Ética médica y prisión: de la autonomía a la beneficencia (pasando por la no maleficencia). A propósito de un caso

J García-Guerrero

Centro Penitenciario de Castellón.

RESUMEN

La autonomía en la toma de decisiones ante actuaciones sanitarias que nos afecten es hoy el pivote sobre el que gira la actividad médica. La competencia y capacidad son esenciales en esa toma de decisiones, y deben ser las adecuadas para que el ejercicio de la autonomía sea posible, lícito y acorde con principios éticos. Se asume que las personas institucionalizadas tienen limitada su autonomía, aunque su competencia mental y su capacidad legal sean plenas. Para los presos es así por jurisprudencia del Tribunal Constitucional español, sentada con ocasión de la huelga de hambre llevada a cabo por los presos de los GRAPO.

Se presenta un caso real, en el que un preso decide no someterse a tratamiento. Es un caso éticamente complejo, por las peculiaridades legales del ejercicio de la Medicina en prisión y por los padecimientos psiquiátricos crónicos del paciente. La decisión del paciente es tolerada hasta que un informe psiquiátrico afirma su incompetencia para tomar esa decisión, momento en que se aplica tratamiento médico forzoso. La conclusión es muy crítica con la jurisprudencia establecida y con su aplicación general; el autor no cree equiparable la alimentación forzosa de un preso en huelga de hambre con el tratamiento médico forzoso de un preso que decide no someterse a tratamiento médico. También se concluye que la actuación habida es éticamente incorrecta ya que, o bien se ha quebrado el principio de autonomía al no respetar la decisión del paciente, o bien se ha quebrado el de beneficencia al no haber tratado forzosamente antes al paciente.

Palabras clave: Ética, Prisión, Medicina Legal, Huelga de Hambre.

MEDICAL ETHICS AND PRISON, FROM AUTONOMY TO CHARITY (GOING THROUGH NOT NON-CHARITY) A CASE REVIEW

ABSTRACT

Autonomy in modern day healthcare decision making is one of the pivots of medical practice. Competence and ability are essential for the decision making process, and must be adequate for autonomy to be practiced freely, lawfully and ethically. It is generally understood that institutionalised individuals have limited autonomy even when they have full mental powers and legal capacities. Spanish prisoners fell into this category after the case law decision of the *Tribunal Constitucional*, established during the hunger strike of the GRAPO prisoners.

I describe a real life case of a prisoner that refused to accept medical treatment. The case is ethically complex, partly because of the legal peculiarities of medical practice in prison and also because of the chronic mental condition of the patient. The patient's decision was accepted until a psychiatric report stated that the patient was not mentally capable of making such a decision, at which moment forced medical treatment was applied. The conclusion is highly critical of the case law used and its general application. The author believes that force feeding of a prisoner on hunger strike is not comparable to forced medical treatment of a prisoner who chooses not to receive treatment. Another conclusion is that the act was unethical due to the breaking of the principle of autonomy by not respecting the patient's decision, or because the principle of beneficence was broken for not giving forced medical treatment at an earlier time.

Key words: Ethics, Prisons, Forensic Medicine, Hunger Strike.

INTRODUCCIÓN

En la segunda mitad del siglo XX hemos asistido a una revolución en el modo de ejercer la medicina, que podemos resumir en dos grandes cambios. Por un lado la Medicina, de ser considerada como una de las “profesiones excelentes” aristotélicas¹ con todo lo que ello conllevaba —alta cualificación moral del profesional, práctica impunidad jurídica, carácter no exclusivamente mercantil...— ha pasado a ser tratada según un modelo que no reconoce diferencias entre profesión y oficio, y en el que el profesional de la medicina es un asalariado más y sometido al mismo escrutinio público que en el resto de profesiones u oficios.

Por otro lado se ha producido la “*emancipación de los pacientes*”, y con ella, una nueva forma de entender las relaciones entre médicos y enfermos. En la medicina clásica era el médico el que definía lo que era salud, lo que era enfermedad y lo que era una necesidad sanitaria; justificaba siempre sus juicios y acciones desde el principio de **beneficencia**, según el cual su obligación primera era procurar el bien de sus pacientes, y en base a esto sus decisiones eran indiscutibles e inapelables. Hoy esto no es así, el individuo ha descubierto su derecho a definir por sí mismo lo que es salud y lo que es enfermedad y ha conquistado suficiente capacidad de decisión o **autonomía** como para, en función de sus preferencias, decidir qué es y qué no es una necesidad sanitaria y elegir una de las varias opciones de tratamiento que se le ofrezcan. Un bien como el control del propio cuerpo, tradicionalmente un espacio controlado por instancias ajenas al propio individuo (religión, justicia, medicina...), bajo la forma que en ética se conoce como “deberes perfectos” de justicia o públicos, ha pasado a ser de gestión exclusivamente privada del individuo, bajo la forma de “deberes imperfectos”².

En definitiva, la autorregulación personal de un individuo libre para elegir, con voluntad para ello, informado, competente y sin limitaciones personales, da lugar a alguien que decide autónomamente sobre su propio cuerpo. Y esa persona ha sustituido a otro individuo que aún teniendo todas las cualidades del anteriormente descrito, se mostraba con nula capacidad para decidir, pasivo y obligado a “aguantar” impertérrito todas las actuaciones que pudiera efectuar sobre su cuerpo un profesional que, se suponía, sólo quería su bien y que se arrogaba la potestad de definir qué era su bien, aunque con esta definición no estuviera en absoluto de acuerdo el interesado.

No se pueden dejar de hacer algunas consideraciones sobre el principio de **no maleficencia**, que

también estará presente en el análisis. Probablemente sea éste el principio cardinal de la ética médica. *Primum non nocere*, lo primero no hacer daño. Es un imperativo ético superior incluso al de favorecer. El problema radica hoy en definir “como” no se hace daño al paciente. El contenido de este principio se ha ampliado, y su significado ha variado con el paso de los siglos. En su origen, la idea de no hacer daño nace derivada de la grosería de los métodos diagnósticos y terapéuticos empleados por la medicina hasta bien entrado el siglo XX. En muchísimas ocasiones estos métodos dañaban más que favorecían al enfermo, así que la abstención de intervenir era obligada cuando no había seguridad completa acerca de esta intervención y sus resultados. Hoy las grandes posibilidades diagnósticas y el numeroso arsenal terapéutico de que disponemos para el manejo de todo tipo de enfermedades, nos permiten actuaciones inimaginables hace sólo cincuenta años. Aunque en ocasiones no podamos curar, sí que podemos casi siempre cronificar, mantener y aliviar. Estas nuevas formas de actuación médica pueden ir en contra de las preferencias o intereses de un paciente concreto por lo que, de persistir en nuestra actitud “curativa”, le estaremos causando un daño y actuando de una forma éticamente incorrecta, ya que estaremos quebrando el principio de no maleficencia.

La aplicación práctica de estos principios presenta algunas diferencias en el caso de los presos respecto a la población general. Se asume que la institucionalización limita la autonomía de los presos³. A pesar de esto, es incuestionable que los presos son personas y en tanto que tales, conservan plenamente su dignidad, lo que les hace acreedores de la misma consideración por los demás que cualquier otra persona. La dignidad, en cuanto valor espiritual y moral inherente a la persona, ha de permanecer inalterada cualquiera que sea la situación en que la persona se encuentre, también durante el cumplimiento de una pena privativa de libertad, y por tanto los poderes públicos deben asegurar las condiciones suficientes para su respeto. De esta obligación ética de los poderes públicos nacen los derechos de los presos que, siguiendo el curso del razonamiento, no deberán verse limitados más que “por el expreso contenido de las sentencias, el sentido de la pena y la ley penitenciaria” (art. 25.2 de la Constitución Española).

