

en varones menores de 65 años sin otro factor de riesgo embólico asociado) que no presenten un elevado riesgo hemorrágico. En la actualidad la única alternativa disponible es el empleo de acenocumarol que ha demostrado una gran eficacia en la prevención del ictus; sin embargo existen diversas limitaciones que deben tenerse en cuenta, la presencia de una ventana terapéutica estrecha, gran número de interacciones farmacológicas y alimentarias, necesidad de una monitorización frecuente, problemas en el control del INR y un riesgo de sangrado no despreciable.

El desarrollo de anticoagulantes activos por vía oral que no precisan controles periódicos de su eficacia y con un buen perfil de efectos adversos ha constituido durante años un reto de la medicina. Existen dos grupos con un importante programa de investigación clínica, por un lado los inhibidores directos de la trombina cuyo principal representante es el dabigatrán y los inhibidores del factor Xa. Los

resultados recientes del estudio RELY indican que en pacientes con FA y algún factor de riesgo embólico adicional el tratamiento con dabigatrán (150 mg/12 horas) se asocia a una significativa reducción del riesgo embólico en relación al tratamiento clásico con acenocumarol con un similar incidencia de sangrado; el empleo de una dosis menor (110 mg/12 horas) mostró una protección frente al ictus pero con una incidencia menor de complicaciones hemorrágicas.

Estos resultados plantean un auténtico cambio en uno de los paradigmas médicos ya que por primera vez disponemos de una alternativa terapéutica al acenocumarol activa por vía oral y sin necesidad de controles periódicos, además de una mayor eficacia se acompaña a un mejor perfil de seguridad; en los pacientes con riesgo hemorrágico bajo sería recomendable el empleo de la dosis de 150 mg y de 110 mg en el grupo de pacientes con un mayor riesgo hemorrágico.

CONFERENCIA

CONFERENCIA

CON LA COLABORACIÓN DE DAIICHI SANKYO - MENARINI - PFIZER

UN NUEVO CAMINO HACIA LA PROTECCIÓN RENAL. PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO 'ROADMAP'

Antonio Pose Reino

Jefe de la Sección de Medicina Interna. Coordinador de la Unidad de Pluripatología. Hospital de Conxo Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña

La microalbuminuria cada vez más se percibe como un predictor de riesgo de varios tipos de lesión a nivel de órgano diana, aunque según un amplio y reciente estudio a nivel europeo, son pocos los médicos (23-36%), que realmente determinan la microalbuminuria a sus pacientes.

Una simple tira reactiva en orina a primera hora de la mañana puede ayudar a un diagnóstico rápido

que luego exige confirmación en 2 de 3 determinaciones en los próximos 3-6 meses.

El sistema renina angiotensina puede jugar un importante papel en el desarrollo de microalbuminuria, como se desprende de los estudios de Steno et al, en los que además se muestra como un fuerte e independiente factor pronóstico de enfermedad cardiorenal. Por otro lado, la excreción urinaria de albúmina

y el filtrado glomerular son factores de riesgo independientes cuya asociación resulta en un efecto multiplicativo sobre la mortalidad.

De hecho, el comportamiento de la microalbuminuria y el deterioro de la función renal parecen diferentes. La albuminuria es un factor de riesgo continuo de mortalidad desde los niveles más bajos de excreción, mientras que el deterioro del filtrado glomerular solo tiene valor pronóstico a partir de un nivel determinado. Así, reducir la proteinuria desde su más mínima expresión lleva a una disminución del riesgo cardiovascular y renal, así como de todas las causas de mortalidad.

Datos recientes, han confirmado que la relación entre microalbuminuria y enfermedad cardiovascular se extiende más allá de la población diabética, incluso en niveles considerados hasta ahora como normales de excreción de albúmina.

Por este motivo, el objetivo del tratamiento de los pacientes de alto riesgo con microalbuminuria debería ser reducir la progresión e intentar la regresión de la microalbuminuria y prevenir o retrasar la aparición de la enfermedad renal o cardiovascular. Es decir, actuar lo antes posible para conseguir el máximo de beneficio. En este punto, los tratamientos que bloquean el sistema renina angiotensina como IECAS o ARA II, han demostrado que ayudan a alcanzar estos objetivos y la Sociedad Europea de HTA y de Cardiología recomiendan que los pacientes con hipertensión y microalbuminuria deberían tener bloqueado el sistema renina angiotensina como primera línea de tratamiento.

El ROADMAP es un estudio randomizado, doble ciego, multicéntrico y controlado que incluyó 4.447 diabéticos que recibieron 40 mg diarios de olmesartan durante una media de 3,2 años y que fueron comparados

con placebo, con el fin de mantener la presión arterial por debajo de 130/80 mmHg. El objetivo primario fue el tiempo para el desarrollo de microalbuminuria y los tiempos para el desarrollo de enfermedad renal o cardiovascular fueron los objetivos secundarios.

