

**ÉTICA  
DE LA SANIDAD  
MILITAR  
EN  
OPERACIONES**



MINISTERIO DE DEFENSA



# ÉTICA DE LA SANIDAD MILITAR EN OPERACIONES

Centro Conjunto  
de Desarrollo de Conceptos



MINISTERIO DE DEFENSA



**Catálogo de Publicaciones de Defensa**  
<https://publicaciones.defensa.gob.es>



**Catálogo de Publicaciones de la Administración General del Estado**  
<https://cpage.mpr.gob.es>

**publicaciones.defensa.gob.es**  
**cpage.mpr.gob.es**

Edita:



Paseo de la Castellana 109, 28046 Madrid

© Autores y editor, 2022

NIPO 083-22-295-2 (edición impresa)

ISBN 978-84-9091-709-1 (edición impresa)

Depósito legal M 29216-2022

Fecha de edición: diciembre de 2022

Maqueta e imprime: Imprenta Ministerio de Defensa

NIPO 083-22-296-8 (edición en línea)

Las opiniones emitidas en esta publicación son exclusiva responsabilidad de los autores de la misma.

Los derechos de explotación de esta obra están amparados por la Ley de Propiedad Intelectual. Ninguna de las partes de la misma puede ser reproducida, almacenada ni transmitida en ninguna forma ni por medio alguno, electrónico, mecánico o de grabación, incluido fotocopias, o por cualquier otra forma, sin permiso previo, expreso y por escrito de los titulares del copyright ©.

En esta edición se ha utilizado papel 100% libre de cloro procedente de bosques gestionados de forma sostenible.

# Índice

## Introducción

José María Delgado Pérez

La ética y la Sanidad Militar .....	9
-------------------------------------	---

## Capítulo primero

### Una visión general de la ética médica en el ejercicio de la medicina militar

Juan Manuel Torres León

Introducción .....	17
La doble lealtad .....	21
Un marco para la ética médica en el ejercicio de la medicina militar .....	26
La formación en ética de los médicos militares .....	31
Conclusiones .....	33

## Capítulo segundo

### El médico militar y la deontología médica

Juan José Rodríguez Sendín

Introducción y generalidades .....	37
Valores y principios de los médicos .....	38
Código de conducta de la Asociación Médica Mundial para los médicos que trabajan en conflictos armados y otras situaciones de violencia .....	41
El médico militar y el código de deontología médica .....	44
Respuesta deontológica ante situaciones dilemáticas para el médico militar.	
El médico debe dar a conocer a sus superiores sus límites deontológicos.....	46
Libertad de prescripción .....	46
El deber de secreto del médico militar .....	47

Criterios de priorización en la asistencia.....	50
El médico militar como perito.....	51
Los sistemas de información sanitaria.....	52
La investigación: los prisioneros como objeto de estudio.....	53
La objeción de conciencia del médico militar.....	54
El respeto. El respeto al cadáver.....	55
Propuesta de supuestos casos breves para la deliberación.....	58

### Capítulo 3

#### Toma de decisiones en ética

Diego Gracia Guillén

Introducción.....	61
Hechos y valores.....	61
El deber.....	62
La conflictividad.....	63
Circunstancias y consecuencias.....	63
La deliberación.....	64
Protocolizando la toma de decisiones.....	66
De los protocolos a las decisiones concretas.....	67
Alta moral y baja moral.....	68
Casos prácticos.....	70
Las decisiones colectivas.....	71
La objeción de conciencia.....	71
El conflicto entre ética y derecho.....	72
El tema de la excelencia.....	73
La excelencia y la ética.....	75
Fe, esperanza y amor.....	75
La moral alta y la ética profesional.....	76

### Capítulo cuarto

#### Visión ética del apoyo sanitario en la planificación, conducción y seguimiento de las operaciones

David Cobo Prieto

Introducción.....	79
Principios y valores.....	79
Conciencia de la función de la sanidad militar.....	82
Limitación de medios.....	83
Responsabilidades éticas del Cuerpo Militar de Sanidad y otros grupos.....	84
La proyección interna y externa de la acción de la sanidad militar.....	84
La proyección interna de la ética de la sanidad militar en operaciones.....	85
La asistencia a las fuerzas propias.....	85
Prioridad: ¿las necesidades del paciente o la misión?.....	86
La pluralidad de funciones del médico o enfermero en operaciones.....	87

El trato de detenidos, retenidos y prisioneros.....	91
La experimentación y la potenciación psicobiológica de capacidades.....	93
La proyección externa de la ética de la sanidad militar en operaciones.....	93
La asistencia sanitaria a población civil.....	93
La formación sanitaria de otras fuerzas armadas y cuerpos de seguridad .	99
Sistematización de la aplicación de los parámetros éticos en sanidad militar en operaciones.....	99
Conclusión.....	101

### **Composición del grupo de trabajo**



## INTRODUCCIÓN

José María Delgado Pérez

### La ética y la Sanidad Militar

«La buena conciencia es la mejor almohada para dormir» (Sócrates), o «la satisfacción del deber correctamente cumplido» (nuestros padres y maestros).