Se presenta el caso de un paciente en el que se ven involucrados los tres grandes principios bioéticos mencionados más arriba. Analizamos la autonomía del paciente para tomar la decisión que tomó e intentaremos describir las actuaciones que se produjeron desde la perspectiva de los principios de beneficencia.

cia/no maleficencia. Todo ello en el contexto concreto de un ordenamiento legal particular y “*sui generis*”, que condiciona la actuación de los profesionales encargados del caso.

EL CASO

Para no quebrantar la sacrosanta confidencialidad que debe regir toda buena relación médico/enfermo, incluso después de la muerte, llamaremos a nuestro protagonista Paco.

Rasgos sociofamiliares

Paco era un paciente de 38 años de edad, con estudios primarios incompletos, procedente de una familia desestructurada y marginal, con dos hermanos más delincuentes, uno ya muerto y otro también encarcelado. Hacía varios años que su familia no iba a visitarle a la prisión y sus relaciones con ella eran nulas. Nunca había realizado un trabajo remunerado de forma continuada; todo lo más, eventuales ocupaciones como peón agrícola o de la construcción. Desde los quince años Paco había consumido todo tipo de drogas no prescritas, incluidas alcohol y tabaco, por diferentes vías (venosa, oral, inhalada, fumada...). Según sus propias manifestaciones, hacía unos 4 años que Paco no consumía drogas no prescritas por vía parenteral, aunque seguía consumiendo sustancias de este tipo, fundamentalmente benzodiacepinas por vía oral y heroína fumada.

Su primer ingreso en prisión se produjo a los 16 años; desde entonces había pasado un total de doce años y medio en prisión. Su última estancia continuada se prolongaba cuatro años y medio y todavía le quedaban otros cuatro para saldar sus cuentas con la justicia. Todos los ingresos en prisión fueron por robos, con o sin intimidación, cometidos con el objetivo de financiar su drogadicción. En su historial penitenciario no figuraba delito de sangre alguno.

Durante su última estancia en prisión había sido atendido por un único médico de atención primaria, excepto las solicitudes de asistencia por motivos urgentes. Debido a la gran accesibilidad de los presos a los servicios médicos, había sido visto por este médico, en los dos últimos años, al menos una vez por semana como media, mención aparte de los períodos de hospitalización y de las interconsultas psiquiátricas que se realizaron. En ese período el paciente nunca manifestó desinterés por seguir viviendo, y mucho menos ideas o tendencias suicidas.

Antecedentes médicos

— Paco padecía infección crónica por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), estadio B3, en tratamiento con terapia antirretroviral (TARV) desde julio de 2003. Empeoramiento analítico a mediados de 2004. Un test de resistencias practicado en octubre de 2004 por persistencia de carga viral detectable, no muestra mutación alguna en el genoma del VIH, lo que sugiere fuertemente falta de adherencia al TARV; también tenía infección crónica por el virus de la hepatitis C (VHC) datada en ese mismo año.

— Diagnosticado también desde hacía doce años de una Esquizofrenia indiferenciada. En tratamiento por esta causa con neurolépticos y ansiolíticos por vía oral. El paciente suspendía con frecuencia las tomas de medicación, con los consiguientes episodios de descompensación psicótica, que obligaban a tratamiento forzoso con neurolépticos depot por vía intramuscular. En el momento de su último ingreso hospitalario llevaba algunos meses en esta situación, reforzada con la toma de medicación vía oral que el paciente había empezado a aceptar.

— Tenía documentados dos episodios de psicosis tóxicas en 1997 y 1998, secundarios a consumo abusivo de drogas no prescritas.

— En 1998 consta un diagnóstico de Retraso mental leve, probablemente por un síndrome orgánico cerebral, secundario a consumo abusivo e inveterado de drogas no prescritas. No obstante, no constan los métodos con que se llegó a este diagnóstico ni el especialista que lo hizo.

— En los últimos 20 meses había sufrido tres ingresos hospitalarios: 20 meses antes por infección de vías respiratorias altas; 18 meses antes por neumonía lóbulo inferior del pulmón derecho y 4 meses antes por dermatitis seborreica impetiginizada, secundaria a su Infección VIH crónica.

En el momento de su último ingreso

3-4 semanas antes comienza con cuadro progresivo de malestar general y debilidad generalizados, tos con expectoración blanquecina y adelgazamiento extremo. El cuadro respiratorio se complica con fiebre alta, lo que aconseja su hospitalización. En el informe hospitalario final se puede leer en el apartado de exploración al ingreso: “Consciente, orientado y colaborador. Regular estado general, no impresiona de gravedad. Caquético, Bradipsíquico, pero consciente en tiempo, espacio y persona. T^a Axilar: 39,4°”. La Rx Tórax muestra infiltrado intersticial en pulmón izquierdo y condensación en el lóbulo medio del pul-

món derecho. Es ingresado y se inicia tratamiento antibiótico empírico con buena respuesta clínica, quedando el paciente afebril en 72 horas. A la semana de su ingreso el paciente cambia de actitud: se niega a tomar medicación, a ser explorado y a la práctica de pruebas complementarias. Tampoco accede a que se le administre hidratación ni tratamiento alguno por vía venosa y manifiesta que no va a comer más. La única razón que aduce es que no quiere seguir viviendo. El cuadro respiratorio que motivó su ingreso se recrudece y agrava en los días siguientes. El decimosegundo día de su estancia es visitado por un psiquiatra y al día siguiente por otro; el primero no objetivó alteraciones en la percepción ni en el nivel de conciencia ni delirio, el segundo anota en la historia: “paciente levemente desorientado y algo confuso”. Ninguno de los dos hizo anotaciones en la Historia Clínica sobre la competencia del paciente para tomar decisiones. Al decimoctavo día de estancia, tras una nueva valoración, el psiquiatra anota en la Historia Clínica: “*Creo que el estado actual cognitivo del paciente lo hace incapaz para decidir*”. En ese momento se recurre a la sujeción mecánica y administración forzosa de nutrición, hidratación y antibióticos por vía intravenosa. A pesar de estas medidas, el paciente fallece a las 40 horas de su aplicación, después de estar hospitalizado tres semanas.

Consideraciones legales

Ya se ha apuntado que la institucionalización de un sujeto limita su capacidad de decisión, su autonomía. Desde un punto de vista estrictamente normativo esta cuestión, aunque aceptada, es más que discutible. La Constitución Española en su artículo (art.) 15 sanciona el derecho de todos a la vida e integridad física y moral y prohíbe taxativamente el que cualquier persona pueda ser sometida a tortura, tratos inhumanos o degradantes; por su parte, el art. 25.2 establece de forma expresa que todos los condenados gozarán de todos sus derechos, excepto lo que se vean expresamente limitados por la sentencia, el sentido de la pena y la ley penitenciaria. La propia Ley Orgánica General Penitenciaria (LOGP) es contradictoria a este respecto⁴; en ningún momento se menciona en este texto que los presos tengan limitado su derecho a elegir entre admitir o rechazar un tratamiento, fuera de los supuestos en que este mismo derecho está limitado en la población general (riesgo para la salud pública, para terceros, o imposibilidad de decidir conscientemente). En sentido contrario, el art. 3.4 de esta misma LOGP establece la obligación de la administración penitenciaria de velar por la vida e integri-

