cada uno elabora su propio proyecto de vida; este es un nivel propio y exclusivo de cada uno y nos obliga interiormente. El ideal de cada uno es único y diferente al de todos los demás y establece obligaciones tan vinculantes o más que las de la ética de mínimos, pero que solamente cada uno puede obligarse; y nadie desde afuera puede obligarnos a cumplirlo o a cambiarlo. Hacer obras de caridad sería el ejemplo en este caso. Este nivel ético es expresión de los principios de Autonomía (yo decido) y de Beneficencia (buscar el bien). Si un paciente, incluso uno privado de libertad, toma una decisión que sólo a él afecte, de forma razonada y razonable, no hay argumento ético alguno a favor de no permitirle tomarla y arrostrar las consecuencias que de ella pudieran derivarse.

¿DONDE ESTAMOS?

Desde que el juez B. Cardozo emitió su sentencia en el caso de *Schoelendorff vs Society of New York Hospital*, comenzándola con la célebre frase: “Cualquier ser humano mayor de edad y en su sano juicio, tiene derecho a determinar qué se hará con su propio cuerpo...”, la idea de autorregulación o autonomía en la toma de decisiones por parte de los pacientes, en lo referente a sus posibilidades de tratamiento médico, ha ido extendiéndose y constituye hoy el pilar sobre el que descansa toda la asistencia sanitaria en el mundo occidental. Esto ha sido debido por un lado a la extensión de las ideas democráticas a la gestión de nuestro propio cuerpo y no solo a la gestión social, y por otro a la multiplicidad de valores morales existentes, que nos impelen a proteger los nuestros de su invasión por parte de los otros y a exigir que se respeten nuestras ideas sobre, por ejemplo, la eutanasia, el aborto, la contracepción y otras cuestiones controvertidas. Se ha llegado así a un momento en que el modelo tradicional de “médico benigno”, solo preocupado por el bienestar de sus pacientes, omnipotente y decidiendo sin consultarles (“Todo para el paciente, pero sin el paciente”) ya no vale; los pacientes reclaman decidir por sí mismos tras haber sido adecuadamente informados y se niegan a conceder a los médicos ese poder decisorio que estos mantuvieron hasta hace solamente tres o cuatro décadas. Si esto es así para el común de la población ¿porqué no lo ha de ser para las personas privadas de libertad?. Pues porque la interpretación imperante de las leyes vigentes niega a los presos ese poder decisorio sobre su cuerpo y su vida, y endosa a la Administración Penitenciaria el papel de garante de su integridad física, obligándola así a impedir con todos los medios a su alcance, incluso la fuerza física y los tratamientos médicos forzosos, que un preso bajo su custodia se ponga en riesgo por no admitir un tratamiento médico.

Se admite que la institucionalización obligatoria disminuye la autonomía de los presos¹, pero un preso puede contraer matrimonio y divorciarse, puede decidir abortar en el caso de una presa embarazada si está dentro de los supuestos legales de despenalización, puede hacer testamento, puede adoptar decisiones financieras sobre su patrimonio,... estando en prisión y con el solo requisito de ser mayor de edad y quererlo. Decisiones todas ellas importantísimas y que pueden condicionar el curso vital de una persona. ¿Con qué argumentos morales y en virtud de qué norma o precepto legal vamos a impedir a

alguien que puede hacer todo lo anterior, el tomar decisiones sobre un tratamiento médico que se le deba aplicar? Ha de quedar claro que estamos hablando de supuestos en los que el único que corre algún riesgo es el afectado, el que decide. Es obvio que se deben adoptar medidas contra la decisión de una persona en los casos en que esta decisión pueda afectar a terceros o en casos de riesgo grave e inminente para la vida; pero de la misma forma creo que una decisión tomada conscientemente, por una persona competente y capaz para tomarla debe ser respetada, por encima de su situación de dependencia de la Institución Penitenciaria.

COMPETENCIA Y CAPACIDAD

La relación asistencial descansa sobre los pilares clásicos de autonomía, beneficio para el paciente, justicia y no maleficencia. Para aplicar el principio de autonomía, que es al fin y al cabo de lo que estamos hablando, la competencia mental es la base de la que hemos de partir. No es bueno el no respetar la autonomía de un paciente, pero es irracional atender las demandas y decisiones de una persona no competente.