Es una constante incluir siempre en cualquier actividad profesional la ética como si sin ella algo importante faltara, pero no se le debe dejar relegada a la categoría de «asignatura florero», vistosa, pero que se da por sabida y no considerar necesario incidir en ella en profundidad. Sirva este documento para focalizarse esta vez en su atención y que la doctrina sanitaria en operaciones se presente en todas sus dimensiones. De hecho, en la *Publicación Doctrinal Conjunta PDC 4.10 «Doctrina Sanitaria en Operaciones»*, el apoyo sanitario se fundamenta en cuatro pilares generales: legislación internacional, ética, legislación específica sanitaria nacional y acreditación.

La importancia de la ética es tal que hay pensadores que consideran que «el mejor truco del diablo fue persuadir al mundo de que la ética no existía», lo que en una versión actualizada se traduce en que el mejor truco del diablo es persuadir al mundo de la inutilidad de su existencia.

Mucho se puede escribir, decir o discutir sobre la utilidad de la ética. Se preguntan los utilitaristas ¿qué provecho saco de su estudio y aplicación? Rumian los amantes de la libertad de acción ¿limita mis actos y disminuye mis opciones de respuesta el comportarme con rectitud de acuerdo a la moral? Cavilan los escépticos y los cínicos ¿ética, qué ética, no es acaso tan subjetiva y difusa que varía según culturas, religiones, países o grupos sociales? Cuestionan los académicos ¿es la ética unitaria o diversa por profesiones? ¿Puede resumirse en un código o guía de normas? Aseveran los legalistas ¿no es suficiente con acudir al oráculo de Delfos del derecho internacional humanitario y las reglas de enfrentamiento? Nos preguntamos todos ¿cuál es el motivo para que siendo un pilar fundamental ni se enseña de forma reglada, ni se utiliza en la práctica diaria con método?

Sean cuales sean las respuestas a estas y otras preguntas, tenemos algunas certezas. Para los componentes de la Sanidad Militar Operativa la ética es una herramienta frente a los dilemas derivados de las operaciones (de su competencia profesional específica en salud), dentro de la operación o misión en la que participa. Está prohibido confundir conceptos, ni todo lo legal es ético ni todo lo ético es legal. Para el jefe de una operación conocer los aspectos éticos de la sanidad, siendo esta un capacitador crítico, le permitirá un mejor mando y control de la operación, es decir, una mayor probabilidad de ejecutarla con éxito.

En un plano superior tenemos que decidir si dejamos la ética para que libros que lleven ese nombre llenen estanterías, para que un código deontológico escrupulosamente desarrollado quede olvidado en un documento escondido sin aplicación viva o, para que una vez más, con su nombre, se adorne una acción sin continuidad; o sensu contrario, para que de ahora en adelante, en la mejor tradición del espíritu crítico, gué nuestras acciones.

En esta lidia y como ayuda a la toma de decisión del lector, contamos con la colaboración de cuatro espadas de categoría para afrontar el reto.

El primero, tiene como título la «Una visión general de la ética médica en el ejercicio de la medicina militar». Es afrontado por el coronel del Cuerpo Militar de Sanidad (CMS) Juan Manuel Torres León.

El coronel cuenta con una dilatada experiencia en despliegues en operaciones y misiones internacionales. Es especialista en Medicina Interna, máster en Derecho Sanitario por la Universidad Complutense de Madrid y máster en Bioética y Bioderecho por la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid. Fue jefe del Servicio de Urgencias y subdirector Médico del Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla. Su último destino en activo y posteriormente en la reserva fue la Jefatura Conjunta de Sanidad del Estado Mayor Conjunto.

En este capítulo se realiza un análisis sobre el interés que despierta la ética médica en el planeamiento, conducción y seguimiento de las operaciones y misiones que actualmente tienen unas complejas características, entre otros factores, por los avances tecnológicos militares.

El ejercicio de la medicina militar implica la confluencia de las éticas militar y médica, como éticas profesionales, que en determinadas circunstancias pueden conllevar una ética dual que debe ser aplicada en tiempo real y que puede implicar a diferentes niveles de decisión.

También se expone la situación actual sobre la formación que, en estos aspectos, reciben los futuros oficiales médicos, la que reciben los grupos equivalentes de otros países de nuestro entorno y algunas propuestas a considerar.

Del segundo capítulo titulado «El médico militar y la deontología médica», dará cuenta el Dr. Juan José Rodríguez Sendín. El doctor Rodríguez Sendín es especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, máster en Administración Sanitaria por la Escuela Nacional de Sanidad y fue presidente de la Organización Médica Colegial (OMC) de España de 2009 a 2017, pasando a ser presidente de la Comisión Central de Deontología de la OMC, de la que en la actualidad es vocal. Cuenta con múltiples publicaciones relativas a la ética y la profesión médica.