La PA objetivo fue alcanzada en el 80% de los pacientes con olmesartan frente al 71% con placebo, con una diferencia de 3,1/1,9 mmHg, a favor del grupo tratado. La microalbuminuria se desarrolló en el 8,2% de los pacientes con olmesartan frente al 9,8% del grupo placebo, ($p=0,01$). El 3,6% de los pacientes del grupo olmesartan tuvieron eventos cardiovasculares frente al 4,1% del grupo placebo, si bien la mortalidad cardiovascular fue mayor en el grupo tratado: 15 (0,7%), frente a 3 (0,1%) $p:0,01$. Esta diferencia se pudo explicar al menos parcialmente por una mayor mortalidad cardiovascular en los pacientes con enfermedad coronaria preexistente, (11 of 564 pacientes [2,0%] vs. 1 of 540 [0,2%], $P = 0,02$). De hecho, el exceso de muertes cardiovasculares ocurrió principalmente en el cuartil más bajo de PA, lo que está en consonancia con el fenómeno de la curva J de PA, en pacientes hipertensos isquémicos.

En conclusión, olmesartan se asoció con un retraso en la microalbuminuria en estos pacientes diabéticos, siendo excelente el control de la PA en ambos grupos.

La mayor mortalidad observada en el grupo tratado puede poner de manifiesto la importancia de descubrir la enfermedad coronaria silente en pacientes diabéticos, muchas veces asintomáticos; evitando descensos tensionales excesivos en estos pacientes, que podrían contribuir a desencadenar eventos CV, en ocasiones mortales.

Un nuevo camino hacia la protección renal

M Isabel Egocheaga Cabello

Médica de familia. Centro de Salud Isla de Oza. Madrid

La enfermedad cardiovascular y la insuficiencia renal comparten factores de riesgo comunes como

la hipertensión arterial (HTA) o la diabetes mellitus, manteniendo una relación estrecha y recíproca.

Desde un punto de vista epidemiológico, los pacientes con enfermedad cardiovascular desarrollan con mayor frecuencia enfermedad renal y los enfermos con afectación renal tienen una incidencia muy elevada de eventos cardiovasculares (**Figura 1**).

Esto ha llevado a que diferentes guías incluyan la microalbuminuria y el filtrado glomerular (FG) reducido como factores de riesgo e incluso lesión de órgano diana. Más recientemente, la Guía Europea de Hipertensión y Cardiología reconoce elevación de creatinina, la presencia de microalbuminuria o el descenso del filtrado glomerular como lesiones subclínicas y equipara la nefropatía a la enfermedad cardiovascular considerando a estos pacientes en riesgo añadido alto o muy alto.

Incluso en estudios de MAU en población sana, sobre todo de raza blanca, se ha encontrado una prevalencia de entre el 5-10%. En varios estudios en población general se asocia con mayor mortalidad por enfermedad cardiovascular.

La MAU dependiente de la HTA esencial no es un fenómeno comparable al de la DM. En la DM, la MAU es expresión de la lesión de la membrana basal del glomérulo, mientras que la MAU en el

hipertenso esencial es expresión del incremento de la presión glomerular. El sistema renina angiotensina juega un importante papel en la patología de la nefropatía diabética.

En la diabetes tipo 1 (DM1), la MAU se considera la fase inicial de la nefropatía y suele aparecer a partir de los 5 años de debut de la DM, que con el tiempo evolucionará a proteinuria y a insuficiencia renal en el plazo de 20 años sin tratamiento médico.

En la diabetes tipo 2 (DM2), los pacientes que presentan MAU tienen mayor riesgo cardiovascular y mayor mortalidad. Además, los pacientes con DM2 y MAU presentan mayor agregación de factores de riesgo cardiovascular, como obesidad o HTA, y mayor prevalencia de deterioro orgánico, como enfermedad coronaria, retinopatía y úlceras en el pie. En la evolución natural de la nefropatía diabética en un primer estadio, la MAU en la DM2 se asocia a un estado de hiperfiltración glomerular, con un aumento de la tasa de filtrado glomerular, y se responsabiliza a la hiperglucemia de este aumento; con el tiempo, el filtrado glomerular decrece. En la DM2, la MAU precede no sólo a la aparición de proteinuria e insuficiencia renal, sino que además constituye un marcador de mortalidad precoz por enfermedad cardiovascular, principalmente infarto agudo de miocardio; esto no ocurre con el resto de factores de riesgo cardiovascular.

En los hipertensos, la prevalencia de MAU aumenta con la duración de la HTA, la edad y la gravedad de las cifras de presión arterial (PA). Se asocia más a HTA nocturna, es decir, con aquellos hipertensos que no presentan un descenso nocturno de sus cifras de PA (pacientes no dipper). En el hipertenso, la MAU también se asocia a un mayor deterioro orgánico, correlacionándose con una mayor masa ventricular izquierda, retinopatía hipertensiva y la presencia de lesiones arterioscleróticas carotídeas. También se ha demostrado como factor de riesgo independiente en los pacientes hipertensos que han sufrido un ictus. Aunque son necesarios más estudios, parece existir una relación lineal entre el riesgo cardiovascular y el grado de excreción urinaria de

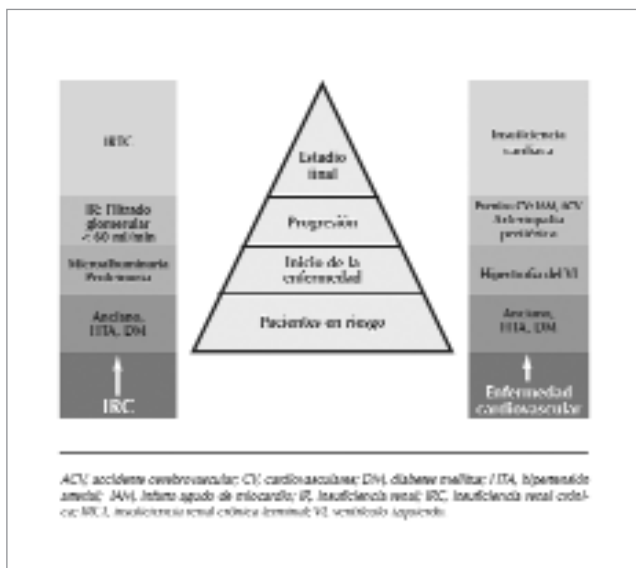


Figura 1. Estadios evolutivos paralelos de la enfermedad renal crónica y de la enfermedad cardiovascular
(Marín R. Riñón y enfermedad cardiovascular. *Nefrología* 2004; 24 (sup 6):17-18.)

albúmina, incluso por debajo de las cifras definidas como normales en las guías clínicas (inferiores a 30 mg/g).

