



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



ACTUALIZACIÓN CLÍNICA

Rechazo a las actuaciones médicas

G. Palacios^{a,b}, B. Herreros^{a,c,*} y E. Pacho^{a,d}

^a Grupo de Trabajo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Interna, España

^b Unidad de Medicina Interna, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Alcorcón, España

^c Instituto de Ética Clínica Francisco Vallés, Universidad Europea, Madrid, España

^d Servicio de Medicina Interna, Ibermutuamur, Madrid, España

Recibido el 5 de diciembre de 2013; aceptado el 21 de abril de 2014

PALABRAS CLAVE

Rechazo, Toma de decisiones, Libertad de elección

Resumen El rechazo a las actuaciones médicas es la no aceptación, voluntaria y libre, de una intervención médica indicada. ¿Qué debe hacer el médico ante el rechazo? Es comprensible que el rechazo a una actuación validada sea difícil de aceptar por el médico responsable cuando plantea el conflicto protección de la vida versus la libertad de elección. Por ello es importante seguir unos pasos que incorporen los aspectos más relevantes del conflicto. Estos pasos pueden ser: 1) dar información completa al paciente, informando sobre las posibles alternativas, 2) determinar si el paciente puede decidir (edad, capacidad legal y grado de competencia), 3) comprobar si la decisión es libre, 4) analizar la decisión con el paciente, 5) persuadirle, 6) si se mantiene en la decisión de rechazo, considerar la objeción de conciencia, 7) tomar la decisión en base a los criterios nombrados, 8) finalmente, si se acepta el rechazo, ofrecer las alternativas disponibles.

© 2013 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Refusal to treatment, decision-making, freedom of choice

Refusal to medical interventions

Abstract Refusal to medical interventions is the not acceptance, voluntary and free, of an indicated medical intervention. What the physician should do in case of refusal? It is understandable that the rejection of a validated medical intervention is difficult to accept by the responsible physician when raises the conflict protection of life versus freedom of choice. Therefore it is important to follow some steps to incorporate the most relevant aspects of the conflict. These steps include: 1) Give complete information to patients, informing on possible alternatives, 2) determine whether the patient can decide (age, competency and level of capacity),

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: benjaminherreros@gamil.com (B. Herreros).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2014.04.004>

0014-2565/© 2013 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

3) to ascertain whether the decision is free, 4) analyze the decision with the patient, 5) to persuade, 6) if the patient kept in the rejection decision, consider conscientious objection, 7) take the decision based on the named criteria, 8) finally, if the rejection is accepted, offer available alternatives.

© 2013 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Caso clínico

Varón de 61 años, testigo de Jehová, ingresado en un hospital público por fiebre, pérdida de peso y hepatoesplenomegalia. Presenta pancitopenia (1.000 leucocitos, hemoglobina 8,4 g/dl y plaquetas de 24.000/mm³) e insuficiencia hepática con coagulopatía. Serologías y hemocultivos negativos. Se inicia antibioterapia de amplio espectro y anfotericina B liposomal por sospecha de leishmaniasis. Se realiza aspirado de médula ósea: «histiocitosis reactiva con signos de hemofagocitosis». Diagnóstico: síndrome hemofagocítico. Se plantea iniciar etopósido, ciclosporina y dexametasona. El etopósido produce con frecuencia trombocitopenia. Se explica al paciente y a su familia el alto riesgo hemorrágico y, con ello, la necesidad de transfundir hemoderivados. El paciente y la familia rechazan esta opción. Su capacidad de decidir está conservada. Asume el riesgo de rechazar las transfusiones, que puede llegar a la muerte, aceptando el resto de las medidas. Aporta el documento de instrucciones previas y firma la denegación de consentir transfusiones. Como alternativa, se administra eritropoyetina y se plantea la utilización de romiplostim, un estimulador de la producción plaquetaria indicado en la púrpura trombocitopénica inmunológica, sin evidencia clínica en el síndrome hemofagocítico y con un elevado coste económico (1 vial de 500 mcg 2.656 euros). ¿Qué actitud deben adoptar sus médicos?