«El Código de Deontología Médica está constituido por las normas que la profesión médica establece, de obligado cumplimiento para todos los médicos en ejercicio». En este capítulo se trata fundamentalmente el hipotético caso del conflicto de lealtades del oficial médico, exponiendo que cualquier médico debe tener como primera obligación la asistencia médica a todo aquel que la necesite.

A lo largo del texto se realiza una exposición y análisis de aspectos tan importantes como los «valores y principios de los médicos», el «código de conducta de la asociación médica mundial para los médicos que trabajan en conflictos armados y otras situaciones de violencia», «el médico militar y el código de deontología médica» y la respuesta que proporciona el código deontológico, enunciando lo que el médico militar debe asumir ante situaciones dilemáticas tan diversas como son: la libertad de prescripción, la obligación de informar a sus superiores sobre sus límites deontológicos, el deber del secreto profesional, los criterios de priorización en la asistencia, la función pericial, el manejo de los sistemas de información sanitaria, la investigación científica, la objeción de conciencia y el respeto a los cadáveres.

El capítulo finaliza con el planteamiento de unos interesantes supuestos para deliberación, que tras la lectura previa resultarán de gran interés.

No hay dos sin tres, el capítulo titulado «Toma de decisiones en ética», ha sido elaborado por el Dr. Diego Gracia Guillén. El profesor Gracia Guillén es

médico, especialista en Psicología y Psiquiatría, al que se considera uno de los grandes expertos españoles en bioética, además de escritor y filósofo de referencia. Es catedrático de Historia de la Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. Fue director del primer máster de Bioética en España. Académico de número de la Real Academia Nacional de Medicina de España y también académico de número de la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas.

El profesor considera que la ética tiene como uno de sus objetivos el análisis de la experiencia del «deber» y que, por tanto, las decisiones que se tomen en consecuencia sean las correctas. Este procedimiento debe iniciarse con un análisis detallado de los hechos en cuestión, los valores concurrentes sobre la decisión a tomar y, por último, las distintas líneas de acción aplicables. El proceso en su conjunto y aplicado de forma correcta, se puede denominar «deliberación» y debe basarse en la «prudencia», siendo fruto todo ello de una adecuada educación moral.

A lo largo de la lectura de este capítulo, además, se tratarán conceptos como los hechos y los valores, la conflictividad, las circunstancias y las consecuencias, la protocolización en la toma de decisiones y sus pruebas de consistencia, además de otros de interés como la alta y baja moral.

El tema resulta aún más atractivo, si cabe, con el planteamiento de casos prácticos y con el estudio de la complejidad de circunstancias concurrentes, como las decisiones colectivas, la objeción de conciencia y con los conflictos, como ocurre en algunos casos entre la ética y el derecho.

Por último se aborda la excelencia como el fin de la ética en la toma de decisiones, con la base de la fe, la esperanza y el amor, estableciendo la relación entre la moral alta y la ética profesional.

Cierra plaza el capítulo sobre «Visión ética del apoyo sanitario en la planificación, conducción y seguimiento de las operaciones», afrontado por el coronel CMS D. David Cobo Prieto.

El coronel Cobo es médico especialista en Reumatología, diplomado en Estado Mayor, actual jefe de la Sección de Sanidad (JMED) del Estado Mayor del Mando de Operaciones y cuenta con una vasta experiencia en despliegues en operaciones y misiones internacionales y en el Sistema Médico Pericial del Ministerio de Defensa.

Se tratan fundamentalmente en este capítulo los dilemas éticos percibidos durante la actuación de la Sanidad Militar española en las operaciones y misiones en las que ha participado. Su estudio se ha realizado aplicando principios éticos universales y los enfoques que, al respecto, han realizado los países de nuestro entorno. Así mismo, también se analizan las responsabilidades institucionales, de grupo e individuales, más allá incluso del

ámbito de la Sanidad Militar, alcanzando la conclusión que el análisis ético es una herramienta necesaria para el proceso de toma de decisiones.

El texto revisa los principios y valores de la propia ética, la conciencia de la función de la Sanidad Militar, el condicionante de la limitación de medios, la responsabilidad inherente al CMS y las proyecciones interna y externa de la Sanidad Militar en operaciones y misiones.

En todos los casos cada maestro nos dejará, para la reflexión serena, posterior al festejo, sugerencias de líneas claras de acción apoyadas en casos o situaciones tipo. Si esto fuera flamenco, no se cubren en esta monografía todos los palos, pero destacaría las alegrías, fáciles de interpretar, con un ritmo vivo y ameno que tienen la finalidad de propiciar un baile entre todos los que la escuchen. Recomiendo a los lectores militares que busquen en los medios a los dos colaboradores civiles, que en su humildad no han querido explayarse en su currículum, y descubrirán dos fuentes de referencia en el tema. Sugiero a los lectores civiles que se acerquen a la Sanidad Militar y, ya de paso, que nos honren integrándose con nosotros como reservistas.