dad física de los encarcelados⁴, lo que tradicionalmente es interpretado por la Administración Penitenciaria (AP) como un “mandato” para aplicar tratamientos médicos forzosos a los presos, incluso en contra de la opinión de los interesados. En un sentido más amplio el art. 45.1.b de la mencionada Ley autoriza a la administración a aplicar medios coercitivos “para evitar daños de los internos a sí mismos, a otras personas o cosas”. Por último, el vigente Reglamento Penitenciario (RP) limita alguno de los derechos de los internos en aras a conseguir una convivencia ordenada en las prisiones, pero de los que tengan que ver con la asistencia sanitaria, solamente se pone límites a la tenencia de medicamentos y a la posibilidad de recibir asistencia por profesionales ajenos al medio penitenciario⁴. La misma norma recoge en su art. 4.2.b el derecho de todo interno a que se preserve su dignidad e intimidad⁴, y el 210 regula la asistencia médica obligatoria en casos de urgencia vital, pero sin que se aprecien distinciones en el espíritu de su redacción con respecto al art. 10.6 de la Ley General de Sanidad, que regula el derecho de toda persona a elegir entre las diferentes opciones de tratamiento. Por último, la Ley 41/02 de 14 de noviembre de 2002, reguladora de la autonomía de los pacientes, establece la libertad de todas las personas, sin excepciones, para elegir entre varias opciones de tratamiento.

El Tribunal Constitucional (TC) sentó jurisprudencia sobre este asunto en sus sentencias con ocasión de la huelga de hambre de los presos del GRAPO de 1989. Se establece el no derecho de los presos a decidir su rechazo a la alimentación forzosa —que en estos casos es considerada como un tratamiento médico más—⁵, así como la obligación de la Administración Penitenciaria de administrar esta alimentación cuando llegue el momento en que el paciente pierda la conciencia y por tanto no pueda seguir manifestando su renuncia a ingerir alimentos, aunque haya manifestado previamente hasta la saciedad su negativa a ser alimentado⁶. Todas estas resoluciones judiciales se basan en la relación de “*especial sujeción*” que se establece entre la Administración Penitenciaria y los reclusos, según la cual “...*la Administración Penitenciaria tiene el derecho-deber de suministrar asistencia médica, conforme a criterios de ciencia médica a aquellos reclusos en huelga de hambre una vez que la vida de estos corra peligro, (...)*”⁵. Hay que decir que en las sentencias referidas hubo dos votos particulares: uno en el sentido de que el preso, como enfermo, goza de los mismos derechos y libertades que cualquier otro ciudadano, por lo que debe de reconocérsele el mismo grado de voluntariedad en relación con la asistencia médica; el otro, en síntesis, afirmando que ninguna

relación de supremacía especial puede justificar una coacción como la denunciada por los demandantes del amparo denegado, que significó su sujeción física y su alimentación forzosa durante muchos días.

La relación de especial sujeción administración-penado

Esta forma peculiar de relación jurídico-administrativa nace en la práctica de la dependencia absoluta del preso para desarrollar cualquier faceta vital, ya sea material (alimentación, sanidad...), cultural, educativa o jurídica. Frente al deber del preso de acatar su encarcelamiento y con él su invalidez temporal para atender sus necesidades vitales, está la responsabilidad de la administración de crear las condiciones reales para que se cumpla el art. 25.2 de la Constitución ya mencionado con el goce de todos sus derechos excepto los limitados por el fallo condenatorio. El penitenciarismo oficial hace una interpretación amplia de esta especial sujeción, y se arroga la potestad de tutelar el derecho a la vida de los presos. Creemos que quien tiene la vida es el que puede aceptar o desear la propia muerte — como ausencia de vida — y al ejercitar tal deseo o aceptación dispone no de la muerte, ya que no se puede disponer de tal cosa, sino del derecho a la vida, del que es titular único.

Consideraciones médicas

Paco padece enfermedades que pueden poner límites a su capacidad de decisión, a su competencia. Y también padece enfermedades crónicas que pueden hacer pensar en un acortamiento de su esperanza de vida. Lo avanzado de la Infección VIH que padece Paco y el padecimiento simultáneo de Infección crónica por VHC limita su esperanza de vida, aunque el actual arsenal terapéutico de que disponemos han equiparado su supervivencia en la práctica, y en el contexto de una correcta adherencia al tratamiento, con la supervivencia que presenta cualquier otra enfermedad crónica, como una diabetes o una cirrosis hepática. El retraso mental leve y su síndrome cerebral orgánico pueden disminuir su comprensión de la realidad y clásicamente se les ha asociado a la no competencia o a su disminución⁷, la psicosis esquizofrénica contribuye a distorsionar su visión de la realidad así como su capacidad para comprenderla adecuadamente, además la sucesión de brotes psicóticos habidos a lo largo de su vida agravan estas condiciones, y pueden hacer dudar de su capacidad y competencia para tomar decisiones correctas respecto a su tratamiento médico.

ANÁLISIS DEL CASO

Se ha presentado un caso en el que tres de los grandes principios de la bioética formulados por Beauchamp y Childres se ven involucrados: ¿se han respetado las preferencias del paciente?, ¿las actuaciones médicas han buscado siempre su beneficio?, ¿se ha dañado al paciente en algún momento? Para una mejor sistematización de su análisis, utilizaré el método de los cuatro parámetros formulado por Jonsen, Siegler y Wislade¹⁰, según la siguiente tabla sinóptica:

LAS INDICACIONES MÉDICAS

Los principios de beneficencia y no maleficencia

- 1.- ¿Qué problema médico tiene el paciente? ¿Cuál es su historial, diagnóstico y pronóstico?
- 2.- ¿Es un problema agudo o crónico, crítico o no crítico, reversible o irreversible?
- 3.- ¿Cuáles son los objetivos del tratamiento?
- 4.- ¿Cuáles son las probabilidades de éxito?
- 5.- ¿Qué alternativas se barajan en caso de fracaso terapéutico?
- 6.- En suma, ¿cómo se puede beneficiar el paciente de la atención médica y de enfermería sin causarle daño?

LA CALIDAD DE VIDA

Los principios de beneficencia y no maleficencia y de respeto a la autonomía personal

- 1.- ¿Cuáles son las perspectivas del paciente de retornar a la vida normal si sigue el tratamiento o si lo obvia?
- 2.- ¿Qué carencias de índole físico, mental o social son previsibles incluso con un resultado positivo del tratamiento?
- 3.- ¿Existen prejuicios susceptibles de influir en la evaluación que el profesional sanitario haga respecto de la calidad de vida del paciente?
- 4.- ¿Es la situación actual (o previsible) de tal naturaleza que no valdría la pena seguir viviendo?
- 5.- ¿Existen razones o planes que justifiquen la renuncia al tratamiento?
- 6.- ¿Se han previsto alivios o cuidados paliativos?

LAS PREFERENCIAS DEL PACIENTE

El principio del respeto a la autonomía

- 1.- ¿Tiene el paciente intactas sus facultades mentales y es legalmente competente? ¿Hay signos de incapacidad?
- 2.- Si el paciente es competente ¿ha manifestado sus preferencias en cuanto al tratamiento?
- 3.- ¿Se le ha informado de los riesgos y beneficios? ¿Ha comprendido dicha información? ¿Ha dado su consentimiento?
- 4.- Si está incapacitado ¿quién es su representante legítimo? ¿Basa éste sus decisiones en principios adecuados?

- 5.- ¿Ha expresado el enfermo previamente sus preferencias, p. ej. en directrices médicas anticipadas?
- 6.- ¿Se resiste o colabora en el tratamiento? Justifique su respuesta.
- 7.- En suma, ¿se está respetando en lo posible, el derecho de elección del paciente de acuerdo con la ética y la ley?