La competencia mental se puede definir como *“la capacidad del paciente para comprender la situación a la que se enfrenta, los valores que están en juego y los cursos de acción posibles con las consecuencias previsibles de cada uno de ellos para, a continuación, tomar, expresar y defender una decisión que sea coherente con su escala de valores”*². La competencia debe presumirse siempre, y en todo caso debe demostrarse la incompetencia; todo sujeto es competente para tomar una decisión sanitaria que le afecte, mientras no se demuestre lo contrario. Ocurre que la competencia es una facultad cambiante. Una persona puede ser hoy perfectamente competente para tomar una decisión que mañana nunca deberíamos admitir por encontrarse éste en un estado incapacitante (intoxicaciones, presiones externas, depresión, confusión por un síndrome orgánico cerebral o metabólico,...). Además, el nivel de competencia exigido en la toma de decisiones debe variar en relación directa con el riesgo de la decisión a tomar, a mayor riesgo mayor nivel de competencia^{3,4}. Por esto la valoración de la competencia cobra una especial importancia y más si hablamos de pacientes institucionalizados. Ahora bien, mientras que competencia es un término fundamentalmente bioético, capacidad es un término jurídico^{4,5}. La competencia la deben evaluar médicos, mientras que la declaración de incapa-

cidad de una persona corresponde a los jueces y en lo que a estos respecta, los presos son incapaces, siempre y por completo, de tomar decisiones sobre cuestiones clínicas que les afecten.

COMPETENCIA Y AUTONOMIA

La autonomía entendida como autogobierno y capacidad para decidir uno mismo su propio proyecto de vida, es una de las expresiones de la dignidad humana que debe permanecer inalterada cualquiera que sea la circunstancia en que la persona se encuentre, siempre que estemos hablando de personas competentes y capaces para decidir por sí mismas, en estas condiciones no parece haber razón alguna que avale desde el punto de vista ético la imposición de tratamientos por parte de la Administración, ni la obligatoriedad de aceptarlos por parte de los internos.

Mientras que la autonomía hace referencia al libre albedrío y a la actuación autónoma y libre de una persona de acuerdo a un plan preestablecido según una escala de valores, la competencia es algo más concreto, es el momento presente. Una persona no autónoma tiene disminuida la facultad de elaborar juicios, razonar y expresar sus planes o deseos, mientras que la competencia habla de capacidad para realizar una tarea o tomar una decisión en un momento concreto. Por esto mismo, la evaluación y determinación de la competencia es una tarea que entraña una enorme responsabilidad ética y jurídica. Como se apunta más arriba, la competencia de un paciente debe presumirse siempre y, en todo caso, deberá demostrarse la incompetencia. El declarar incompetente a un paciente implica afirmar que este paciente no puede ejercer su autonomía moral ni su autogobierno personal. Estamos diciendo que ese paciente no puede tomar por sí mismo decisiones sanitarias, y que serán otros las que las deban tomar por él. De aquí nace la fundamentación bioética de la obligación de valorar la competencia de un paciente, que no es otra que la no maleficencia. Tan maleficiente puede llegar a ser permitir que un paciente incompetente tome decisiones que le puedan reportar daño, como impedirle a uno competente que ejerza su autonomía para decidir. Podemos ilustrar este epígrafe con dos casos paradigmáticos: la huelga de hambre de un preso y la sentencia 182/2001 de la Sección Sexta de la Sala de lo Contencioso Administrativo del Tribunal Supremo por la que se hacía responsable civil a la Administración por no **adoptar, exigir e imponer**

tratamientos profilácticos a un preso que repetidamente y por escrito se negó a ellos, siendo solo él el afectado y sin poner en peligro a los que le rodeaban. En el primer caso, lo que Diego Gracia llama “huelga de hambre tipo Ghandi”⁶, es una actitud que debe ser respetada siempre y por todos, poderes públicos incluídos y el segundo caso ya lo discutimos en otra publicación desde diferentes perspectivas⁷. Casos conflictivos como estos deberían ser objeto de evaluación por una comisión interdisciplinar en la que deberían estar representados profesionales de diversos ámbitos y con conocimiento del mundo de las prisiones, sanitarios y juristas fundamentalmente, que de forma independiente estudiaran la competencia y los motivos que tiene el interesado al tomar una decisión “*inadecuada*” y su dictamen debería ser vinculante para la Administración y los jueces. Aunque para ello es obligatorio que el Tribunal Constitucional cambie antes su criterio actual sobre este asunto...

CUESTIONES DEONTOLOGICAS

Las normas deontológicas son los principios que deben guiar la conducta profesional. No tienen fuerza jurídica, pero son autoimpuestas por el grupo, obligan a todos los profesionales y su incumplimiento puede acarrear sanciones.

El rechazo a un tratamiento médico se recoge en el Código Deontológico de la Organización Médica Colegial de 1999 en varios artículos:

Art. 8.1. – En el ejercicio de su profesión, el médico respetará las convicciones del enfermo o sus allegados y se abstendrá de imponerle las propias.

Art. 10. – Si el paciente, debidamente informado, no accediera a someterse a un examen o tratamiento que el médico considerase necesario, o si exigiera del médico un procedimiento que éste, por razones científicas o éticas, juzga inadecuado o inaceptable, el médico queda dispensado de su obligación de asistencia.