Esta colaboración cívico-militar en la monografía no es una concesión a lo que marca la moda y es políticamente correcto, es simplemente medicina basada en la evidencia y necesidad. En las operaciones militares todos (sanidad militar y sanidad civil), de alguna manera u otra, vamos a cooperar sobre el terreno y después de la operación, dando cobertura y continuidad asistencial a los pacientes. Si esto es así, y lo es, flaco favor le haríamos a las bajas (pacientes) y pondríamos en situación de riesgo a la operación, si no establecemos principios comunes en todo lo que pueda ser menester.

Actores antípodas son los que están situados en puntos opuestos de un mismo espacio (guerra / paz), sus acciones se pueden unir con una línea invisible pero resistente (ética), poseen rasgos y atribuciones comunes (curar / aliviar / recuperar), coexisten y cooperan bajo un mismo concepto (salud). Estos actores son parte de la asistencia sanitaria, ya sea en guerra, crisis o emergencias. Sabemos que somos secundarios de honor en la gran película de la vida, y que otros, que probablemente nunca leerán estas líneas, son las principales estrellas, los pacientes.

Esta monografía pretende abrir el apetito para una reflexión individual sobre esa línea invisible resistente que nos une. Pero también persigue detonar una reflexión colectiva, llamémosla institucional, de las Fuerzas Armadas, que abra un camino reglado de desarrollo conceptual de la ética en la Sanidad Militar en operaciones. Se puede pecar de palabra, obra y omisión. Pecamos de obra confundiendo la ética con la legislación (derecho internacional humanitario). Y pecaríamos, de omisión, si no le otorgásemos la categoría de concepto a desarrollar. Todo pecado, tras confesión y teniendo propósito de la enmienda, lleva su penitencia; recuperar el tiempo perdido.

Una vez identificado el problema, va siendo hora de aplicar las medidas correctoras como lección aprendida.

Y ahora, siguiendo un consejo de mi padre, que en paz descanse, dejo de meter ruido para permitir que los lectores dediquen su plena atención a la lectura de estos capítulos.

## Capítulo primero

### UNA VISIÓN GENERAL DE LA ÉTICA MÉDICA EN EL EJERCICIO DE LA MEDICINA MILITAR

*Juan Manuel Torres León*

#### **Resumen**

Una vez superado el debate sobre las actuaciones de profesionales sanitarios durante la denominada «guerra contra el terrorismo», el interés actual de la ética médica en el ámbito militar está relacionado con las complejas características que han adquirido las operaciones y los avances tecnológicos militares.

En este capítulo se expone la problemática de la lealtad dual, un eje sobre el que se mueven muchos de los conflictos éticos que se producen en el ejercicio de la medicina militar. Se comparan las éticas militar y médica, desde la visión general que da su contemplación como éticas profesionales, y se realiza una aproximación al marco ético en el que debe encuadrarse el ejercicio de la medicina militar.

Por último, se comenta el estado actual de la formación en ética médica que reciben los médicos militares españoles, los proyectos que al respecto han llevado a cabo otros países, y las iniciativas que pudiera explorarse en el nuestro.

**Palabras clave**

Medicina militar, ética, doble lealtad, marco ético de la medicina militar, formación ética de los médicos militares.

**AN OVERVIEW OF MEDICAL ETHICS IN THE PRACTICE OF  
MILITARY MEDICINE**

**Abstract**

Once the debate on the actions of health professionals during the so-called «war on terrorism» has been overcome, the current interest in medical ethics in the military field is related to the complex characteristics that military operations and technological advances have acquired.

This chapter exposes the problem of dual loyalty, an axis on which many ethical conflicts occur in the exercise of military medicine move. Military and medical ethics are compared from the general view that their contemplation as professional ethics shows, and an approach is made to the ethical framework of the military medical practice.

Finally, the current state of training in medical ethics received by Spanish military doctors is discussed, as well as the projects that other countries have carried out in this regard and the initiatives we could explore in our national system.

**Keywords**

Military medicine, ethics, dual loyalty, ethical framework of military medicine, ethical training of military physicians.

## Introducción

Los médicos militares siempre han acompañado a los ejércitos con un código de conducta, indistinguible del empleado por cualquier otro médico en su práctica profesional.

Desde un punto de vista más normativo que ético, los conflictos morales derivados de los enfrentamientos bélicos tuvieron su primer reflejo en el libro *Recuerdo de Solferino*<sup>1</sup>, de Henri Dunant, en el que la descripción del sufrimiento de los heridos de guerra propició el nacimiento de la Cruz Roja e inspiró el comienzo del derecho internacional humanitario (DIH).