La disminución de la presión arterial con cualquier fármaco antihipertensivo reduce la MAU. El bloqueo del sistema renina-angiotensina-aldosterona con inhibidores de la ECA y bloqueantes de los receptores de la angiotensina II, parece tener un efecto antiproteinúrico más allá de la reducción de la presión arterial. Cuanto mayor es la reducción de la presión arterial, mayor es el descenso de la MAU.

En la diabetes 1 y 2, tanto el control glucémico como el de la presión arterial son muy importantes para reducir la MAU. El bloqueo del sistema renina-angiotensina con IECA o con ARA-II si existe

intolerancia a los primeros, se ha demostrado más eficaz que otros tratamientos.

No debemos olvidar otros aspectos, como la dislipemia, la obesidad y el tabaquismo, como factores coadyuvantes en la progresión de la enfermedad cardiovascular y renal, y de la MAU como manifestación de éstas.

En conclusión, es importante detectar precozmente los factores que colaboran en la progresión de la enfermedad renal, incluso antes de que se inicie. Los principales factores que intervienen en la progresión de la enfermedad renal son la HTA, la DM2, los estados prediabéticos y las alteraciones del metabolismo de los lípidos que aceleran la progresión de la aterosclerosis, incrementando el riesgo vascular y el riesgo de daño renal.

CONFERENCIA

OBJECCIÓN DE CONCIENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA ¿TIENE EL MÉDICO DE FAMILIA DERECHO A OBJETAR?

Los médicos de Atención Primaria frente a la objeción de conciencia

Pedro Talavera Fernández

Profesor titular de Filosofía del Derecho. Universitat de València

DOCTRINA GENERAL SOBRE LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

Se entiende por objeción de conciencia la negativa del individuo a someterse, por razones de conciencia, a una conducta que, en principio, le sería jurídicamente exigible; bien porque la obligación proviene de una norma o de una condición funcional,

bien porque se deriva de un contrato o de una resolución judicial o administrativa. En sentido más general podría definirse como la pretensión de desobedecer una ley motivada por razones axiológicas (no meramente psicológicas), de contenido primordialmente religioso o ideológico, eludiendo la sanción prevista para ese incumplimiento.

Estamos, pues, ante una acción de tipo individual

y privado, que pretende una excepción a la ley general (cuya validez no cuestiona) y que surge ante la existencia de un conflicto de conciencia en el sujeto (la conducta que le exige la ley contradice la exigida por sus convicciones morales). No se debe confundir la objeción de conciencia con la desobediencia civil o “insumisión”.

Ahora bien: ¿bajo qué criterio en un sistema democrático (la ley es expresión de la voluntad general) puede justificarse la actitud desobediente de un sujeto que sólo apela a principios personales para incumplir una norma legal? Desde una argumentación simplista podría pensarse que sí: la ley obliga a todos y quien la incumple (aunque esgrima razones morales) debe asumir la sanción correspondiente. Sin embargo, el art. 10.1 de la Constitución señala que: *“la dignidad de la persona y los derechos inviolables que le son inherentes (...) son el fundamento del orden político y de la paz social”*. Considerando que la dignidad de la persona es *“aquel valor espiritual y moral inherente a la persona, que se manifiesta singularmente en la autodeterminación consciente y responsable de la propia vida y que lleva consigo la pretensión al respeto por parte de los demás”* (Sentencia del TC 53/1985, FJ 8º), resulta claro que nadie puede verse obligado a actuar contra sus convicciones más íntimas que configuran los rasgos de su personalidad moral. Es decir, la dignidad supone ante todo la capacidad de decidir autónomamente, de acuerdo con las propias convicciones, las acciones esenciales y significativas de la propia vida.

Por consiguiente, el objetor en sentido estricto (aquel que pretende preservar su dictamen de conciencia y su comportamiento consecuente), cuenta siempre a su favor con una *presunción de corrección moral*. En consecuencia, la objeción de conciencia debe considerarse “a priori”, no como una actuación sospechosa de ilegalidad, sino como una decisión valiosa y legítima del sujeto que, en su caso, deberá someterse a un juicio ponderativo posterior si afecta a otros principios y valores.

Por otro lado, ciertamente, la objeción de conciencia no puede traducirse en una mera infracción de

normas, puesto que, en ese caso, estaríamos ante un delito o falta. Para que el incumplimiento resulte jurídicamente justificado es preciso que alguna norma autorice al sujeto a eludir determinados deberes jurídicos sin incurrir en la sanción correspondiente.