Definición

El rechazo a las actuaciones médicas se define como la no aceptación, voluntaria y libre, de una intervención médica indicada diagnóstica o terapéutica. El rechazo traduce la fidelidad del paciente con sus valores, creencias o deseos íntimos^{1,2}.

Es importante diferenciar el rechazo a las actuaciones médicas de la limitación del esfuerzo terapéutico (LET). La LET se plantea en pacientes con mal pronóstico vital y/o mala calidad de vida, y consiste en no aplicar determinadas medidas por ser consideradas desproporcionadas para la finalidad terapéutica que se plantea, fundamentalmente porque pueden producir más daño que beneficio real para el paciente³. En los últimos años se han utilizado otros términos para hablar de la LET (adecuación de los esfuerzos terapéuticos, limitación de la intención terapéutica), pero sigue utilizándose de forma generalizada LET. Un ejemplo de LET sería no realizar una angioplastia coronaria en un paciente terminal que sufre un infarto agudo de miocardio, ya que la intervención en ese caso no mejoraría el pronóstico general del enfermo, y hay riesgo de producirle

daño. En el rechazo al tratamiento, el enfermo con infarto tiene buen pronóstico vital y la angioplastia representa el tratamiento de elección (el beneficio supera claramente las posibles cargas), pero el paciente decide no someterse a la intervención que se le recomienda.

Fundamento ético del rechazo

El fundamento ético del rechazo se encuentra en la obligación de respetar la libertad de elección del paciente, cuando posee autonomía para decidir, con independencia de lo que científicamente esté indicado. Sin embargo es comprensible que el rechazo a una recomendación médica basada en pruebas sea difícil de aceptar por el médico responsable, porque el clínico es testigo de cómo la decisión del paciente puede ser contraria a su bienestar físico⁴. Por tanto, para el médico responsable, la decisión de rechazo del paciente supone un problema, porque no puede llevar a cabo la opción que considera óptima, y esto le ocasiona un conflicto técnico, ético y, a veces, jurídico.

En el conflicto ético del rechazo, los valores que colisionan son, por un lado la libertad de elección del paciente, y por otro su bienestar físico (elemento fundamental de la salud). Este conflicto libertad-salud es aún mayor cuando los motivos que da el enfermo para el rechazo no están, a juicio del profesional, debidamente razonados (porque su libertad puede cuestionarse), o cuando el rechazo puede poner en grave peligro la salud de un órgano, o incluso la propia vida. En estos casos, los argumentos para aceptar la decisión de rechazo deben ser más sólidos y han de estar bien justificados. Dicha argumentación debe basarse en la completa autonomía del paciente para decidir⁵.

La libertad de conciencia empieza a reconocerse con las revoluciones liberales, a partir del siglo XVIII. Las primeras libertades reconocidas en Occidente fueron las religiosas, y posteriormente la libertad de conciencia en el terreno ideológico o político. Estos primeros Derechos Humanos se entendieron como derechos básicos y primarios, al estar presentes por el hecho de ser personas. Son Derechos de gestión individual, sin intromisión de otros ni del Estado y deben de ser protegidos por las Leyes positivas⁶. El derecho a la libertad de conciencia se extendió a diversos ámbitos, siendo la medicina el último al que ha llegado, posiblemente porque se consideraba que la salud tenía tal importancia que solo podía ser gestionada por los médicos. Finalmente, bien entrado el siglo XX, la medicina lo ha incorporado de facto, permitiendo así que los pacientes decidan libremente, aunque los médicos tengan otra opinión. Y así lo recogen las leyes⁷.

