

Autonomía del paciente vs Autonomía profesional

*David Larios Risco
Letrado Administración Seguridad Social
Coordinador Servicios Jurídicos y Bioética (SESCAM)*

Autonomía de la voluntad en la atención al parto

- **Ingresos por parto:**
 - 14% hospitalizaciones.
 - 7% estancias hospitalarias.
- **Proceso clínico estandarizado:** modelo intervencionista institucionalizado, atendido por profesionales de la medicina y la enfermería.
 - Parto Normal: proceso fisiológico
 - Parto con complicaciones: proceso médico o quirúrgico.
- **Estrategia de Atención al Parto Normal del SNS.**
- **Autonomía de la gestante:** ¿Proceso a la carta?
 - Parto Natural.
 - Parto programado mediante cesárea.
 - Extracción de la SCU con destino a bancos privados.

Lo moral y lo ético. Lo justo y lo correcto.

- **Moral:** códigos normativos concretos vigentes en las diversas comunidades humanas.
- **Correcto:**
 - **1.** adj. Libre de errores o defectos, conforme a las reglas.
 - **2.** adj. De conducta irreprochable.
- **Ética:** reflexión crítica sobre los valores y principios que guían las decisiones y los comportamientos morales. Es la “moral reflexionada”
- **Justo:**
 - **1.** adj. Que obra según justicia y razón.
 - **3.** adj. Que vive según la ley de Dios.

Ante una intervención o tratamiento, lo correcto es...

- Proporcionar al paciente toda la información disponible (finalidad, naturaleza de la intervención, riesgos y consecuencias) y respetar su voluntad de no ser informado.
- Recabar el consentimiento libre y voluntario del afectado (o de sus representantes)
- Respetar las decisiones libre y voluntariamente adoptadas por el paciente.
- Respetar el derecho a decidir entre las opciones clínicas disponibles.
- Respetar el derecho a rechazar el tratamiento o revocar libremente el consentimiento.
- No dar el alta forzosa cuando existan tratamientos alternativos, aunque sean paliativos.

Arts. 2.6, 4, 5, 8-10 y 21 Ley 41/2002.

Art. 5.1 Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

Art. 12 Código Deontología Médica, julio 2011.

Límites a la autonomía del paciente

- Ordenamiento Jurídico.
- Urgencia Vital (art. 9.2 Ley 41/2002)
- Riesgo para la salud pública (art. 9.2 Ley 41/2002)
- Catálogo de Prestaciones (RD 1030/2006)
- Limitaciones Estructurales y Organizativas de los Centros
- En IP: OJ y Lex artis (art. 11 Ley 41/2002)
- ¿Autonomía Profesional?

Planes de Parto y Parto a la Carta

■ PARTO NATURAL:

- Que el trabajo de parto se haga en una bañera o piscina de partos
- Deseo de deambular
- Vestir sus propias ropas y no la bata del hospital
- Que el parto no sea atendido por residentes ni en presencia de estudiantes.
- Negativa a la ruptura artificial de membranas.
- Negativa a la colocación de una vía intravenosa.
- Elección de la posición durante las etapas del parto,
- Que no se realice el clampaje ni el corte del cordón umbilical hasta que haya dejado de latir.
- Que no se separe al recién nacido de la madre en el momento del parto, difiriendo la pesada y las revisiones a un momento posterior, de modo que la mujer pueda iniciar la lactancia de modo inmediato.

■ PARTO PROGRAMADO POR CESÁREA A PETICIÓN DE LA MUJER.

Autonomía vs. Cartera de Servicios

- *Las prestaciones deberán ser realizadas conforme a las normas de organización y funcionamiento de los SS” (art. 4.1 RD 1030/2006)*
- **STC núm. 166/1996:**
 - Los ciudadanos no tienen derecho de opción sobre el régimen o las cualidades de las prestaciones, ni siquiera basado en su derecho a la autonomía de la voluntad, que deba ser atendido en todos los casos.
 - Las prestaciones del SNS se dispensan en condiciones de igualdad y conforme al OJ con independencia de razones ideológicas o religiosas.
 - *El cuadro de prestaciones exigibles a la SS es de configuración legal y, por tanto, de carácter público (...) y vienen determinadas, no por un acuerdo de voluntades, sino por las reglas del OJ*
- **SSTS de 14/4/1993, 3/5/1994 y 22/11/2006:**
 - *Los S de S no están obligados a atender requerimientos de que las prestaciones se lleven a cabo en condiciones distintas*