LOS RASGOS CONTEXTUALES

Los principios de lealtad y de justicia

- 1.- ¿Hay factores familiares susceptibles de influir en las decisiones relativas al tratamiento?
- 2.- ¿Hay factores vinculados a los profesionales sanitarios (médicos y enfermeros) que afecten a las decisiones en torno al tratamiento?
- 3.- ¿Median factores económicos o financieros?
- 4.- ¿Y factores religiosos o culturales?
- 5.- ¿Existen límites a la confidencialidad?
- 6.- ¿Hay problemas de asignación de recursos sanitarios?
- 7.- ¿En qué medida afecta el derecho a las decisiones sobre el tratamiento?
- 8.- ¿Media la investigación o la docencia clínica?
- 9.- ¿Se da algún conflicto de intereses en los profesionales sanitarios o en el centro hospitalario?

1. Las indicaciones médicas

1.1. ¿Qué problema médico tiene el paciente? ¿Cuál es su historial, diagnóstico y pronóstico?

Paco está afectado fundamentalmente por tres enfermedades crónicas, una psiquiátrica (esquizofrenia indiferenciada) y dos infecciones víricas (infección por VIH y por VHC). El pronóstico de las enfermedades de base es malo a medio-largo plazo. La esquizofrenia posiblemente provocaría brotes psicóticos y aunque esto no fuera así, conduciría en el futuro a un estado mental característico, con empeoramiento del grado de retraso mental, embotamiento y frialdad afectivas y progresivo grado de despersonalización y alejamiento de la realidad. Por su parte, el padecimiento de una coinfección VIH-VHC está demostrado que acelera y agrava el curso de ambas infecciones y lo esperable en este caso es la acumulación de complicaciones de ambas (neumonías, tuberculosis, lesiones ocupantes de espacio intracraneales, cirrosis, incluso cáncer hepático...), cada vez con mayor frecuencia y cada vez más graves y de más difícil recuperación. Dado el momento evolutivo de estos cuadros y a la luz de los conocimientos científicos en el momento de la última hospitalización del paciente, su expectativa de vida puede establecerse en 6-8 años, siempre que haya una buena adhesión al tratamiento y un seguimiento médico adecuado.

1.2. ¿Es un problema agudo o crónico, crítico o no crítico, reversible o irreversible?

Las enfermedades de base del paciente son cuadros crónicos, no críticos e irreversibles⁹. En el momento del ingreso hospitalario había una complicación infecciosa pulmonar sobrevenida, esperable en el contexto evolutivo de la Infección por VIH.

1.3. ¿Cuáles son los objetivos del tratamiento?

En el caso de las enfermedades de base del paciente hoy por hoy no tenemos tratamientos curativos, por lo que el objetivo del paciente deberá ser mantenerlas controladas con el fin de alargar la supervivencia del paciente con la mejor calidad de vida posible. Para el cuadro pulmonar infeccioso sobrevenido el objetivo debe ser la restitución completa al estado previo a que este cuadro apareciera.

1.4. ¿Cuáles son las probabilidades de éxito?

Lo esperable es la curación de la infección pulmonar en un plazo de 8-10 días de tratamiento y así fue la evolución al principio. La emancipación que aqueja al paciente tardaría algunas semanas en solucionarse, pero con dieta y medidas de sostén adecuadas también se debería resolver por completo.

1.5. ¿Qué alternativas se barajan en caso de fracaso del tratamiento?

El tratamiento instaurado fue antibiótico empírico, basado en lo que establece la literatura científica en cuanto a los gérmenes más probablemente causantes de neumonías. Si fracasara lo procedente hubiera sido intentar identificar el germen causal mediante las pruebas bacteriológicas pertinentes y aplicar posteriormente el tratamiento adecuado. Si no se lograra identificar germen causal, el tratamiento debería seguir siendo antibiótico empírico, complementado con las adecuadas medidas de sostén del estado general.

1.6. En suma, ¿cómo se puede beneficiar el paciente de la atención médica y de enfermería sin causarle daño?

El beneficio es completo en cuanto a la complicación sobrevenida, ya que lo esperable es su resolución completa. Las enfermedades de base ya queda dicho que, hoy por hoy, son incurables. De haber aceptado el tratamiento lo esperable es que el paciente hubiera abandonado el hospital con su infección aguda curada y en mejor estado físico del que entró. El precio a pagar por ello hubiera sido unos días de estancia hos-

pitalaria y las molestias derivadas de tener insertado un catéter intravenoso en una de sus extremidades. Estas dos circunstancias son hoy rutinarias y las “sufren” a diario miles de pacientes, por lo que no se puede decir que constituyan un daño para nadie. A mayor abundamiento, Paco había estado hospitalizado en varias ocasiones con anterioridad, por lo que sabía perfectamente lo que ello significaba.

2. La calidad de vida

2.1. *¿Cuáles son las perspectivas del paciente de retornar a la vida normal si sigue el tratamiento o si lo obvia?*

La vida normal de este paciente era vivir en prisión y las perspectivas de retomarla con el tratamiento adecuado eran completas. Ya sabemos lo que pasó cuando decidió no tratarse.

2.2. *¿Qué carencias de índole físico, mental o social son previsibles incluso con un resultado positivo del tratamiento?*

En el caso de la infección pulmonar sobrevenida ninguna. A largo plazo este asunto ya ha sido desarrollado en el epígrafe 1.1. Socialmente nos encontramos ante una persona con un futuro muy poco esperanzador; sin preparación académica alguna y sin familia en quien apoyarse. Paco saldría de la cárcel a los 43 años y en el mejor de los casos podría aspirar a vivir unos pocos años ejerciendo algún trabajo de nula cualificación, siempre que la evolución de sus múltiples cuadros patológicos lo permitiera. Otra posibilidad sería que a pesar de seguir correctamente las recomendaciones médicas, esta evolución no fuera lo suficientemente buena y Paco no pudiera trabajar, en ese caso debería sobrevivir a cargo de la asistencia social, con frecuentes episodios de hospitalización por la más que probable aparición de infecciones oportunistas u otras relacionadas con su infección crónica por VIH y VHC. También podría darse el caso de que su adherencia y correcto cumplimiento de los tratamientos no fuera la adecuada y el curso de sus enfermedades se acelerara. Por último, la indigencia de Paco en libertad podría conducirle a la comisión de delitos aunque sólo fuera para adquirir alimentos, lo que volvería a dar con toda seguridad con Paco en la cárcel.

2.3. *¿Existen prejuicios susceptibles de influir en la evaluación que el profesional sanitario haga respecto de la calidad de vida del paciente?*

No en lo que a los sanitarios penitenciarios ni al internista consultor se refiere. Podría existir este tipo de

prejuicios en el caso del personal de enfermería hospitalario. Ellos sólo conocen a los presos durante las estancias hospitalarias que causan y ese escaso contacto es en muchas ocasiones no querido, lo que sí puede condicionar prejuicios y actuaciones acorde con ellos.

2.4. *¿Es la situación actual (o previsible) de tal naturaleza que no valdría la pena seguir viviendo?*

Ésta es una cuestión muy compleja a la que el enfermo dio una contundente respuesta en su momento. Desde un punto de vista estrictamente médico una expectativa de vida de 6-8 años es atractiva para un enfermo crónico. Por otra parte, la calidad de vida que espera a Paco es muy pobre: en prisión la mitad de ese tiempo, frecuentes complicaciones y episodios de hospitalización, nulos ingresos económicos... ¿Es preferible conseguir años de vida o conseguir vida para esos años? El paciente tomó su decisión.