El DIH reconoce un estatuto especial al personal sanitario, que se sustenta en los requisitos necesarios para el cuidado de las víctimas en las guerras. El Comité Internacional de la Cruz Roja<sup>2</sup> resume estas normas en dos preceptos:

- «El personal sanitario asignado exclusivamente a estas tareas debe ser respetado y protegido en todas las circunstancias. Pierden su protección si cometen, en una ocupación ajena a su función humanitaria, actos hostiles contra el enemigo».
- «Está prohibido castigar a una persona por realizar tareas sanitarias compatibles con la ética médica u obligar a una persona involucrada en actividades sanitarias a realizar actos contrarios a la ética médica».

Las normas del DIH, en particular el recogido en los convenios de Ginebra de 1949 y los protocolos adicionales de 1977, incluyeron en su articulado deberes ya contemplados por la ética clásica como el respeto, la protección y la humanidad con los enfermos. Pero el DIH solo menciona la ética médica de forma explícita en el artículo 16 del Protocolo Adicional I, y no entra en consideraciones ni reflexiones sobre lo que por ella se entiende.

A pesar del interés despertado por la ética médica durante la segunda mitad del siglo XX, sobre todo tras la irrupción de la bioética<sup>3</sup>, hay que reconocer que no ha existido un interés manifiesto en los profesionales médicos de los ejércitos, ni tampoco en los ajenos a la institución militar, por abordar los conflictos éticos relacionados con el ejercicio de la medicina militar.

---

<sup>1</sup> El Comité Internacional de la Cruz Roja permite el acceso libre a la obra a través del siguiente enlace: <https://volunteeringredcross.org/wp-content/uploads/2019/09/Un-recuerdo-de-Solferino-Henry-Dunant.pdf>. [Consultado el 01-12-2021].

<sup>2</sup> Henckaerts, J.-M. y Doswald-Beck, L. (2005). Reprinted with corrections 2009. *Customary international humanitarian law 1. Volume I. Rules*. New York, Published in the United States of America by Cambridge University Press. [Consultado el 01-12-2021]. Disponible en <https://www.icrc.org/en/doc/assets/files/other/customary-international-humanitarian-law-i-icrc-eng.pdf>

<sup>3</sup> El término bioética, en su sentido actual se utiliza por primera vez por Potter, Van Rensselaer, en 1971 en la obra *Bioethics bridge to the future*.

Aunque resulta paradójico que a la transformación de la ética médica contribuyeran los acontecimientos de la Segunda Guerra Mundial.

El Código de Nuremberg de 1947, publicado tras la condena de varios médicos militares alemanes en los juicios de Nuremberg, supuso el punto de partida del ineludible requisito del consentimiento informado durante la experimentación y, esta obligación, se asentó universalmente en la Declaración de Helsinki de 1964<sup>4</sup>. Hoy, el consentimiento informado se ha extendido en el ejercicio de la medicina como el derecho del paciente que mejor defiende su autonomía.

La discusión sobre los conflictos éticos relacionados con el ejercicio de la medicina militar es reciente, no va mucho más allá de las dos últimas décadas. Aunque este debate, iniciado en EE. UU. y posteriormente ampliado en mayor o menor medida a otros países anglosajones, no se ha producido por el momento en nuestro país.

Son varias las razones que pueden explicar el interés despertado por la ética médica en el ejercicio de la medicina militar.

En primer lugar, la ética médica en el Ejército de los EE. UU. se vio profundamente comprometida tras conocerse la participación de personal sanitario en los interrogatorios y la alimentación forzada de detenidos en prisiones militares tras el 11-S, durante la denominada «guerra contra el terrorismo»<sup>5</sup>. Estos hechos terminaron por abrir un debate público sobre la legalidad y moralidad de tales intervenciones, en cuyo centro se situaba la decisión política de no aplicar el DIH a estos prisioneros<sup>6</sup>.

En segundo lugar, la naturaleza compleja de los enfrentamientos armados modernos ha agrandado las discrepancias morales entre adversarios y con ello, la dificultad en el proceso de toma de decisiones, incluidas las relacionadas con la asistencia sanitaria. Entre los factores de mayor complejidad destacan la actuación, dentro de coaliciones o alianzas, frente a enemigos que no se identifican con claridad y entre los que son frecuentes la intervención de actores no estatales o la presencia de adversarios por

---

<sup>4</sup> Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas.

<sup>5</sup> El 21 de septiembre de 2001, tras los ataques del 11/S, el presidente Bush pronunció en el Congreso estadounidense un discurso dirigido a la nación, en el que anunció el comienzo de la denominada «guerra contra el terrorismo».

<sup>6</sup> La administración del presidente Bush en una decisión, posteriormente modificada por el presidente Obama, concluyó que, dado que Al Qaeda no estaba acogida a las convenciones internacionales, no se aplicarían los Convenios de Ginebra cuyos principios solo serían respetados «en la medida apropiada y consistente con la necesidad». Memorandum: Humane Treatment of Al Qaeda and Taliban Detainees. US Government: Washington, D.C.; 2002.

delegación (proxies), el creciente aumento de víctimas civiles y el avance tecnológico militar.