Bases jurídicas del rechazo a las intervenciones médicas

La primera referencia jurídica clara sobre rechazo es posiblemente la conocida sentencia del «Caso Schloendorff versus New York Hospital» de 1914, donde se explicita que todo paciente tiene derecho a la inviolabilidad de su persona, eligiendo cómo quiere que se le trate médicamente, y cualquier actuación sobre su cuerpo sin su consentimiento puede ser delito de coacción, aun cuando sea técnicamente perfecta y de efectos beneficiosos. A partir de aquí se comienza a desarrollar la teoría del consentimiento informado y del rechazo al tratamiento médico, porque el rechazo realmente es denegar el consentimiento informado. Actualmente es un aspecto protegido por normas nacionales (Constitución Española [CE] en su artículo 16, Ley General de Sanidad, Ley 41/2002 de Autonomía del paciente) e internacionales (Convenio de Oviedo del Consejo de Europa, Declaración de Bioética de la UNESCO).

Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente⁸

El consentimiento informado o su rechazo alcanzan su máximo desarrollo en nuestro ordenamiento jurídico con la Ley 41/2002. Esta Ley dota de contenido a la autonomía del paciente, permitiéndole ser parte activa en el proceso clínico-asistencial, y dándole capacidad para tomar decisiones sobre su salud, a la vez de hacerle responsable de ellas.

En su artículo 2.4 la Ley reconoce el derecho que tiene todo paciente de negarse al tratamiento, salvo en casos establecidos y previstos por la Ley. El derecho al rechazo comparte la naturaleza y el contenido del derecho al consentimiento informado, establecido en el Artículo 8. Como elementos básicos se incluyen la necesidad de que el consentimiento o el rechazo sean libres y voluntarios tras la correcta información sobre los beneficios y riesgos de la actuación y las alternativas existentes.

La Ley tiene previstas una serie de excepciones al consentimiento, que limitan también la posibilidad de rechazo. En dichas situaciones los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su autorización. Estas excepciones son:

- Riesgo para la salud pública (Artículo 9.2.a).
- Riesgo inmediato y grave para la salud del paciente si «no es posible conseguir su autorización» (Artículo 9.2.b). De este apartado se deduce que si el paciente ha negado previamente la autorización, la actuación médica podría no llevarse a cabo, pero en caso de no existir una negación previa, las actuaciones clínicas tendrán que ser las imprescindibles para preservar la salud del paciente. En todo caso, una vez recuperada la competencia, el paciente podrá rechazar el tratamiento.
- Cuando existe un estado de «necesidad terapéutica» (Artículo 5.4). Es decir, cuando el conocimiento de la

situación clínica por parte del paciente resulta objetivamente perjudicial para su salud y bienestar. En estos casos, siempre excepcionales, se podría restringir la información que se suministra, pudiendo actuar sin informar previamente. Este supuesto se interpreta muy restrictivamente y ha de basarse en criterios objetivos⁹.

Conflicto protección de la vida versus libertad de elección

El principal conflicto que encierran las decisiones de rechazo se plantea cuando la renuncia a una intervención diagnóstica o terapéutica puede acarrear la muerte o un daño grave. Entrarían en conflicto dos valores constitucionales del máximo rango: el derecho a la libertad de elección y el derecho a la vida, y ambos derechos deben estar protegidos. El derecho a la vida, reconocido en su doble significación, física y moral, por el artículo 15 de la CE, constituye el derecho fundamental esencial y troncal, porque es el supuesto ontológico sin el cual los restantes derechos no tendrían existencia posible. Del artículo 15 de la CE («Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral») se puede extraer la conclusión de que el legislador intenta proteger en última instancia la salud y la vida del enfermo como valor fundamental, aun por encima de su capacidad de decisión, por lo que el derecho a la vida puede atentar contra el derecho fundamental a la libre decisión.

Sin embargo, la jurisprudencia ha dejado claro que «desde la perspectiva sistemática de los valores constitucionales no es verdad que el mal que se trata de evitar (muerte) sea superior al que se lesiona (libertad de conciencia), ya que este último afecta de lleno a la base y fundamento de todos los derechos fundamentales, incluida la vida, que es la dignidad personal y el libre desarrollo de la personalidad (Artículo 10.2 CE), lo que ha llevado a la doctrina penal a considerar que solo la vida libremente deseada es un bien jurídicamente protegido»¹⁰.