2.5. *¿Existen razones o planes que justifiquen la renuncia al tratamiento?*

Si existían, el paciente nunca los manifestó. No se le conocían creencias que limiten opciones terapéuticas. Se había documentado mala adherencia a los tratamientos prescritos, pero considerando que estamos ante un enfermo mental y que la tasa media descrita de cumplimiento terapéutico en enfermos crónicos ronda el 50%¹⁰, podemos entender esta circunstancia.

2.6. *¿Se han previsto alivios o cuidados paliativos?*

No eran necesarios con una normal evolución del episodio agudo sobrevenido. Para una posterior evolución se contaba con la asistencia sanitaria dentro de la prisión y los servicios de asistencia sanitaria y social de la población general para cuando el paciente fuera puesto en libertad.

3. Las preferencias del paciente

3.1. *¿Tiene el paciente intactas sus facultades mentales y es legalmente competente? ¿Hay signos de incapacidad?*

Ésta es la cuestión capital del caso. En el momento de su ingreso hospitalario el paciente estaba consciente y perfectamente orientado según la Historia Clínica. Paco se relacionaba normalmente con compañeros y funcionarios, hacía un régimen de vida normal en la prisión, y no manifestaba signos de demencia o alteración del estado mental (excepto en los episodios de exacerbación de su psicosis crónica).

Competencia, en su sentido más amplio, es la habilidad para realizar una tarea; en términos bioéticos hace referencia a “la aptitud psicológica de un paciente para ejercer su autonomía personal y tomar sus propias decisiones sanitarias”¹¹, lo que en términos jurídicos se puede equiparar al término capacidad legal, que se define como “la forma de capacidad de obrar que hace referencia al reconocimiento jurídico de la aptitud de un sujeto para ejercitar sus derechos y realizar actos válidos”¹¹. La incapacidad es en términos bioéticos, “el padecimiento de deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impiden a una persona gobernarse por sí misma”¹¹. El paciente padece cuadros psiquiátricos que pueden llegar a hacerle incapaz, pero en el momento de los hechos no mostraba signo alguno de demencia. Tomaba sus propias decisiones en su vida cotidiana (excepto en los períodos de descompensación de su psicosis como ya queda dicho) y por tanto, en el momento de comunicar su decisión de no aceptar tratamiento médico, en principio, hemos de aceptar que era capaz y autónomo para gobernarse a sí mismo.

3.2. Si el paciente es competente ¿ha manifestado sus preferencias en cuanto al tratamiento?

Al ingresar no hizo indicación alguna sobre como quería ser tratado y no planteó objeciones al tratamiento. Fue pasados tres días de estancia hospitalaria cuando se negó a seguir siendo tratado. Se le dio en ese momento la opción de tomar la medicación por vía oral, ya que esa posibilidad era factible al estar consciente, pero no lo admitió.

3.3. ¿Se le ha informado de los riesgos y beneficios? ¿Ha comprendido dicha información? ¿Ha dado su consentimiento?

En todas las etapas de la asistencia recibió información adecuada y comprensible y que pareció entender. Consintió todas las actuaciones médicas hasta el tercer día de su ingreso en que se negó a seguir siendo tratado. Fue informado de las consecuencias que esa decisión podría tener para él, incluso se le dijo que podría morir si persistía en su actitud y pareció comprender esa información según los psiquiatras que le reconocieron.

3.4. Si está incapacitado, ¿quién es su representante legítimo? ¿Basa éste sus decisiones en principios adecuados?

Ya queda dicho que Paco era capaz legalmente para tomar sus propias decisiones y no contaba con representante legal alguno designado por él.

3.5. ¿Ha expresado el paciente sus preferencias, p. ej., mediante directrices médicas anticipadas?

No consta documento alguno en ese sentido. Entre el tercero y el decimoctavo día de su ingreso Paco se negó activamente a ser tratado y manifestó de forma verbal que no quería seguir viviendo.

3.6. ¿Se resiste o colabora en el tratamiento? Justifique su respuesta.

Ya se ha apuntado más arriba la mala adherencia del paciente a sus tratamientos crónicos y alguna justificación para ello¹⁰. En cuanto al proceso agudo el paciente decidió no tratarse si más explicaciones, en lo que se ha dado en llamar “negativa enigmática”¹² que por tal, no tiene justificación.

3.7. En suma ¿se está respetando en lo posible el derecho de elección del paciente de acuerdo con la ética y la ley?

Hasta el momento de su tratamiento forzoso cabe decir que sí en uno y otro caso. Las decisiones de sujeción física y tratamiento forzoso del paciente en nuestra opinión son de dudosa legalidad y éticamente incorrectas, por quebrar el derecho de elección del paciente.

4. Los rasgos contextuales

4.1. ¿Hay factores familiares susceptibles de influir en las decisiones relativas al tratamiento?

Les hay por defecto. Varios estudios han demostrado que la ausencia de soporte familiar y emocional en los pacientes, empeoran el curso de las enfermedades crónicas. En lo que nos ocupa, estudios de seguimiento de liberados por sida y destinados en recursos sociosanitarios, muestran que los pacientes sin arraigo familiar mueren antes¹³.

4.2. Hay factores vinculados al personal sanitario (médicos y enfermeros) que afecten a las decisiones en torno al tratamiento?

No debe haberles en lo que se refiere a la estricta praxis profesional y no los había en este caso.

4.3. ¿Median factores económicos o financieros?

No. Los sujetos encarcelados tienen todas sus necesidades de asistencia médica y farmacéutica cubiertas y financiadas por la Administración Penitenciaria. El catálogo de prestaciones sanitarias penitenciarias

no existe, pero por analogía, son las mismas para un paciente encarcelado que para la población general. Incluso puede hablarse de cierta discriminación positiva ya que un paciente preso tiene acceso gratis a todos los medicamentos prescritos por un facultativo y, en la mayoría de las ocasiones, no tiene que satisfacer cantidad alguna por prótesis como gafas, ciertas prótesis dentales y todas las ortopédicas, lo que sí sucede en el Sistema Nacional de Salud.

4.4. ¿Y factores religiosos o culturales?

Ninguno que se sepa y sea digno de reseñar.

4.5. ¿Existen límites a la confidencialidad?

Hay un marco normativo general para la confidencialidad de la información médica y los presos no constituyen excepción alguna. Las normas reguladoras concretas se pueden consultar en la obra de Diego Gracia y Javier Júdez¹⁴. Destacar la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de documentación e información pública, como norma que más expresamente se ocupa de este asunto y que no establece excepción alguna por el hecho de que un enfermo esté privado de libertad. Además, el Reglamento Penitenciario aborda esta cuestión en su art. 215, garantizando la confidencialidad y el correcto archivo y custodia de los datos médicos de los internos. No obstante, se debe señalar aquí que la confidencialidad de la información médica en prisión es, en muchas ocasiones, pura entelequia. En la práctica es frecuente el tener que informar sobre enfermedades de internos a diversas instancias del *staff* penitenciario que solicitan esta información al entenderla necesaria para valorar otros aspectos de la vida en prisión de ese paciente concreto. Esta práctica es indudable que diluye la confidencialidad y el secreto médicos, por mucho que se hable del *secreto médico compartido*.

4.6. ¿Hay problemas de asignación de recursos sanitarios?

Ya se ha comentado que no.

4.7. ¿En qué medida afecta el derecho a las decisiones sobre el tratamiento?

A las decisiones sobre el tratamiento aceptado por y con la colaboración del paciente, en ninguna. A la decisión de respetar la voluntad del paciente mientras éste fue capaz de decidir por sí mismo, tampoco.