En el caso del apoyo sanitario a civiles o militares de otros países las diferencias culturales, que tienen reflejo en los sistemas de valores de las personas, pueden condicionar la propia asistencia, que se ve abocada a negociar el terreno en el que desarrollarla de una forma moralmente comfortable.

En buena medida, la atención inicial de la ética médica en el ejercicio de la medicina militar se centró en la violación de los derechos humanos, pero el interés se ha ampliado a otras situaciones en las que, ni las disposiciones legales, ni la deontología médica, ni el imprescindible recurso del «sentido común», son capaces de dar soluciones a problemas concretos. Es decir, se comienza a vislumbrar la necesidad de una ética práctica que, aplicada mediante un método, pueda responder a un determinado conflicto moral en un momento preciso. Esta forma de afrontar los problemas éticos es la que la bioética ha concebido desde su nacimiento en el último tercio del pasado siglo y, ahora, parece llamar a la puerta de la medicina militar.

El actual interés de la ética médica en el ámbito de la medicina militar se ha reflejado, tanto a nivel institucional como en el número de publicaciones que abordan el asunto durante este siglo. En cuanto a las instituciones:

- La Asociación Médica Mundial (AMM)<sup>7</sup>, a la cual pertenece el Consejo General de Médicos de España, y el Comité Internacional de la Cruz Roja<sup>8</sup> publicaron sendos documentos dirigidos a la atención sanitaria durante los conflictos armados. Ambos coinciden en dos de sus conclusiones: «que la ética médica en tiempos de conflicto armado es idéntica a la ética médica en tiempos de paz» y que, «si en el caso del desempeño del deber profesional se produjeran lealtades conflictivas, la obligación principal del médico es con los pacientes».
- Tras la decisión adoptada por la Asamblea General del Comité Internacional de Medicina Militar en 2009, se creó en Suiza el Centro de

---

<sup>7</sup> WMA Regulations in times of armed conflict and other situations of violence. Adopted by the 10 World Medical Assembly, Havana, Cuba, October 1956, and edited by the 11 World Medical Assembly, Istanbul, Turkey, October 1957, revised by the 35 World Medical Assembly, Venice, Italy, October 1983, the 55 WMA General Assembly, Tokyo, Japan, October 2004, editorially revised by the 173 WMA Council Session, Divonneles-Bains, France, May 2006, and revised by the 63 WMA General Assembly, Bangkok, Thailand, October 2012. [Consultado el 01-12-2021]. Disponible en: <https://www.wma.net/policies-post/wma-regulations-in-times-of-armed-conflict-and-other-situations-of-violence/>

<sup>8</sup> CICR. (2015). Ethical Principles of Health Care in Times of Armed Conflict and Other Emergencies. [Consultado el 01-12-2021]. Disponible en [https://www.who.int/hac/tech-guidance/ethical\\_principles\\_of\\_health\\_care.pdf?ua=1](https://www.who.int/hac/tech-guidance/ethical_principles_of_health_care.pdf?ua=1)

Referencia en Derecho Internacional Humanitario y Ética<sup>9</sup>. Desde entonces, el centro organiza anualmente un taller sobre ética médica en el que se presentan diferentes escenarios, cuyo tema central está relacionado con algún dilema ético en el ámbito del apoyo sanitario a las operaciones.

- Para el Departamento de Defensa de los EE. UU., tras el 11-S y los acontecimientos que le sucedieron, el interés sobre la ética médica militar es prioritario. En 2003, su Centro de Excelencia e Investigación generó dos volúmenes<sup>10</sup> que representaron la obra más completa publicada sobre un campo hasta entonces casi inexplorado. En uno de sus capítulos titulado «La esencia de la ética médica» el doctor Edmund Pellegrino, por entonces director del Consejo de Bioética de la Presidencia de EE. UU., insiste en la idea de una misma ética para todos los médicos, aunque llega a plantear la excepcionalidad ante «las exigencias más extremas».
- Más de 15 años después, el interés del Departamento de Defensa de EE. UU. sobre la ética médica continúa. Este departamento promulgó una instrucción sobre ética médica en el ámbito del sistema sanitario militar<sup>11</sup> que sigue un modelo similar al de la Asociación Médica Americana, aunque establece algunas singularidades. Finalmente, se ha constituido un Centro de Ética Médica en el Departamento de Defensa, con la idea de ser punto de referencia y fuente de experiencia en colaboración con otras organizaciones gubernamentales, académicas y profesionales en los dilemas éticos que puedan surgir.
- También la asociación de médicos británicos, sensible a las cuestiones éticas en el ejercicio de la medicina en el seno de sus Fuerzas Armadas, publicó un documento que ofrece herramientas dirigidas a la toma de decisiones<sup>12</sup>.

Las publicaciones sobre ética en el ejercicio de la medicina militar se han multiplicado a lo largo de este siglo.