En el ámbito jurídico español, fuera de la mención recogida en el art. 30.2 de la Constitución, con referencia expresa al servicio militar, la objeción de conciencia no ha recibido ningún desarrollo legislativo. Pero una gran parte de la doctrina ha encuadrado la objeción en el contenido de la libertad de conciencia reconocida en el art. 16.1 de la Constitución¹, bajo la fórmula de libertad ideológica, religiosa y de culto: una libertad práctica que, en principio, autoriza a comportarse en la vida personal y social de acuerdo con las propias convicciones. En opinión de muchos, este art. 16.1 CE ampara la existencia de un derecho general a la objeción de conciencia; esto es, el derecho a negarse a cumplir aquellos deberes jurídicos incompatibles con las propias convicciones morales o religiosas.

El derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa comprendería no sólo el derecho a tener interiormente determinadas convicciones (cosa que, obviamente, el Derecho no necesitaba reconocer), sino también el derecho a comportarse externamente conforme a esas convicciones, esté o no tal comportamiento previsto por el legislador. No significa esto que exista un derecho fundamental “autónomo” a la objeción, sino que la objeción supone una especificación del derecho a la libertad de conciencia cuando el sujeto entra en conflicto con deberes jurídicos contrarios a ella.

Así lo entendió el Tribunal Constitucional (Sentencia 15/1982, de 23 de abril): *“la objeción de conciencia constituye una especificación de la libertad de conciencia, la cual supone el derecho no sólo a formar libremente la propia conciencia, sino a obrar de modo conforme a los imperativos de la misma”*. En consecuencia, y *“puesto que la libertad de conciencia es una concreción de la libertad ideológica... puede afirmarse que la objeción de conciencia es un derecho reconocido explícita e implícitamente en la ordenación*

constitucional española". El TC afirma que es un derecho reconocido explícitamente por el art. 30.2 (respecto al servicio militar), e implícitamente y con carácter general (no absoluto), en el art. 16.1 CE.

Esta doctrina se plasmó en la resolución al recurso de inconstitucionalidad planteado contra la Ley de 1983 que despenalizaba la práctica del aborto en determinados supuestos y que guardó silencio a propósito de la objeción de conciencia. El recurso denunciaba precisamente la omisión de un reconocimiento explícito de la objeción a favor del personal sanitario. La respuesta del Tribunal fue concluyente: el legislador pudo haber regulado de forma expresa la objeción de conciencia al aborto (incluso tal vez debió hacerlo), pero su silencio no debe interpretarse como una negativa al ejercicio de la misma, pues el derecho a invocarla: *"existe y puede ser ejercido con independencia de que se haya dictado o no tal regulación"*, puesto que *"la objeción de conciencia forma parte del contenido esencial a la libertad ideológica y religiosa reconocido en el art. 16.1 de la Constitución"* (STC 53/1985, FJ 14º). En otras palabras, el TC reconoció la legitimidad de una modalidad de objeción no contemplada ni en la Constitución ni en la Ley, cuya única cobertura constitucional era el derecho fundamental a la libertad ideológica y de conciencia.

Aunque el propio TC, en dos sentencias posteriores (STC 160/1987 y 161/1987), matizó esta doctrina, no ha podido anular su propio pronunciamiento expreso e inequívoco cuando declaró que *"la objeción de conciencia forma parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa reconocido en el art. 16.1 de la CE y, como este Tribunal ha indicado en diversas ocasiones, la Constitución es directamente aplicable en materia de derechos fundamentales"* (STC 53/1985, FJ 14º). De ahí que lo más coherente y respetuoso con la doctrina constitucional es concebir la objeción como lo que es: una manifestación del derecho fundamental a la libertad de conciencia (asumiendo, por tanto, la legitimidad de toda conducta objetora), pero considerando que las conductas

objetoras no reguladas –que son todas, salvo la relativa al servicio militar– en caso de conflicto con otros valores invocados, deben sustanciarse en sede jurisdiccional mediante un juicio ponderativo entre los valores en conflicto.

En todo caso, el pronunciamiento de la STC 53/1985 (FJ 14º) determina con claridad que, en el campo de los deberes sanitarios (y particularmente en relación con el aborto), el derecho a la objeción de conciencia tiene el carácter de derecho fundamental. Esto significa que podrá ejercitarse siempre y sin necesidad de que el legislador ponga en marcha una normativa específica para tal supuesto. Puede plantearse en cualquier momento, no estando sometida su alegación a un plazo específico.

La alegación de la objeción comporta el derecho a no intervenir en la práctica del acto abortivo en sentido estricto, ni en las actividades asistenciales anteriores y posteriores al mismo, ni en cualquier otra actividad (incluso administrativa) que sea exigida por esta práctica. Además de la exoneración de intervenir en las actividades abortivas, la objeción protege al objetor frente a cualquier discriminación profesional por esta causa. Por último, dado que en este supuesto es un derecho fundamental, el único límite de la objeción es el establecido por el artículo 16.1 de la Constitución: el orden público.

LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA FRENTE A LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA PREVISTA EN LA LEY ORGÁNICA 2/2010, DE 3 DE MARZO, DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y DE LA IVE

El art. 14 de la *Ley Orgánica de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo* (SSR e IVE), que entró en vigor el 5 de julio de 2010, establece que podrá interrumpirse el embarazo dentro de las primeras catorce semanas de gestación, a petición de la embarazada, tres días después de que se le haya dado información escrita en sobre cerrado sobre prestaciones y ayudas públicas de

apoyo a la maternidad. A la luz de la doctrina general que acabamos de exponer cabría realizar las siguientes consideraciones.