Autonomía vs. Docencia

- **LGS:** *"la estructura asistencial del SNS debe estar en disposición de ser utilizada para la docencia pregraduada, postgraduada y continuada"* (art. 68) *"Los centros hospitalarios desarrollarán, además de las tareas estrictamente asistenciales, funciones de... investigación y docencia"* (art. 104)
- *"la formación teórico-práctica tutelada que les permita alcanzar progresivamente los conocimientos y responsabilidades necesarios para el ejercicio autónomo de la profesión (...) a través de su integración en la actividad asistencial ordinaria y de urgencias del centro (...) prestar personalmente los servicios y realizar las tareas asistenciales (...) para adquirir la competencia profesional relativa a la especialidad"* (art. 4 Real Decreto 1.146/2006, 6 octubre)

Protocolo SEGO (2008)

- “La responsabilidad y la toma de decisiones asistenciales corresponden única y exclusivamente a los profesionales del centro donde se atiende el parto”
- “Si se presenta alguna desviación de la normalidad, el equipo que atiende el parto podrá, tras informar a la gestante, aplicar el tratamiento que considere necesario.
- “La prudencia aconseja tener una vía canalizada y salinizada”
- “la práctica de la episiotomía ha de ser restrictiva, limitada únicamente a los casos en que a criterio de quien asiste el parto, se considere necesaria”;
- “si fuera posible, esperar hasta que el cordón deje de latir antes de seccionarlo”;
- “tras el alumbramiento es recomendable la administración de oxitocina o de uterotónicos”

¿Objeción de ciencia?

- Paternalismo vs. autonomía
- ¿Ética personal y Ética profesional?
- **Objeción de ciencia:** negativa de base **técnica** a la práctica de alguna actuación que se exige al médico.
- *"Si el paciente exigiera del médico un procedimiento que éste, por **razones científicas** o éticas, juzgase inadecuado o inaceptable, el médico, tras informarle debidamente, **queda dispensado de actuar**" (art. 12.3 CEOMC)*

¿Qué dice la Ley?

- Los profesionales tendrán como guía de su actuación:
 - el servicio a la sociedad,
 - el interés y salud del paciente,
 - el **cumplimiento** riguroso:
 - de las obligaciones deontológicas
 - de los criterios de normo-praxis o usos generales de su profesión.
- El ejercicio de las profesiones sanitarias se llevará a cabo con **plena autonomía técnica y científica**, sin más **limitaciones** que las establecidas:
 - En esta Ley
 - En los principios y valores del OJ y Deontológico

(Arts. 4.5 y 4.7 LOPS)

Autonomía profesional en la jurisprudencia

- *"...tampoco puede imponerse a ningún facultativo la aplicación o ejecución de actos (...) de manera contraria a lo que la lex artis y sus conocimientos médicos exigen e imponen"* (Auto AP Salamanca 8-10-1998)
- *"El médico es libre para escoger el tratamiento más adecuado para el paciente (STS 8-2-2006)*

¿CI para el parto normal?

- Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el CI del afectado una vez que haya valorado las opciones propias del caso (art. 8 Ley 41/2002)
- ¿CI verbal o por escrito?
- ¿Un plan de parto puede sustituir al CI?

Complicaciones en parto normal

- **Antecedentes ginecológicos:** primer parto con ventosas, aborto espontáneo en el segundo embarazo, diabetes gravitacional. Feto en el límite de macrosomía 3,9 kg (4,5-5) y 62 cm (90)
- **Parto** normal que se complica y precisa ayuda con ventosas y maniobras de *Woods* una vez extraída la cabeza fetal.
- **Consecuencias:** Parálisis braquial. IQ por gran neuroma retroclavicular por rotura de troncos principales.
- **Secuelas:** minusvalía del 57% por lesión del plexo braquial.
- **Lex artis:**
 - Feto no macrosómico (aunque lo hubiera sido, el 98% de fetos macrosómicos nacen por parto vaginal y no presentan distocia de hombros)
 - No signos de sufrimiento fetal.
 - Condiciones de parto normal: bolsa uterina rota, dilatación completa, cabeza del feto encajada en la pelvis de la parturienta y no contraindicaciones.
 - Maniobra correcta. Única opción ante la complicación del parto.