---

<sup>9</sup> The New ICMM Reference Centre on International Humanitarian Law and Ethics. (2009). *International Review of the Armed Forces Medical Services*. Vol. 83 (2).

<sup>10</sup> Beam, T. E., Howe, E.G. (eds.). (2003). *Military Medical Ethics*. Falls Church, VA, Office of de Surgeon General.

<sup>11</sup> El 08-11-2017, el Departamento de Defensa de EE. UU. emitió la Instrucción 6025.27, «Ética médica en el sistema de salud militar». Promulgada a raíz del Informe del 3-03-2015 de la Junta de Salud de la Defensa, «Directrices y Prácticas Éticas para profesionales militares de los Estados Unidos», que establece los «Principios de Ética Médica» para el Sistema de Salud Militar. [Consultado el 01-12-2021]. Disponibles en: DoD Instruction 6025.27, November 8, 2017 (whs.mil) y Ethical Guidelines and Practices for US Military Medical ProfessionalsFINALCompliant\_1 (2).pdf

<sup>12</sup> Ethical decision-making for doctors in the armed forces: a tool kit. [Consultado el 01-12-2021]. Disponible en: <https://www.bma.org.uk/media/1218/bma-armed-forces-tool-kit-oct-2012.pdf>

Un estudio bibliométrico sobre publicaciones realizadas en lengua inglesa<sup>13</sup> entre 2000-2020 muestra que, aunque hay publicaciones de hasta 15 países, la mayoría son estadounidenses (72 %) o del Reino Unido (13 %), y en cuanto a los autores, solo un tercio pertenecen a la institución militar.

Este estudio clasifica los temas en nueve áreas y presenta el número de publicaciones anuales escritas sobre cada una de ellas. El notable volumen de artículos sobre detenidos en prisiones militares durante la primera década del siglo XXI ha pasado ahora a ser intrascendente. En cambio, las publicaciones relacionadas con la investigación biomédica, la atención al paciente y, sobre todo, la salud mental, han aumentado exponencialmente. Otros temas como los desastres y el triaje mantienen el interés de lo publicado a lo largo de estos 20 años. Es de destacar que tres materias, no solo son objetivo principal de parte de lo publicado, sino que aparecen reflejadas como tema de debate en la mayoría de los artículos: la doble lealtad, el marco ético de la medicina militar y la formación en ética médica de los médicos militares.

Sobre estas tres últimas cuestiones voy a centrar la atención.

### La doble lealtad

Por doble lealtad se entiende el conflicto que, en la práctica clínica, surge entre los deberes profesionales y las obligaciones implícitas o explícitas, reales o percibidas, frente a los intereses de un tercero, sea este un empleador, una organización o el propio estado<sup>14</sup>. En definitiva, la confrontación que se produce entre la fidelidad de un médico a los pacientes y las expectativas que sobre la medicina tiene un tercero.

El interés de la lealtad dual ha crecido con el cambio planteado en la relación médico-paciente desde el clásico modelo paternalista, que en buena parte soslayó este debate, hasta el modelo actual de relación «horizontal» o «democrática»<sup>15</sup> en el que los intereses de pacientes, médicos e instituciones pueden aparecer enfrentados en algún momento.

Existen ejemplos de este tipo de conflictos en diversos ámbitos de la medicina y por diferentes cuestiones. Así, en el entorno de la medicina penitenciaria,

---

<sup>13</sup> Zachary Bailey, B.S. et al. (2021). *A Thematic Analysis of Military Medical Ethics Publications From 2000 to 2020—A Bibliometric Approach*.

<sup>14</sup> Project of the International Dual Loyalty Working Group. (2002). *Dual Loyalty in Health and Professional Practice: Proposed Guidelines and Institutional Mechanisms*. Boston, MA, Physicians for Human Rights; and Cape Town; South Africa, University of Cape Town Health Sciences Faculty.

<sup>15</sup> Según la denominación que el profesor Diego Gracia da a esta relación en el capítulo «La práctica de la medicina» del libro *Bioética para clínicos*. 1.ª edición. Madrid, Editorial Triacastela. 1999.

los problemas son variados<sup>16</sup>, aunque mucha parte del debate ha estado centrada en los problemas relacionados con las huelgas de hambre de los presos. En el caso de la salud pública, las cuestiones concernientes a la violación de la confidencialidad de un paciente, cuando esta viene motivada por el padecimiento de una enfermedad transmisible, pueden servir de ejemplo.

El problema de la lealtad dual en ejercicio de la medicina militar no es nuevo y el interés por el tema se ha avivado por motivos a los que han contribuido la transformación de los conflictos armados, desde las guerras convencionales, las operaciones militares relacionadas con la guerra híbrida, la zona gris o la participación en operaciones de apoyo a las autoridades civiles.