Pero la decisión de la sujeción mecánica y el tratamiento forzoso del paciente una vez que se dictaminó su no competencia para tomar decisiones, está impuesta por una particular interpretación de la ley que no comparto. Es muy discutible que la misma decisión se hubiera tomado en similares circunstancias con una persona libre.

DISCUSIÓN

La introducción de 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, es relativamente reciente. Desde que el juez 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...*”¹⁵, esta idea ha ido extendiéndose y constituye hoy el armazón fundamental del ejercicio de la Medicina en los países desarrollados del entorno occidental. Dos son las principales razones que se apuntan y que explican este cambio:

— Por un lado, la extensión de las ideas de la democracia liberal a la esfera cívica personal es lo que nos hace desear participar en las decisiones sobre nuestro propio cuerpo. Esta democratización nos hace desconfiar de “la autoridad”, “la maestría”, “los privilegios” y otras prerrogativas, que han sido tradicionalmente buenos aliados de médicos, abogados y otros profesionales. A esto se añade la mejora en la educación general, así como un nunca conocido acceso a la información, tanto sobre avances médicos, como sobre los dilemas éticos y legales que estos pueden producir.

— Por otra parte, el pluralismo moral de nuestra sociedad nos obliga a proteger nuestros valores de su usurpación por parte de otros y, en este aspecto, hay decisiones médicas que pueden chocar frontalmente con nuestras convicciones más íntimas y profundas sobre la muerte, la manipulación genética, la eutanasia y otros problemas por el estilo.

Estas dos ideas han minado el modelo tradicional de “médico benigno”, responsable y con autoridad suficiente como para tomar decisiones sobre el paciente, sin que fuera necesaria la participación de éste en el proceso. Este concepto es el principal foco de crítica de este modelo de caridad o beneficencia, que visto así se equipara casi por completo al paternalismo médico. Este modelo paternalista, vigente casi por completo en la práctica médica hasta hace

unas tres décadas, confería a la medicina y a los médicos una importantísima capacidad de influir en la vida individual y social de las personas. El cambio radica precisamente en que la mejor formación y cultura de las personas, impide a éstas conceder al médico el emplear sus poderes a discreción y sin restricción alguna.

Se ha presentado un caso bioético en el que hay un claro enfrentamiento entre los principios de autonomía y de beneficencia en un contexto peculiar, como es la relación entre administración penitenciaria y presos. En este caso la actuación que se pretende beneficiante es institucional, ya que es la institución penitenciaria la responsable absoluta de la asistencia sanitaria al paciente. Además, de forma accesoria, habrá que discutir sobre la observancia o no en las actuaciones del principio de no maleficencia. Se plantean varias cuestiones a las que habrá que intentar dar respuesta: habrá que profundizar en las causas por las que se adoptó la decisión que se adoptó; ¿se hizo mal o bien al adoptarla?, ¿había otras respuestas posibles?, ¿eran estas más correctas éticamente que la que se dio en su momento?

El caso que nos ocupa tiene la peculiaridad de que sucede en un contexto especial como es la institucionalización y la particular relación jurídica que une al preso y a la Administración Penitenciaria. Aunque se asuma que la institucionalización limita la autonomía de los presos, no deja de ser una idea muy discutible y en nuestra opinión equivocada en lo que respecta a decisiones sobre la propia salud. De los derechos personalísimos o de la personalidad (vida, intimidad, integridad física y moral, libertad individual...), el único limitado a un preso es el de la libertad física. Además, puede contraer matrimonio y divorciarse, puede hacer testamento, puede adoptar decisiones financieras sobre su patrimonio... estando en prisión y con el solo requisito de ser mayor de edad. Decisiones todas ellas importantísimas y que pueden condicionar el curso vital de una persona. La pregunta es, entonces, ¿con qué argumentos no permitimos a un preso ejercer un derecho tan personalísimo como el permitir o no actuaciones sobre su propio cuerpo?

El argumento de la AP para estas actuaciones es la jurisprudencia del TC con ocasión de la huelga de hambre de los GRAPO. No parecen situaciones comparables ya que estamos ante una decisión particular de una persona sobre la que no se conocían influencias externas que pudieran condicionarla, y en aquella ocasión había entre los huelguistas una evidente coacción política del grupo sobre los individuos, lo que sin duda limitaba su autonomía para tomar decisiones¹⁶. Además, en ese caso estábamos ante lo que

Diego Gracia llama una huelga de “nivel 1”, en la que el interés común prima sobre el particular y legitima a la administración a actuar contra el huelguista¹⁷. En cualquier caso, el asunto del derecho de un preso a rechazar tratamiento dista mucho de estar resuelto. El mismo Diego Gracia afirma en su conclusión 2 de su “Ética de la Huelga de Hambre”¹⁷ que “la huelga de hambre tipo 2 o *tipo Gandhi* cae dentro del derecho de todo hombre a la libertad de conciencia, y debe ser respetada siempre y de modo absoluto”.

Otro argumento esgrimido por la AP es el art. 3.4 de la LOGP. Entendemos que el art. 3.4 de la LOGP obliga a la Administración a velar para que la estancia de los internos en un establecimiento penitenciario no constituya un riesgo especial para su vida y para su salud¹⁸, pero no a imponer tratamientos a los reclusos. No tiene sentido pensar que la condición de recluso trae consigo un recorte en su libertad para decidir si se somete o no a un tratamiento o intervención médica ya que iría contra el art. 25.2 de la Constitución Española y de sentencias del propio TC¹⁸. Interpretado así el art. 3.4 de la LOGP resultaría perfectamente coherente con lo establecido en la ley 41/2002 de autonomía de los pacientes, que no hace excepciones en cuanto a los derechos de las personas recogidos en ese texto sobre el asunto que nos ocupa, por lo que tendremos que admitir que cualquier preso tiene derecho a decidir sobre su salud o no salud, en condiciones de igualdad con la población no encarcelada. Se puede invocar también a la hora de justificar un tratamiento médico forzoso en el ambiente carcelario el art 45.1.b de la LOGP, que legitima la utilización por parte de la administración de medios coercitivos “*para evitar daños de los internos a sí mismos, a otras personas o cosas*”, de hecho así lo hace el Tribunal Supremo en una reciente sentencia¹⁹. En nuestra opinión este artículo tiene más una finalidad preventiva y en último caso represiva, de conductas que puedan alterar el normal régimen de vida de un establecimiento penitenciario, que una finalidad médico-terapéutica, y en cualquier caso, su aplicación está mediada por criterios de urgencia. De hecho su uso está regulado en la LOGP en el Capítulo IV (Régimen Disciplinario), y en el Reglamento Penitenciario (RP) vigente, en el Capítulo VIII (De la seguridad de los Establecimientos) y su aplicación sólo estaría indicada en casos extremos de agresividad y violencia persistente de un interno, hacia sí mismo o hacia otros y, en todo caso, nunca deberán ser aplicados por más tiempo del estrictamente necesario. Un caso típico de legitimación en la aplicación de medios coercitivos y de tratamiento médico forzoso en el medio carcelario podría ser el de un interno que se in-

flinge lesiones que le provocan una importante pérdida de sangre y se resiste a ser atendido. En una situación así el principio de necesidad impele a la aplicación de medios coercitivos necesarios e imposterables desde un punto de vista clínico. Por último, remontándonos en la escala normativa, el art. 15 de la Constitución Española recoge el derecho de todos a la vida y a la integridad en su doble dimensión, física y moral. Y no cabe duda de que un tratamiento médico forzoso o no consentido, que no esté justificado por criterios de urgencia, limitación de la competencia mental o de daño a terceros, es un gravísimo e inaceptable atentado contra la dignidad e integridad moral de cualquier persona.