Como consecuencia, la Ley 41/2002 impide realizar cualquier acción en caso de que el paciente no dé su consentimiento, aunque la situación sea de extrema urgencia, y en segundo lugar permite que el paciente reciba un tratamiento alternativo, aunque sea paliativo, en caso de que rechace el tratamiento propuesto. Si existen alternativas de tratamiento aceptadas por el paciente, no estará obligado a firmar el alta voluntaria ni podrá ser dado de alta forzosamente por la dirección.

Por tanto, el derecho a la vida no puede considerarse jerárquicamente superior al derecho a defender las propias convicciones. La CE no jerarquiza los principios y derechos, y el estado no puede imponer a los ciudadanos la obligación de vivir contra su voluntad y contra sus propias convicciones en todas las circunstancias. Existen valores al menos igual de importantes que la vida y será el propio paciente, en el ejercicio libre de sus derechos, el que determinará la importancia de estos. El deber del Estado de velar por la vida y la salud de las personas finaliza, tratándose de adultos autónomos, con la renuncia expresa de la persona a recibir protección y tratamiento médico. En estos casos la intervención del Estado solo se justifica si existe riesgo para la salud y la vida de terceros.

Toma de decisiones en el rechazo a las actuaciones médicas

Los posibles escenarios clínicos de rechazo son numerosos, y no todos suponen un grave conflicto moral y/o jurídico. Por ejemplo, si el rechazo tiene poca repercusión en la salud del paciente, o si las alternativas propuestas (y aceptadas) son de similar o parecida eficacia. Pero existen otras situaciones más complejas, por ejemplo si hay grave peligro para la salud y la vida del paciente, si no existen verdaderas alternativas al tratamiento o si hay dudas sobre si la decisión del paciente es realmente libre. Un caso frecuente de rechazo lo constituye aquel que tiene un fundamento religioso y, en nuestro medio, tiene especial relevancia el rechazo de los cristianos testigos de Jehová a la transfusión de sangre. En la Biblia, fundamentalmente en el Génesis, el Levítico y en los Hechos de los Apóstoles, se prohíbe la ingesta de sangre. La transfusión de sangre y sus derivados puede implicar la exclusión de testigos de Jehová de su comunidad y la pérdida de la salvación, de manera que una transfusión no consensuada es vivida como una violación física^{11,12}.

Para poder tomar decisiones en situaciones complejas de rechazo, es importante seguir unos pasos que incorporen los aspectos más relevantes del conflicto¹³. En la [tabla 1](#) se describen dichos pasos, que serán detallados a continuación.

1. **Dar información completa.** Ante el rechazo a una actuación médica científicamente validada e indicada, lo primero es informar al paciente detenidamente sobre la naturaleza del proceso que presenta y las consecuencias previsibles del rechazo. La información debe ser detallada y adaptada a las características del paciente.
 - a. Informar sobre posibles alternativas. Ante el rechazo se deben buscar las alternativas de mayor calidad disponibles, siempre dentro de los criterios de indicación. Por ejemplo, ofrecer otro tratamiento curativo

y, en caso de no existir, un tratamiento paliativo adecuado.