El aborto no puede ser una prestación sanitaria unilateralmente exigible

Es una profunda incoherencia transformar el aborto en una simple prestación sanitaria, exigible como derecho por parte de la mujer embarazada (art. 18 LO SSR e IVE). Ningún acto médico (ni una simple receta) puede ser exigido unilateralmente por parte del paciente: su derecho consiste en “ser atendido” (ése es el contenido del derecho fundamental a la protección de la salud). Sólo al facultativo corresponde decidir, en virtud de su ciencia y ateniéndose a la *lex artis*, la oportunidad o no de aplicar cualquier terapia o intervención sobre el paciente. A lo que éste (el paciente) sí tiene pleno derecho, con relación a una determinada terapia, no es a exigirla sino a rechazarla, en virtud de su autonomía (consentimiento informado) reconocida por el art. 8 de la *Ley 41/2002 de Autonomía del paciente*. En ese sentido, la configuración del aborto como prestación exigible por el paciente contradice frontalmente los presupuestos básicos de la práctica clínica; invade ilegítimamente un ámbito exclusivo de actuación del facultativo; desvirtúa el sentido del derecho fundamental a la protección de la salud y conculca el propio concepto de prestación sanitaria.

El artículo 19.2 de la Ley 2/2010 y la atención primaria

El reconocimiento que el art. 19.2 de la Ley 2/2010 hace de la objeción de conciencia a las prácticas abortivas, como derecho de los profesionales de la sanidad pública, se hace del siguiente modo:

“Los profesionales sanitarios directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo tendrán el derecho de ejercer la objeción de conciencia sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabadas por el ejercicio

de la objeción de conciencia. El rechazo o la negativa a realizar la intervención de interrupción del embarazo por razones de conciencia es una decisión siempre individual del personal sanitario directamente implicado en la realización de la interrupción voluntaria del embarazo, que debe manifestarse anticipadamente y por escrito. En todo caso los profesionales sanitarios dispensarán tratamiento y atención médica adecuados a las mujeres que lo precisen antes y después de haberse sometido a una intervención de interrupción del embarazo”.

La mención expresa que la Ley hace de la objeción resulta pertinente (consagra algunos aspectos que, hasta ahora, sólo la doctrina y la jurisprudencia constitucional habían perfilado); no obstante, el modo en que lo hace tampoco responde del todo a la naturaleza de esta figura. En efecto, en primer lugar, el texto legal reconoce que la objeción de conciencia en caso de IVE es un *derecho*. Hubiera debido precisar que se trata de un *derecho fundamental* y no de un simple derecho de origen legal (una concesión que hace la ley). Sobre todo, porque el párrafo siguiente parece pretender condicionarlo; algo incoherente con la naturaleza fundamental del derecho. En todo caso, su carácter de derecho fundamental ha quedado bien establecido en la doctrina constitucional y la regulación que aquí se hace debe someterse a ello.

En efecto, la mencionada apostilla introducida por el texto legal, referente a que *la prestación no debe verse menoscabada, en el acceso o la calidad, por el ejercicio del derecho*, resulta bastante ambigua. Si se pretende interpretar en el sentido de supeditar el ejercicio del derecho a una exigencia superior (la prestación sanitaria del aborto), entonces estaríamos ante una cláusula *inconstitucional*, puesto que un derecho fundamental, en caso de conflicto con otro bien, prevalece siempre sobre cualquier otra pretensión que no tenga ese rango (y el aborto no es –ni puede ser nunca– un derecho fundamental). En otras palabras, aunque el objetor fuera el único facultativo con capacidad para realizar el aborto en un momento o lugar determinado, jamás podría ser obligado a realizarlo: el bien fundamental de la conciencia del sujeto está

siempre por encima de cualquier prestación sanitaria (de ahí el reconocimiento de la autonomía del paciente para rechazar cualquier terapia, incluso arriesgando su vida). En consecuencia, sólo cabe interpretar esta cláusula en clave garantista o de salvaguarda; esto es, si la existencia de objetores no garantiza que la intervención pueda hacerse con las debidas garantías en un determinado servicio, entonces debe necesariamente trasladarse a otro que sí reúna todas esas garantías (sea en el ámbito público o privado y en el mismo o distinto ámbito territorial). Pero en absoluto habilita legalmente para forzar al objetor a realizar la conducta objetada.

En segundo lugar, el texto precisa con acierto que se trata de una *“decisión siempre individual del personal sanitario”*. Obviamente, la propia naturaleza fundamental del derecho exige que su titularidad y su ejercicio sean individuales. Dicho con otras palabras, no cabe plantear la hipótesis de *“servicios objetores”, “hospitales objetores”* o *“comunidades objetoras”*. Tal hipótesis es un contrasentido. Pero eso tampoco excluye el que dentro de un servicio todos puedan ser objetores; se trata de una posibilidad plenamente legítima.

En tercer lugar –y aquí radica el punto más ambiguo y conflictivo de esta regulación–, la Ley pretende restringir al máximo el universo de titulares del derecho. En este sentido apunta que el ejercicio de la objeción queda limitado al *“personal sanitario directamente implicado en la interrupción voluntaria del embarazo”*. Tomando pie de este párrafo, las autoridades sanitarias de Castilla-La Mancha han elaborado una normativa propia fijando el protocolo específico para la objeción. En ese protocolo han interpretado que el personal sanitario *“directamente implicado”* en la IVE sólo puede estar constituido por facultativos especialistas en ginecología y obstetricia, facultativos especialistas en anestesia y reanimación, diplomados en enfermería y matronas. En consecuencia, la titularidad del derecho de objeción se restringe en exclusiva a estos profesionales.