En otro orden, hay serias dudas y lagunas al respecto en el ordenamiento legal de países de nuestro entorno. Hay países con jurisprudencia dispar^{20, 21}, mientras que por ejemplo el Ministerio del Interior inglés tiene como posición oficial que: “los médicos que trabajan en las prisiones no tienen ninguna autoridad oficial para administrar el tratamiento en contra de sus pacientes”²². Por su parte el Comité de Ministros de los estados miembros de la UE remite a las autoridades judiciales de cada país para el caso de que la vida de un preso esté en peligro en razón de su negativa a tratamiento médico²³.

Desde una perspectiva ética, hay que recordar que la principal razón de ser de las cárceles es la rehabilitación y reinserción social de detenidos, presos y penados, además de su retención y custodia. Pero estas retención y custodia sólo son físicas, en modo alguno pueden suponer una restricción a su libertad de pensamiento o a los otros derechos personalísimos de los seres humanos. Toda persona tiene su propio ideal de perfección y felicidad, y su específico proyecto de vida. Cuando estos ideales y proyectos se ven comprometidos y amenazados de forma tan brutal como en el caso de Paco, es posible que la idea de vivir en esas condiciones no resulte muy atractiva. Por muy encarcelado que se esté, esa libertad de pensamiento permanece o debe permanecer incólume, y el renunciar a vivir y procurar hacer efectiva esa renuncia activamente, no es más que un ejercicio de libertad — como lo sería igualmente el colaborar activamente en el tratamiento prescrito por los médicos —, que a nadie afecta y que, en nuestra opinión y desde una perspectiva puramente ética, debe ser respetado. Ahora bien, estamos ante un paciente esquizofrénico que termina de salir de su enésimo brote psicótico y que está sometido a tratamiento con una notable actividad sobre su sistema nervioso central. Esto sí que genera serias dudas sobre la competencia mental del paciente para tomar decisiones, en definitiva, sobre su autonomía.

Solo si un paciente es competente podrá tomar decisiones autónomas sobre su salud o sobre sus tratamientos a los que pueda verse sometido. El concepto de competencia está íntimamente ligado al concepto de autonomía. Con carácter general hablaremos de un paciente competente para tomar decisiones cuando sea capaz de entender la información material, de hacerse un juicio sobre dicha información en función de sus valores personales y cuando pretenda alcanzar objetivos concretos. Ya hablando específicamente en un contexto biomédico, cuando la persona “sea capaz de comprender en qué consiste un determinado tratamiento o proyecto de investigación, de ponderar posibles riesgos y beneficios y de tomar una decisión sobre esta reflexión”²⁴. Ahora bien, el nivel de competencia exigible para decidir depende de la decisión que se haya de tomar. La competencia no es un valor fijo, es algo cambiante y dinámico. 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^{11, 25-27}. En este punto surgen varias cuestiones: ¿tiene alguna influencia el grado de competencia sobre la decisión que ha de tomarse?, ¿cómo debe medirse ese grado de competencia?, ¿quién debe medirla?, ¿era Paco competente para tomar la decisión que tomó?, ¿qué implicaciones éticas y jurídicas tiene el considerar a nuestro paciente como competente o incompetente para tomar decisiones sanitarias?

Empezando por la última cuestión de las planteadas, las implicaciones éticas en uno y otro caso son diametralmente opuestas. Si consideramos a Paco competente para tomar la decisión que tomó, al aplicar tratamiento en contra de su voluntad estaremos actuando en contra de la autonomía del paciente y de forma maleficente. Por el contrario, el tratamiento médico forzoso estaría justificado si llegáramos a la conclusión de que Paco era incapaz de tomar decisiones competentes. Jurídicamente la cosa es más sencilla; aunque quede demostrada sin sombra de duda la competencia de Paco para decidir sobre su vida, la interpretación que la Administración Penitenciaria hace del ordenamiento vigente y de las sentencias del TC, hará que se trate forzosamente a Paco desde el mismo momento en que, por la evolución de su cuadro infeccioso sobrevenido, pierda la conciencia y sea incapaz de seguir negándose activamente al tratamiento.

La evaluación y determinación de la competencia es una tarea que entraña una enorme responsabilidad ética y jurídica. 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 será permitir que un paciente incompetente tome decisiones que le puedan reportar daño, como impedirle a uno competente que ejerza su autonomía para decidir. Mientras que competencia es un término fundamentalmente bioético, capacidad es un término jurídico¹¹. La competencia la deben evaluar médicos, mientras que la declaración de incapacidad de una persona corresponde a los jueces. El problema de cómo evaluar la competencia no está resuelto. Se acepta que debe haber una escala móvil, exigiendo mayor nivel de competencia según aumente el riesgo de la decisión a tomar, pero no hay estandarizados ni validados cuestionarios o métodos para cuantificarla. La Escala móvil de Drane²⁶, o los criterios de capacidad de BC White²⁷ han sido propuestas, entre otras muchas, que han sido muy utilizadas pero que no han demostrado su validez y objetividad.

La competencia o no de Paco para rechazar el tratamiento es el punto central alrededor del cual gira todo este caso, ya que enfermedad mental no es sinónimo de incompetencia^{7, 28}. Con su negativa enigmática al tratamiento el paciente introdujo una grave incongruencia entre sus preferencias y las indicaciones médicas. Es una decisión de alto riesgo, ya que las servidumbres de aceptar el tratamiento son mínimas y las consecuencias de no tratarse gravísimas. En estas circunstancias se debe ser especialmente cuidadoso en la valoración de la competencia e indagar lo más profundamente posible en las motivaciones del paciente. Los psiquiatras son casi siempre reclamados para hacer la valoración de la competencia mental de los pacientes para tomar decisiones que van en contra de los criterios médicos del caso, y parece que han asumido la tarea de hacer este tipo de valoraciones; no obstante, no poseen entrenamiento específico para esta tarea. No consta que en este caso emplearan instrumento alguno para medir la competencia de Paco, fuera de las entrevistas que con él mantuvieron, así que sus juicios fueron de pura apreciación personal. Los enfermeros deben jugar un importante papel en

estas situaciones; su cercanía a los pacientes y la continuidad de sus contactos con ellos, les hacen figuras clave en los procesos de evaluación de la competencia que, no se debe olvidar, debe ser un continuo en el tiempo por las variabilidades que se pueden producir. Ellos mantuvieron siempre la competencia de Paco, aunque era un juicio subjetivo, ya que tampoco consta que practicaran prueba alguna propia de su especialidad para evaluarla mínimamente. En definitiva, nuestro paciente estuvo once días negándose activamente a recibir un tratamiento médico sencillo y eficaz, y en ese plazo ninguno de los profesionales sanitarios encargados de su asistencia manifestó duda alguna sobre su competencia mental. Hasta el día decimotercero de su ingreso, nadie manifestó dudas de que Paco era capaz de **entender la información** que se le daba, de **valorar el significado de esa información** en relación a su propia situación, y de **expresar una elección**; estas tres habilidades más el **razonamiento** o manejo de la información de forma racional, son las habilidades que principalmente se relacionan con la competencia para tomar decisiones. Nos queda la duda de que Paco tuviera una correcta capacidad de razonar por su pertinaz negativa a expresar otra cosa que no fuera su deseo de no seguir viviendo. La evaluación de la competencia ha sido y es un juicio deliberativo en el que deberían participar todos los estamentos implicados en la atención del paciente. En este sentido llama la atención la falta de consulta al Comité de Ética Asistencial del Hospital (CEAH). Su concurso es fundamental en casos como el que nos ocupa; sus deliberaciones pueden aportar mucha luz y dar valiosísimas orientaciones a los clínicos en estas ocasiones. Constituyen además un apoyo básico en el que fundamentar decisiones en casos complejos como este.