2. **Determinar si el paciente puede decidir:**
 - a. Edad:¹⁴
 - i. **16 años cumplidos:** la mayoría de edad en España para decidir sobre un problema de salud son 16 años cumplidos. Se deberá informar a los padres hasta los 18 en caso de grave riesgo.
 - ii. **Entre 12 y 16 años:** existe la figura del «menor maduro». Este estatus se valora individualmente, según la Ley 41/2002, a criterio médico. En caso de ser considerado el paciente un menor maduro, estaría capacitado para decidir. Si es así, el médico responsable deberá especificar con detalle las razones de dicha valoración en la Historia Clínica (HC).
 - iii. **Menos de los 12 años:** el enfermo no está capacitado para decidir. Se debe informar de acuerdo a su competencia.
 - b. Capacidad legal: si el paciente es mayor de 16 años y está incapacitado legalmente, la decisión sobre el tratamiento recae en su tutor legal. La incapacitación no excluye a priori la competencia para tomar determinadas decisiones concretas¹⁵. Un paciente puede estar incapacitado por retraso mental, pero puede decidir si se interviene de varices (es competente para esta decisión). Sin embargo no sería competente para una decisión relevante sobre su salud, como extirparle un cáncer de vejiga. En la [tabla 2](#) se explica la diferencia entre capacidad y competencia.
 - c. Grado de competencia: la Ley 41/2002 autoriza al médico responsable la facultad de determinar la competencia, sin precisar cuándo deben colaborar los psiquiatras o el órgano judicial. Si hay dudas sobre la competencia del paciente para una decisión concreta, se puede solicitar la opinión de un psiquiatra. Para ayudar a valorar la competencia se han validado diferentes instrumentos de medida, como el MacArthur Competence Assessment Tool¹⁶⁻¹⁹.
3. **Comprobar si la decisión es libre**²⁰. La decisión del paciente debe estar libre de coacciones. La presencia habitual de personas que actúan como enlaces y mediadores entre paciente y médico puede generar dudas. Para comprobar que la decisión es libre, se tiene que mantener una conversación profunda con el paciente a solas, preguntando por la influencia que ejercen sus allegados, intentando detectar posibles coacciones. Si se descubre una coacción de terceros, debe impedirse. En casos extremos se comunicará a la autoridad judicial. Por otro lado, el médico tampoco puede coaccionar al paciente, por ejemplo amenazando con un alta forzosa si no se atiende al tratamiento recomendado.
4. **Analizar la decisión con el paciente.** Si la decisión de rechazo es libre, el médico debe indagar en las motivaciones del paciente. El rechazo puede deberse a muchas razones: desconfianza en los profesionales sanitarios en general o en el médico concreto que le atiende, miedos a la técnica o al procedimiento, información insuficiente, falta de reflexión, creencias personales, cuestiones de conciencia, grave deterioro físico y/o psíquico que genera hastío vital y lleva a rechazar medidas que prolonguen la situación... El médico tiene que

Tabla 1 Pasos de actuación ante el rechazo

- 1) Dar información completa
 - a) Informar sobre posibles alternativas
- 2) Determinar si el paciente puede decidir:
 - a) Edad:
 - i) *16 años cumplidos*
 - ii) *Entre 12 y 16 años*
 - iii) *Menos de 12 años*
 - b) Capacidad legal
 - c) Grado de competencia
- 3) Comprobar si la decisión es libre
- 4) Analizar la decisión con el paciente
- 5) Comunicación persuasiva
- 6) Considerar la objeción de conciencia
- 7) Tomar la decisión
 - a) 16 años cumplidos, competente y libre
 - b) 16 años cumplidos, competente y no libre
 - c) 16 años cumplidos y no competente
 - d) Menor de 16 años
- 8) Si se acepta el rechazo, ofrecer las alternativas disponibles

Tabla 2 Diferencia entre capacidad y competencia

	Capacidad	Competencia
<i>Sinónimos</i>	Capacidad legal Capacidad de Derecho	Capacidad natural de obrar Capacidad de hecho
<i>Inglés</i>	Competency	Capacity
<i>Estatus</i>	Estatus legal: si no se posee, el paciente está incapacitado legalmente	Depende de si se poseen las condiciones en <i>ese momento</i> para tomar una decisión concreta. Depende de su: Nivel de comprensión Nivel de razonamiento Capacidad para tomar una decisión
<i>Graduación</i>	No puede graduarse: El paciente es capaz o no Lo determina la edad o una decisión judicial	Puede graduarse: Mayor o menor nivel de competencia Existen escalas y herramientas validadas para su graduación

analizar los motivos del rechazo con el paciente, para que reconsidere si realmente son razones de suficiente peso como para rechazar un tratamiento indicado.