Tal decisión ha suscitado perplejidad entre los médicos de atención primaria, sobre los que recae el

deber legal de informar al solicitante de la prestación sobre los requisitos, las ayudas, las alternativas los plazos y los centros a los que puede acudir para que se le practique la IVE (arts. 14 y 17 de la Ley). ¿Puede quedar excluido como titular del derecho de objeción el facultativo que tiene la obligación legal de informar, aunque no participe en la intervención quirúrgica de IVE? ¿El personal sanitario que está obligado a informar no está *directamente implicado* en la IVE?

La doctrina constitucional resulta bastante clara en este extremo: la titularidad del derecho fundamental no surge por tener una determinada categoría profesional en el ámbito clínico, sino por la conexión con la IVE de la acción que se está obligado a realizar. Es decir, en la medida en que la acción que se está obligado a realizar produce un verdadero conflicto de conciencia en el sujeto, sea cual sea su estatus dentro del personal sanitario.

Por consiguiente, no sólo quienes participan directamente en la intervención *quirúrgica* del aborto (cirujanos, anestelistas, enfermeras, matronas, auxiliares) pueden experimentar un conflicto de conciencia que les haga titulares del derecho de objeción; también puede producirse ese conflicto en quienes están obligados a realizar una función informativa o administrativa, dado que es la propia ley la que conecta directamente estas funciones con la IVE. En consecuencia, el término *“directamente implicado”* agrupa a todos aquellos que tienen una conexión necesaria y funcional (sea cual sea esa función) con la IVE. Los médicos de atención primaria tienen esa *conexión necesaria y funcional*, en tanto que la Ley les obliga a realizar una función *“directamente relacionada”* con la IVE: informar al solicitante de todas las cuestiones y, en su caso, derivar al paciente a un centro sanitario para que se le practique. De ahí que pueda producirse en ellos el conflicto de conciencia y de ahí que no se les pueda excluir de la plena titularidad del derecho de objeción.

En este sentido se orienta el Auto de 1 de octubre de 2010, del TSJ de Castilla-La Mancha, suspendiendo cautelarmente el art. 3.1 de la Orden 21/06/2010

de la Consejería de Salud, sobre el procedimiento de objeción de conciencia, en el que se restringe la titularidad del derecho a las categorías profesionales que hemos mencionado: facultativos especialistas en ginecología y obstetricia, facultativos especialistas en anestesia y reanimación, diplomados en enfermería y matronas. El recurso interpuesto por el Colegio de Médicos de Toledo, invoca precisamente ese deber legal de informar al solicitante de la prestación como uno de los requisitos exigidos por la Ley para poder acceder a la misma y, en consecuencia, expone que quienes deben cumplir con ese deber jurídico (los médicos de atención primaria) deben necesariamente incluirse entre los titulares del derecho de objeción.

En ese mismo sentido se interpuso por un MAP de Málaga el recurso contra la resolución de la Gerencia de Salud del Área Norte de Málaga, ante el Juzgado n.3 de lo Contencioso. Este juzgado, en auto de 12 de abril de 2010 desestimó la petición de suspensión cautelar de la previsión recurrida (en curiosa contradicción con lo determinado por el TSJCM), y ahora debe pronunciarse sobre el fondo. En buena lid, su decisión no puede contradecir los presupuestos que acabamos de exponer.

Finalmente, habría que realizar otra matización sobre el modo en que formalmente debe manifestarse el ejercicio del derecho de objeción: *“anticipadamente y por escrito”*. A este respecto conviene recordar que, aun siendo prudente y conveniente que así se haga para facilitar una correcta gestión y organización de los servicios sanitarios, debe tenerse en cuenta que el carácter fundamental de este derecho

habilita para que pueda ejercitarse en cualquier momento, aun cuando no se haya manifestado formalmente con anterioridad. Nadie puede ser privado de un derecho fundamental sólo porque no lo haya advertido previamente (es el supuesto típico de *objeción sobrevenida*). Aunque dicha posibilidad, ciertamente, resulte excepcional.

En otro orden de cosas, la comunicación formal escrita por parte del objetor al órgano gestor correspondiente no puede convertirse, como se ha pretendido, en pretexto para la creación de una especie de *registro público de objetores*. La decisión de objetar es personal y está protegida por el derecho a la intimidad (art. 18 CE) y por la componente del derecho a la libertad de conciencia (art. 16 CE) que protege al sujeto en el sentido de impedir que sea obligado a declarar públicamente sobre sus convicciones religiosas, ideológicas o políticas. En definitiva, la decisión de objetar debe ser comunicada exclusivamente a quienes son directamente responsables de gestionar los servicios hospitalarios. Pretender exponer al objetor al público escrutinio, como medio intimidatorio o denigratorio que pudiera perjudicarle social o profesionalmente, vulneraría los principios más básicos de nuestro sistema constitucional de libertades.

Notas al pie

Art. 16.1 CE: “Se reconoce la libertad ideológica, religiosa y de culto de los individuos y de las comunidades sin más limitación, en sus manifestaciones, que la necesaria para el mantenimiento del orden público protegido por la ley”.