Art. 11.3. – Si el enfermo no estuviese en condiciones de prestar su consentimiento a la actuación médica, por ser menor de edad, estar incapacitado o por la urgencia de la situación, y resultare imposible obtener el consentimiento de su familia o representante legal, el médico podrá y deberá prestar los cuidados que le dicte su conciencia profesional.

Art. 31. – El médico en ningún caso dejará de prestar su atención al paciente que la necesitara por intento de suicidio, huelga de hambre o rechazo de

tratamiento. Respetará la libertad de los pacientes y tratará de persuadirlos a que depongan su conducta, aplicando, en las situaciones límite, previo requerimiento de la autorización judicial, la imprescindible asistencia médica.

Los tres primeros artículos citados parecen cómodos para el médico, no obligan a nada e incluso el art. 10 le llegan a eximir de tomar decisiones conflictivas. A pesar de ello los médicos de prisiones somos obligados por nuestra Administración a actuaciones que contravienen estas normas éticas. El artículo 31 toca de lleno los supuestos de que hablamos y de una forma harto controvertida. ¿Qué es “...situaciones límite...” o “...la imprescindible asistencia médica”? ¿Se refiere al momento inevitable en el curso de una huelga de hambre en que el paciente perderá la consciencia? ¿la asistencia mínima para que ese momento no llegue? ¿la nutrición forzosa directamente? Es una redacción lo suficientemente ambigua como para admitir cualquier interpretación. Además está en clara contradicción con la Declaración de Tokio de 1975 de la Asociación Médica Mundial (AMM) sobre directrices para médicos respecto a tortura, malos tratos o tratos degradantes a personas encarceladas en su punto 5 dice:

“En el caso de un prisionero que rechaza alimentos y a quien el médico considera capaz de comprender racional y sanamente las consecuencias de dicho rechazo voluntario de alimentación, no deberá ser alimentado artificialmente. La decisión sobre la capacidad racional del prisionero debe ser confirmada al menos por otro médico ajeno al caso. El médico deberá explicar al prisionero las consecuencias de su rechazo a alimentarse”.

La Declaración de Malta de la AMM de 1991 sobre personas en huelga de hambre refuerza este principio en su último punto:

21. “La alimentación forzada nunca es éticamente aceptable. Incluso con la intención de beneficiar, la alimentación con amenazas, presión, fuerza o uso de restricción física es una forma de trato inhumano y degradante...”

Respecto al rechazo al tratamiento médico la AMM también es tajante, en la Declaración de Lisboa de 1981 sobre derechos del paciente reafirmada en Bali en 1995 se lee:

3. Derecho a la autodeterminación

a. El paciente tiene derecho a la autodeterminación y a tomar decisiones libremente en rela-

ción a su persona. El médico informará al paciente las consecuencias de su decisión.

- b. El paciente adulto mentalmente competente tiene derecho a dar o negar su consentimiento para cualquier examen, diagnóstico o terapia. El paciente tiene derecho a la información necesaria para tomar sus decisiones. El paciente debe entender claramente cuál es el propósito de todo examen o tratamiento y cuáles son las consecuencias de no dar su consentimiento.*

Así pues vemos como las declaraciones de la AMM son explícitas en la defensa del principio de autonomía en la toma de decisiones por parte de pacientes competentes –de todos los pacientes, incluidos los presos–, mientras que el Código Deontológico español se inclina algo más hacia la beneficencia, aunque de una forma lo suficientemente ambigua como para dejar al médico insatisfecho, sea cual sea su actuación. Está en marcha una nueva redacción del Código y es esperable y deseable que este asunto sea abordado de una forma mucho más explícita, cualquiera que sea su redacción final.

Castellón, septiembre de 2008.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Beauchamp TL, Childress JF. Principios de ética biomédica. Masson. Barcelona 1999 (pág. 114).
2. Llovet Haya JM. La competencia mental: concepto y evaluación. Selecciones de Bioética 2003; 4: 28-40.
3. Drane JF. Las múltiples caras de la competencia. A mayor riesgo, criterios más estrictos. En: Couceiro A (ed). Bioética para clínicos. Triacastela. Madrid, 1999 (163-176).
4. Simón P, Rodríguez-Salvador J, Martínez-Maroto A, López-Pisa RM, Júdez J. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones. En: Gracia D y Júdez J (eds). Ética en la práctica clínica. Triacastela, Madrid 2004 (55-74).
5. Simón-Lorda P, Rodríguez-Salvador JJ, Martínez-Maroto A, López-Pisa RM, Júdez J. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones. Med Clin (Barc) 2001; 117: 419-426.
6. Gracia D. Ética de la huelga de hambre. Anales de la Real Academia Nacional de Medicina 1991; 108: 113-41.
7. García-Guerrero J, Bellver V, Blanco-Sueiro R, Galán JC, Minués C, Serrat D. Autonomía y pacientes reclusos: comentarios a la STS de 18-10-2005. Actualidad del derecho Sanitario 2006; 128: 439-43.