5. *Comunicación persuasiva.* Tras analizar las razones del rechazo, el siguiente paso es persuadir. La persuasión en medicina (argumentar y aconsejar con sinceridad) es legítima, y en casos de rechazo se convierte en una obligación moral del médico²¹. Se deben evitar por tanto actitudes profesionales pasivas y acrílicas. Con la persuasión se intenta que el paciente reconsidere la negativa al tratamiento.
6. *Considerar la objeción de conciencia.* Si la negativa del paciente se mantiene y va en contra de las creencias o convicciones íntimas del profesional, tiene la posibilidad de objetar, cumpliendo las siguientes condiciones²²: 1) la objeción tiene que ser individual, anticipada y escrita; 2) se tiene que efectuar sin detrimento de la atención de calidad al paciente, por lo que la institución sanitaria ha de garantizar que otros profesionales atiendan al paciente conforme a sus deseos; 3) la objeción no eximirá al profesional objetor de la atención precisada antes y después de la actuación de la que objeta.
7. *Tomar la decisión.*
 - a. 16 años cumplidos, competente y libre: respetar su decisión, aun cuando esté en riesgo su vida. Dejarlo por escrito en la HC y el paciente debe firmar el documento de denegación del consentimiento informado para adjuntarlo a la HC. Entre los 16 y 18 años, si es un problema relevante de salud, poner en conocimiento de los padres la decisión.
 - b. 16 años cumplidos, competente y no libre: se debe intentar garantizar que la decisión sea libre. Para ello se tiene que liberar al paciente de las manipulaciones o coacciones externas. Puede resultar útil entrevistarse con el enfermo a solas y dejarle expresarse en un ambiente de libertad. Tras ello, se ha de respetar la decisión que el paciente tome libremente.
 - c. 16 años cumplidos y no competente: si se considera que el paciente no es competente, el médico tendrá que justificarlo por escrito en la HC y manifestarlo al paciente y a sus allegados. Si posee documento de instrucciones previas, seguirlas. Si no existe el documento, la decisión deben tomarla los representantes. Si plantean el rechazo de una

actuación médica indicada, y esto puede perjudicar claramente al paciente o se encuentra en situación de urgencia con peligro para su vida, el médico deberá proteger la vida del paciente, instaurando el tratamiento aun en contra de la opinión de los representantes. Además deberá poner el caso en conocimiento del juez²³. Si no hay representantes, se tomará la decisión que se considere más beneficiosa para el paciente.

- d. Menor de 16 años: la decisión la toman los padres o tutores, siempre que el menor no sea considerado un menor maduro o esté emancipado, en cuyo caso la decisión sería suya si ha cumplido los 12 años. La opinión del menor maduro entre 12 y 16 años será vinculante y estará por encima de la de sus padres. Los menores de 12 años no se consideran capaces para tomar decisiones relevantes sobre su salud, aunque deben ser informados y escuchados. Si los representantes legales del menor de 16 años rechazan una medida indicada y relevante para la salud del menor, se solicitará autorización judicial para palear la medida²⁴. Y en situaciones de urgencia vital, el médico procederá a instaurar el tratamiento aunque no haya autorización judicial. Tras ello se comunicará dicha actuación al juzgado^{25,26}.
8. *Si se acepta el rechazo, ofrecer las alternativas disponibles.* Tras el estudio del caso, si se acepta el rechazo, se deben ofrecer las alternativas de mayor calidad disponibles, para que el paciente pueda elegir.

Deliberación del caso

1. Dar información completa. Se informa al paciente sobre su enfermedad y las consecuencias de no seguir el tratamiento indicado.
 - a. Informar sobre posibles alternativas. La mejor alternativa es el uso concomitante de dos tratamientos, uno indicado para el síndrome hemofagocítico (etopósido + corticoesteroides) y otro sobre el que no existe evidencia en el síndrome hemofagocítico, EPO y romiplostim para frenar las citopenias tras el etopósido, reduciendo la necesidad de transfusiones.
2. Determinar si el paciente puede decidir:
 - a. Edad: 16 años cumplidos.