Objeción de conciencia en Atención Primaria, ¿tiene el médico de familia derecho a objetar?

Arturo Fuentes Varela

Presidente de la Comisión de Ética y Deontología del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Ourense

El tema de la objeción de conciencia profesional, en el ámbito de los profesionales sanitarios, en nuestra actual sociedad española, es un tema palpitante

y candente que genera muchas páginas de prensa, mesas redondas, comunicados colegiales y hasta sentencias judiciales. Pero no nos ponemos de acuerdo.

Al público en general, y a los profesionales de la Medicina en particular, nos llega a parecer bochornoso el que sobre el mismo asunto se estén manifestando los jueces de manera distinta según los diferentes tribunales del país.

Y probablemente no sea debido a la insensatez de los juristas, sino a que las sentencias versan sobre asuntos serios, no resueltos de modo más o menos unánime en la sociedad española, ya sea el tema de la sedación terminal, o los derechos a decidir que puedan concedérsele a los adolescentes, la anticoncepción postcoital, el aborto, la intervención médica en caso de huelga de hambre, etc. En nuestra ponencia haremos más referencias al aborto, por ser el área donde hoy se generan más conflictos y donde tenemos una legislación más actualizada.

Por otra parte, durante muchos años usamos el término "Objeción de conciencia" para referirnos a la objeción al servicio militar obligatorio y nos pasó desapercibida una reflexión ética y legal en profundidad, argumentada, convertida en opinión pública, sobre un tema tan novedoso en nuestra sociedad del siglo XXI.

Lo primero que nos queda constatar para reflexionar sobre la objeción de conciencia profesional es que nos situamos hoy en medio de una sociedad, la española, caracterizada por una significativa pluralidad moral; ya no todos los ciudadanos de este país pensamos lo mismo sobre diversas cuestiones morales. La idea de bien no es uniforme y la pluralidad de caminos para buscar la felicidad personal y la organización de la sociedad es diversa.

Por otra parte estrenamos una sociedad democrática donde la ética civil y el deseo de nuestros parlamentarios de legislar para todos no siempre logra los resultados de mejora de la convivencia ciudadana esperados, sino el malestar social, el disenso, la sombra de las "dos Españas" que subyace en la niebla y cuyos efectos 'frenadores' del desarrollo moral de la sociedad se dejan notar (sino, veamos los insultos entre los parlamentarios, la persecución política de los individuos de uno por otro partido, la nítida

corrupción de muchos de ellos, las cuestiones sin resolver de las huelgas que no proporcionan los daños que ocasionan (v.gr. controladores), el vandalismo callejero, el entorno terrorista, etc.). Hay mucha ideología, mucho opinar diferente a los otros, mucho salir en la prensa proponiendo posturas poco estudiadas. Pero falta reflexión ética, de fundamentos, de lo que ganamos y perdemos, individual y socialmente, con cada toma de decisiones.

Nuestra sociedad se ha caracterizado por una falta de toma de decisiones en conciencia. No hemos sido educados para ello; también es cierto que durante mucho tiempo nos ha faltado la libertad que lo hiciese posible.

Quizás hoy, porque vivimos en una sociedad plural que quiere garantizar un ámbito de libertad ciudadana para todos, aparece el tema de las decisiones en conciencia y la objeción de conciencia, de las que previamente no habíamos necesitado sociológicamente haber tomado cuenta de ello, porque oficialmente y de manera consuetudinaria, todos pensábamos lo mismo; todos tomábamos las decisiones importantes de nuestra vida del mismo modo: ajustado al sentir de la familia, de los maestros, de la religión, de la buena opinión, etc. Y ahora sufrimos las consecuencias de la premura de un nuevo aprendizaje de tomar las decisiones en conciencia, es decir, libremente, y respetando a los otros que están a nuestro lado y pueden pensar de distinta manera.

Todo lo que conlleva un cambio cultural tan significativo en el mundo de la salud y de la enfermedad viene marcado por la definición socio-política de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), bajo cuyo amparo se han puesto los programas de salud que quieren abarcar la totalidad de los estados del mundo y a cuyo servicio, en cada respectivo país, trabajamos todos los profesionales sanitarios. Hablamos de la visión de "la salud como completo estado de bienestar físico, psíquico y social; y no sólo la ausencia de enfermedad".

Más allá de toda crítica que se le pueda hacer a esta definición, lo cierto es que en nuestro país trabajamos

al amparo de su marco y nuestros parlamentarios elaboran las leyes sociosanitarias a la medida de este horizonte sugerido por la OMS.

Pero en nuestro ámbito, todavía a muchos profesionales médicos les espantan solicitudes de actuación, no en base a la disyuntiva salud – enfermedad, sino fundamentadas en la aspiración a un estado de bienestar. Que una mujer gestante solicite un aborto voluntario, en base a su deseo de controlar su proyecto de vida, su estado de bienestar psíquico o social, su deseo de desarrollar su autonomía bajo el control de su voluntad, encrespa a mucho buenos profesionales.

Nuestra democracia española ha optado por reconocer este ámbito de salud en la *Ley General de Sanidad* y en las que constituyen su posterior desarrollo, prestando amparo al derecho de autonomía de los ciudadanos, en concreto a la mujer; protegiendo constitucionalmente al *nasciturus*, pero valorando jurídicamente en ciertos casos más el valor de la autonomía de la madre, que el valor de la vida del feto (durante las primeras catorce semanas de gestación; en caso de evidencia de malformación del feto o la presencia en el mismo de enfermedad severa y mortal; en caso de conflicto con la salud psíquica o física de la madre).