A MODO DE CONCLUSIÓN

Se ha analizado un caso de negativa a tratamiento médico con resultado de muerte en un contexto especial como es el del individuo encarcelado. La toma de decisiones ha de contemplarse desde dos perspectivas diferentes como son la perspectiva legal impuesta por el derecho y la perspectiva puramente bioética. Desde un punto de vista legal es muy discutible que se hiciera lo correcto. Por un lado no hay norma legal que recoja específicamente supuestos similares y las decisiones tomadas lo fueron en base a una jurisprudencia discutible y discutida que, en nuestra opinión, no es válida para el caso que nos ocupa. Por otra parte, las normas legales al respecto de países de

nuestro entorno a las que hemos tenido acceso son dispares entre sí y no permiten su transposición pura y simple al entorno español. Incluso hay tribunales que reconocen a un preso competente el derecho a rechazar tratamiento médico, de forma similar a lo que se reconoce para las personas en libertad²⁹.

Desde un punto de vista bioético creo que las páginas anteriores dan cuenta de la dificultad del análisis bioético en casos difíciles como éste y de las limitaciones que presentan los sistemas de análisis, incapaces en muchas ocasiones de recoger todos los supuestos. También es de resaltar la precariedad de instrumentos para establecer con precisión el nivel de competencia de las personas a la hora de tomar decisiones sobre las posibilidades de actuación médica. En este sentido creo que la cuestión capital previa a dilucidar es la competencia de este paciente concreto para tomar decisiones sobre su salud y su vida integrando en esa toma de decisiones varias y complicadas variables como gravedad de enfermedades, expectativas de vida, calidad de esa vida... No se determinó de forma fehaciente que el paciente era incompetente hasta un punto en que los posteriores cuidados clínicos fueron estériles. Asumir la no competencia del paciente para tomar una decisión de tal calibre hubiera sido perfectamente lógico y plausible a la luz de los padecimientos psiquiátricos de nuestro protagonista; siendo esto así lo procedente habría sido en nuestra opinión intentar persuadir al paciente de lo ilógico de su elección, la consulta al CEAH y no más de tres días después de la negativa activa del paciente, comenzar el tratamiento forzoso. Si asumimos la no competencia del paciente, la actuación habida quiebra el principio de beneficencia al que se estaría obligado desde el primer instante, ya que se dejó evolucionar hasta su irreversibilidad un cuadro infeccioso cuyo tratamiento es rutinario y que había respondido en las primeras 72 horas, cuando el enfermo colaboraba.

Por el contrario, si asumimos que el paciente era plenamente competente hasta el momento en que se anotó lo contrario en la Historia Clínica, no parece que haya argumentos morales para oponerse a una decisión libremente tomada. En consecuencia, creemos que el tratamiento médico forzoso vulnera la autonomía del paciente manifestada durante días y quiebra el principio de no maleficencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gracia D. Como arqueros al blanco. Estudios de bioética. Madrid: Triacastela; 2005 (245-55).
2. Gracia D. Como arqueros al blanco. Estudios de bioética. Madrid: Triacastela; 2005 (106).
3. Beauchamp TL, Childress JF. Principios de ética biomédica. Barcelona: Masson; 1999 (114).
4. Armenta FJ, Rodríguez-Ramírez V. Reglamento Penitenciario comentado: análisis sistemático y recopilación de legislación. Madrid: MAD S.L.; 2002.
5. Sentencias del Tribunal Constitucional 120/90 de 27 de junio y 137/90 de 19 de julio. Boletín Oficial del Estado, nº 181 (30/07/1990).
6. Sentencias del Tribunal Constitucional 11/91 (Boletín Oficial del Estado, nº 38 (13/02/1991) y 67/91. Boletín Oficial del Estado, nº 98, (24/04/1991).
7. Llovet JM. La competencia mental: concepto y evaluación. Revista Selecciones de Bioética, 4 de septiembre de 2003.
8. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Ética Clínica. Aproximación práctica a la toma de decisiones éticas en la medicina clínica. Barcelona: Ariel; 2005 (31).
9. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Ética Clínica. Aproximación práctica a la toma de decisiones éticas en la medicina clínica. Barcelona: Ariel; 2005 (43).
10. Haynes RB, McDonald HP, Grag AX. Helping patients follow prescribed treatment: clinical applications. JAMA 2002; 288: 2880-83.
11. 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: 419-26.
12. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Ética Clínica. Aproximación práctica a la toma de decisiones éticas en la medicina clínica. Barcelona: Ariel 2005 (135-39).
13. Humet V, Guerrero R, Cerón M, Vicente F. Programa de cuidados paliativos en los pacientes terminales de las prisiones de Cataluña. 5th Congress of the European Association for Palliative Care. Londres, 10-13 de septiembre, 1999. [Abstract 37].
14. Júdez J, Nicolás P, Delgado MT, Hernando P, Zarco J, Granollers S. La confidencialidad en la práctica clínica, la historia clínica y la gestión de la información. En: Ética en la práctica clínica. Diego Gracia y Javier Júdez (eds). Madrid: Triacastela; 2004 (75-126).

15. Schloendorff *vs* Society of New York Hospital. 211 N Y. 125, NE. 92-96 (1914). Citado en: Couceiro A. Bioética para clínicos. Madrid: Triacastela; 1999 (51, 136).
16. Gracia D, Mansilla PP. Derecho a la muerte, derecho a la vida. Diario "El País". Jueves 15 de febrero de 1990: 20.
17. Gracia D. Ética de la Huelga de Hambre. Anales de la Real Academia Nacional de Medicina 1991; 108: 113-141.
18. Sentencia del Tribunal Constitucional 48/1996 de 25 de marzo. Boletín Oficial del Estado, nº 102 (27/04/1996).
19. Sentencia del Tribunal Supremo 182/2001 de 18 de octubre de 2005.
20. Casswell DG. Limitations in Canadian law in the right of a prisoner to refuse medical treatment. J Comtemp Health Law Policy 1986; 2: 155-69.
21. Parker FR, Paine ChJ. Informed consent and the refusal of medical treatment in the correctional setting. J Law Med Ethics 1999; 27: 240-51.
22. Brahams D. Is a prisoner capable of giving consent to treatment? Lancet 1984; 1 (8739): 746.
23. Recomendación No R (98) 7 del Comité de Ministros de las Estados Miembros concerniente a aspectos éticos y de organización de los cuidados médicos en prisión. Eur J Health Law 1999; 6: 267-278.
24. Beauchamp TL, Childress JF. Principios de ética biomédica. Barcelona: Masson; 1999 (129).
25. Beauchamp TL, Childress JF. Principios de ética biomédica. Barcelona: Masson; 1999 (130-34).
26. Drane JF. Las múltiples caras de la competencia. A mayor riesgo, criterios más estrictos. En: Couceiro A (ed). Bioética para clínicos. Madrid: Triacastela; 1999 (163-76).
27. 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. Madrid: Triacastela; 2004 (55-74).
28. Szasz T. "Idiots, infants, and the insane": mental illness and legal incompetence. J Med Ethics 2005; 31: 78-81.
29. *Thor vs California Superior Court, 1993*. Citado en: Parker Jr FR, Paine ChJ. Informed Consent and the Refusal Treatment in the Correctional Setting. J Law Med Ethics 1999; 27: 240-51.

CORRESPONDENCIA

Julio García Guerrero
 Centro Penitenciario de Castellón
 Crtra de Alcora km 10.
 12071 Castellón.
 e-mail: garciaj@comcas.es.