- b. Capacidad legal. El paciente no está incapacitado.
- c. Grado de competencia. Se procedió a la valoración de la competencia mediante el test de Appelbaum y quedó de manifiesto que el paciente comprendía su situación clínica y el riesgo vital en caso de no realizar transfusiones. El paciente justificaba su decisión por coherencia con sus creencias religiosas.
3. Comprobar si la decisión es libre. No existían sospechas de que la decisión no fuese autónoma, ni había datos de coacción por parte de la familia o del pastor, el cual se encontraba presente a diario en la habitación.
4. Analizar la decisión con el paciente. El paciente reconoció una profunda convicción religiosa en las entrevistas mantenidas en privado.
5. Comunicación persuasiva. Su decisión era firme. No mostró fisuras en sus creencias a pesar de la persuasión del entrevistador y no cambió de opinión en ningún momento. No se negaba a ningún tratamiento, excepto a las transfusiones.
6. Considerar la objeción de conciencia. Los médicos no se plantearon la objeción.
7. Tomar la decisión.
 - a. 16 años cumplidos, competente y libre. Se daban todas las condiciones para aceptar el rechazo. Los médicos escribieron todas las circunstancias y detalles del caso en la HC, así como la decisión final del paciente. Se entregó el documento de denegación de la intervención, que el paciente firmó.
8. Si se acepta el rechazo, ofrecer las alternativas disponibles. El paciente acepta la pauta de etopósido, corticoesteroides, EPO y romiplostim. Se optó por aplicar dicho tratamiento y el resultado final fue satisfactorio: recuperó progresivamente las cifras de hematíes y plaquetas, normalizándose a los 15 días. La PCR para leishmaniasis visceral fue positiva y se completó el tratamiento con anfotericina B liposomal con excelente respuesta clínica.

Aunque razonable desde el punto de vista clínico, esta decisión no está exenta de dudas desde el punto de vista ético. Se trata de un tratamiento de elevado coste económico, cuando el de elección (rechazado por motivos religiosos) es mucho más barato. ¿Debe costear el Sistema Público de Salud dicho tratamiento? ¿O debe costearlo el paciente, al menos en parte? Si es así, ¿supondría esto una discriminación con los pacientes de menos recursos, ya que aquellos con más recursos podrían acudir a la sanidad privada? La Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud²⁷ debe definir, tras un debate con los profesionales abierto a la sociedad, qué servicios son cubiertos para todos los ciudadanos, y si se rechaza un tratamiento incluido, se han de marcar unos límites a los deseos de los pacientes. Pero ¿puede dicha cartera llegar a un nivel de concreción tan alto como el que se plantea en este caso? Posiblemente no. Y, finalmente, ¿son los clínicos los que tienen que decidir esto? La función del clínico es ofrecer las mejores alternativas a su alcance, y en caso de duda, la decisión debe tomarse colectivamente y, si es preciso, consultar al Comité de Ética para la Asistencia Sanitaria. En todo caso, la decisión de denegar un tratamiento por coste económico no debería corresponder al médico asistencial, sino a los responsables