La *Ley de salud sexual y reproductiva*, viene a organizar jurídicamente las implicaciones médicosociales del hecho de abortar. Ante dicho acto debemos considerar tres conjuntos de valores en juego: el valor autonomía de la madre para tomar decisiones; el valor protección de la vida del fruto de la gestación, del *nasciturus*; y el valor de la libertad de conciencia del profesional sanitario que pueda o no actuar dicho aborto.

Esta libertad de conciencia ya quedó definida en el Código de Deontología médica de 1999, al significar en su artículo 23.1: “...cuando la conducta del médico respecto al aborto se lleve a cabo en los supuestos legalmente despenalizados, no será sancionada estatutariamente”. Y que ahora la Ley Orgánica 2/2010, formula en su Art. 19.2: “... los

profesionales sanitarios directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo tendrán el derecho de ejercer la objeción de conciencia...El rechazo o la negativa a realizar la intervención de interrupción del embarazo por razones de conciencia es una decisión siempre individual del personal sanitario directamente implicado en la realización de la interrupción voluntaria del embarazo, que debe manifestarse anticipadamente y por escrito”.

Así, nuestros legisladores optan por la posición tomada por el Tribunal Constitucional en su sentencia 161/87, en el sentido de decir que no existe un derecho a la objeción de conciencia con carácter general (posición de las teorías iusnaturalistas), sino que el legislador la puede reconocer para un deber concreto (posición iuspositivista): en nuestro caso el legislador sólo reconoce este derecho a la objeción de conciencia para el personal sanitario directamente implicado en la realización de la interrupción voluntaria del embarazo.

Y es aquí donde comienza a surgir el problema en la actualidad: ¿hasta que límites de actuación alcanza ese estar implicado en la interrupción voluntaria del embarazo? Aquí es donde parece surgir la pregunta que se hace en este congreso y que da título a esta conferencia: ¿tiene el médico de familia derecho a objetar?

Desde esa pregunta reflexionaremos sobre el deber profesional del médico de familia. Explicitaremos su capacidad para conocer a sus pacientes y su entorno, su capacidad de entrar en diálogo confiado con ellos, su fidelidad a ellos, su sensibilidad para estar presente en los trances difíciles de sus vidas, en su función de catalizador de las mejores decisiones de salud en sus clientes, en su capacidad informativa, deliberadora y comunicadora en general.

A partir de ahí podemos concluir que si se pregunta de forma general: ¿el médico general y de familia tiene derecho a la objeción de conciencia? Responderemos que sí, como cualquier otro ciudadano dentro de una comprensión iusnaturalista y

general del derecho a la objeción (que en muchos casos habrá que pleitear ante los tribunales de justicia); pero si formulamos la pregunta desde el contexto profesional: ¿el médico general y de familia tiene derecho a la objeción de conciencia profesional con vistas a la intervención en la interrupción voluntaria del embarazo? Desde una posición ius-positivista, como es la que formula la Ley española de salud sexual y reproductiva, diremos que a ellos no les alcanza el derecho a la objeción de conciencia porque no son ejecutores inmediatos de la acción de abortar.

A mayores, añadimos que el deber profesional de acompañante de sus pacientes en los trances difíciles de su vida, parece hacer vislumbrar que es

una acción éticamente correcta y benéfica el estar “hasta dónde se pueda” al lado de la paciente, informarle, ayudarle a tomar la mejor decisión, respetando su autonomía y el proyecto de vida que se proponga realizar, aunque no coincida con nuestros valores personales y con las decisiones que nosotros tomaríamos.

La actuación del médico en conciencia se mide por su limpieza de ideologías, de sectarismos; sin tener miedo a contaminarse si se pone en contacto con el problema; manteniendo su respeto a la autonomía del interlocutor dentro del proceso de información profesional; sin quiebra de la personal fidelidad ética personal, pero que no puede ser impuesta, en conciencia, al otro.

■ DEBATES CON EL EXPERTO EN ...

OPTIMIZANDO EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON DEPRESIÓN

CON LA COLABORACIÓN DE ASTRAZENECA

Fernando Gonçalves Estella

Médico general y de familia. Centro de Salud Almeida. Zamora

Que “la vida es bella” es un dicho tan cierto, palpable y pedagógico que pocos en plenitud de facultades mentales nos atreveríamos a cuestionar. Pero un no menor grado de certeza deberíamos conceder a ese otro axioma que afirma que, a veces, “la vida es un mar de lágrimas”.

Ambos aforismos, sin duda, podremos convenir que son ciertos siempre que seamos capaces de aceptar de antemano ese otro condicional que asevera que “cada cual cuenta la feria según le va en ella”.

Al final, como en casi cualquier otra experiencia

vital, se corrobora que la satisfacción ante la vida muy probablemente sigue con terquedad la teoría de los tres tercios, que aquí aplicada vendría a dar fe de que para un tercio de los mortales la vida es hermosa y plena, para otro tercio se vive porque hay que vivirla que para eso nacimos, mientras que para el tercio restante el hecho de vivir dejaría mucho que desear en tanto que experiencia filosófica, vivencial y personal. Es evidente que cada persona incluida teóricamente en cada uno de los tercios en un momento dado, que no son estancos, pertenece a él solamente en ese momento puntual