STSJ Baleares 1 julio 2009

- No hubo infracción de la *lex artis*, pero...
- *No bastó con la firma del CI para la analgesia epidural (...) no solamente la cesárea exige ese CI. La asistencia al parto lo exige también, porque la parturienta tiene derecho a conocer:*
 - *qué es lo que le puede ocurrir durante el alumbramiento,*
 - *qué puede sucederle al feto,*
 - *ante qué riesgos se enfrenta y*
 - *qué opciones o alternativas tiene. Y*
- *Tras esa información, expresará su consentimiento a la actuación médica a pesar de que inexorablemente el parto tenga lugar, ya que como mecanismo fisiológico que es no puede detenerse ni aplazarse"*
- Indemnización: 20.000 € (240.000)

CI y parto normal

- **RECLAMACIÓN:** No se informó a la paciente de la posibilidad de concluir el parto por cesárea (390.560€)
- **SECUELAS:**
 - Distocia de hombros.
 - Parálisis braquial.
- **ANTECEDENTES:**
 - Embarazo normal.
 - No se conocía el peso del feto (no fue macrosómico)
 - No hubo sufrimiento fetal.
- **JUICIO CLÍNICO:**
 - Solo la diabetes, la macrosomía y el embarazo prolongado son criterios que justificarían una cesárea.

STSJ Castilla y León 30/09/2010

- No se acredita infracción de la lex artis:
 - El embarazo no era de riesgo,
 - No estaba aconsejada cesárea,
 - No podía preverse la distocia de hombros y,
 - Una vez aparecida, fue resuelta correctamente con las menores secuelas posibles.
- Resultando que la cesárea es una intervención mayor con un porcentaje de mortalidad mucho mayor que los partos por vía vaginal, no se justifica que sea la paciente la que decida sobre la forma de terminación del parto.

STS 14/12/2010

- **ANTECEDENTES:**
 - Dos abortos y dos partos eutócicos anteriores.
 - Patología asociada (diabetes)
 - Parto pretérmino (madre diabética con dos abortos anteriores y dos partos normales)
 - Presentación podálica que se inicia y se continúa por vía vaginal, lo que exige la práctica de sucesivas maniobras a medida que van fracasando las anteriores (maniobras de Brach, de Mauriceau y fórceps de cabeza)
- **SECUELAS:**
 - Encefalopatía por sufrimiento fetal perinatal.
 - Minusvalía del 75%
 - Retraso madurativo
- **JUICIO CLÍNICO:** el TS considera que la atención al parto fue correcta y adecuada a la *lex artis ad hoc*

Pero...

STS 14/12/2010

- Aunque según los protocolos no puede afirmarse que en todo caso de presentación podálica sea preceptivo acudir al parto por cesárea, existía esa posibilidad, pero la paciente no fue informada. Los facultativos asumieron de forma unilateral esa decisión.
- En el momento en que el bebé se presenta de nalgas, los facultativos deberían haber informado a la paciente de los riesgos y ofrecerle la posibilidad de finalizar el parto por cesárea.
- Una vez informada, debería haber firmado un CI para el parto vaginal de nalgas en gestación de alto riesgo.
- **Se produjo una infracción de la lex artis formal: al no darle la oportunidad de asumir el riesgo, se le produjo un daño moral consistente en impedirle que tomara la decisión de finalizar el parto mediante cesárea.**
- **Indemnización: 50.000 € por daño moral + 400.000 por secuelas físicas.**

Interrogantes...

- ¿Qué valor tiene la autonomía profesional y los estándares (protocolos y GPC) ante la autonomía de la voluntad de la mujer?
- ¿Tiene sentido reconocer a la gestante un derecho a decidir sobre opciones en un parto normal?
- ¿Qué consecuencia se derivaría de la negativa de la mujer a un parto instrumentalizado cuando ya no es posible la cesárea por estar el feto encajado?
- **¿Supone el reconocimiento de un derecho de opción: parto vaginal o cesárea aún en el caso de que ésta no estuviera indicada?**

Conclusiones

- La toma de decisiones en la relación clínica ha de ser el **resultado de un acuerdo**.
- Los requerimientos de los pacientes han de ser atendidos siempre que no pongan en peligro al paciente o a terceros y no sean contrarios a los protocolos y a los criterios técnicos de actuación.
- Las normas de organización de los servicios y las limitaciones estructurales o de equipamiento de los centros del SNS constituyen límites a la autonomía.
- Los servicios sanitarios han de desplegar una importante labor informativa y anticiparse a las expectativas de los pacientes, de forma que sean informados de las **condiciones reales** que cada centro puede ofrecer .

Toma de decisiones conjunta

- Buena voluntad:
 - Escucha atenta, esfuerzo por comprender la situación.
 - Interés por aportar / llegar a acuerdos / dejarse influir.
- Humildad y modestia: Nadie está en posesión de la verdad total.
- Persuasión: Dar razones que muevan sentimientos (no imposición o manipulación, sino capacidad para convencer con argumentos)
- Deseo de entender y comprender
- Capacidad de análisis de los valores implicados.
- Argumentación racional sobre la propuesta o propuestas.