del Sistema Nacional de Salud o, en su defecto, a la Dirección del centro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Romeo C. El consentimiento informado en la relación entre médico y paciente: aspectos jurídicos. En: *Problemas prácticos del consentimiento informado*. Barcelona: Cuadernos de la Fundación Víctor Grifols y Lucas 5; 2002. p. 116–32.
2. Sine DM, Sharpe VA. Ethics, risk, and patient-centered care: how collaboration between clinical ethicists and risk management leads to respectful patient care. *J Healthc Risk Manag*. 2011;31:32–7.
3. Herreros B, Palacios G, Pachó E. Limitación del esfuerzo terapéutico. *Rev Clin Esp*. 2012;212:134–40.
4. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. *Clinical Ethics*. 4.ª ed. New York: McGraw-Hill; 1998. p. 71–3.
5. Atela G. Ley 41/2002 de derechos del paciente. Avances, deficiencias y problemática. En: González P, Lizarra E, editores. *Autonomía del paciente, información e historia clínica*. Madrid: Thomson-Civitas; 2004. p. 43–71.
6. Samuel W, Brandeis L. The right to privacy. *Harvard Law Review*, 4,1890,193.
7. Gracia D. La tradición jurídica y el criterio de autonomía: Los derechos del enfermo. *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Triacastela; 2007. p. 121–90.
8. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274, de 15 de noviembre de 2002, páginas 40126 a 32.
9. Benac A. La problemática del menor maduro en la obtención del consentimiento informado. En: González P, Lizarraga E, editores. *Autonomía del paciente, información e historia clínica*. Madrid: Thomson-Civitas; 2004. p. 79–99.
10. Llamazares L. Derecho de la libertad de conciencia II. Libertad de conciencia, identidad personal y solidaridad. 3ª edición. Madrid: Civitas; 2007. p. 405.
11. Pérez A, Gredilla E, de Vicente J, García J, Reinoso F. Fundamentos del rechazo a la transfusión sanguínea por los Testigos de Jehová. Aspectos ético-legales y consideraciones anestésicas en su tratamiento. *Rev Esp Anestesiología y Reanimación*. 2006;53:31–41.
12. Bock GL. Jehovah's Witnesses and autonomy: honouring the refusal of blood transfusions. *J Med Ethics*. 2012;38:652–6, doi: 10.1136/medethics-2012-100802. Epub.
13. Gracia D. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid: Triacastela; 2008.
14. Manson NC. Transitional paternalism how shared normative powers give rise to the asymmetry of adolescent consent and refusal. *Bioethics*. 2014, doi: 10.1111/bioe.12086. [Epub ahead of print].
15. Armengol R, Borrel F, Broggi MA. El rechazo al tratamiento y la capacidad legal del paciente. Recomendaciones del Comité de Bioética de Cataluña ante el rechazo de los enfermos. Barcelona: Comité de Bioética de Cataluña; 2010. p. 5.
16. Etchells E, Darzins P, Silberfeld M, Singer PA, McKenny J, Naglie G, et al. Assessment of patient capacity to consent to treatment. *J Gen Intern Med*. 1999;14:27–34.
17. Janofsky JS, McCarthy RJ, Folstein MF. The Hopkins Competency Assessment Test: a brief method for evaluating patients' capacity to give informed consent. *Hosp Community Psychiatry*. 1992;43:132–6.

18. Pruchno RA, Smyer MA, Rose MS, Hartman-Stein PE, Henderson-Larabee DL. Competence of long-term care residents to participate in decisions about their medical care: a brief, objective assessment. *Gerontologist*. 1995;35:622–9.
19. Appelbaum PS, Grisso T. Assessing patients' capacities to consent to treatment. *N Engl J Med*. 1988;319:1635–8.
20. Martorell MV, Sánchez A. Recomendaciones de actuación a profesionales sobre el rechazo a las transfusiones de sangre por parte de los testigos de Jehová. En: Martorell MV, Sánchez A, editores. Documento sobre rechazo a las transfusiones de sangre por parte de los testigos de Jehová. Barcelona: Observatorio de Bioética y Derecho; 2005. p. 17–28.
21. Borrel F, Júdez J, Segovia JL, Sobrino A, Teresa A, et al. El deber de no abandonar al paciente. *Med Clin (Barc)*. 2001;117:262–73.
22. González R, Sánchez M, De Lorenzo R. La objeción de conciencia en la relación clínica. En: Gracia D, Rodríguez Sendín JJ, editores. Ética de la objeción de conciencia. Guía de práctica clínica. Madrid: Fundación Ciencias de la Salud; 2008. p. 11–76.
23. Armengol R, Borrel F, Broggi MA. El rechazo al tratamiento y la capacidad legal del paciente. En: Recomendaciones del Comité de Bioética de Cataluña ante el rechazo de los enfermos. Barcelona: Comité de Bioética de Cataluña; 2010. p. 9.
24. Martín Gallardo FJ, Cordon López A. Licitud de la asistencia médica forzosa. *Med Clin (Barc)*. 1997;109:52.
25. Sentencia del Tribunal Supremo (TS) 27.06.97.
26. Sentencia del Tribunal Constitucional (TC) 154/2002.
27. [consultado 15 Nov 2013]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ca/profesionales/CarteraDeServicios/home.htm>