El análisis de estas situaciones varía no solo por el dilema ético particular que se plantee, sino por la identificación del nivel al que se producen, ya que los actores que intervienen son diferentes y los problemas pueden diferir sustancialmente según el estrato en el que se producen<sup>17</sup>. Podemos distinguir tres niveles: un nivel superior o político, un nivel intermedio o institucional y un nivel clínico restringido al médico y su paciente.

De esta forma, se reconoce la dificultad del contexto en el que los médicos militares actúan y, al mismo tiempo, se contempla la responsabilidad de otras partes, aunque en la mayoría de los casos la repercusión final del conflicto será la que atañe a un médico que debe tratar y decidir sobre su paciente.

Para ser más claro en la exposición, se presentan varios ejemplos correspondientes a cada uno de estos niveles, sin pretender profundizar en los principios éticos que entran en juego:

1) *En el caso del nivel político*, el conflicto con alguno de los principios de la ética médica suele tener que ver con el logro de un «bien superior», que puede estar relacionado con la seguridad nacional. La situación que más debate ha generado a este nivel ha sido la ya comentada participación de sanitarios militares en los interrogatorios a presos en prisiones militares tras el 11/S, pero pueden darse otras como la que a continuación se expone sobre la autonomía del personal.

La lealtad dual y la autonomía. En el Ejército de los EE. UU. una orden de vacunación obligatoria se considera legal, y por tanto constitucional, si la vacuna ha sido aprobada por la FDA<sup>18</sup> o si la vacuna ha recibido la autoriza-

<sup>16</sup> EDITORIAL. (2009). Apuntes éticos sobre el ejercicio de la medicina en prisión. *Rev Esp Sanid Penit.* 2009; 11: 33-36.

<sup>17</sup> Rochon, C. (2015). Dilemmas in Military Medical Ethics: A Call for Conceptual Clarity. *Bioéthique Online.* 4. <https://doi.org/10.7202/1035513ar>

<sup>18</sup> Food and Drug Administration, por sus siglas en inglés.

ción de uso de emergencia y el presidente de la nación emite una exención al procedimiento de consentimiento informado<sup>19</sup>. Este tema de la vacunación obligatoria comenzó a cobrar relevancia tras la guerra del golfo pérsico (1990-1991) y la identificación de una amenaza biológica potencial representado por el *bacillus anthracis*, el agente causante del carbunco. En 1998 la administración del presidente Clinton ordenó el uso de una vacuna contra el carbunco en los miembros de las Fuerzas Armadas, esta vacuna había demostrado su eficacia para el transmitido por vía subcutánea, sin embargo no había sido probada su efectividad en el transmitido por vía aérea.

La pandemia por COVID ha vuelto a reabrir el debate. En agosto de 2021, el secretario de Defensa de EE. UU. comunicaba su intención de buscar la aprobación del presidente Biden para el uso obligatorio de la vacuna frente al COVID en el personal de su departamento<sup>20</sup>.

Naturalmente, en este asunto de la vacunación pueden existir cursos de acción intermedios, por ejemplo, establecerla como un requisito previo antes de cualquier despliegue pero sin tener que llegar a prescindir del consentimiento informado.

2) En el nivel intermedio, los conflictos se plantean por lo general entre alguno de los principios éticos de la medicina y la consecución de un objetivo que tiene interés militar. Son ejemplos las siguientes:

a) Las intervenciones destinadas a la «biomejora». En el ámbito militar entendemos por «biomejora» aquellas investigaciones o actuaciones médicas realizadas para aumentar el rendimiento del personal militar, cuyos propósitos van más allá de lo que se entiende como el objetivo del apoyo sanitario: la selección del personal, la prevención de la enfermedad y la promoción, el mantenimiento y la restauración de la salud.

El uso de estimulantes, por ejemplo, el empleo de anfetaminas en pilotos de combate, ha sido reconocido por las autoridades militares de algún país<sup>21</sup>. Hoy, los avances en fisiología, nutrición, genética, neurociencia e ingeniería ofrecen soluciones para prevenir o reducir la fatiga o mejorar las capacidades mentales o físicas de un combatiente en un entorno operativo exigente, de forma que comienza a convertirse en una aspiración el reclutamiento de «super soldados». La aplicación de estos avances podría plantearse, con una visión práctica, como un simple análisis de riesgo / beneficio para la misión

<sup>19</sup> 10 US Code § 1107

<sup>20</sup> Memorandum for all Department of Defense employees. Secretary of Defense AUG 09 2021. [Consultado el 01-12-2021]. Disponible en: <https://media.defense.gov/2021/Aug/09/2002826254/-1/-1/0/MESSAGE-TO-THE-FORCE-MEMO-VACCINE.PDF>

<sup>21</sup> Hart, L. (2003). Use of 'go pills' a matter of 'life and death,' Air Force avows. L. A. Times. [Consultado el 01-12-2021]. Disponible en: <http://articles.latimes.com/2003/jan/17/nation/na-friendly>

y el combatiente pero, sin duda, el asunto tiene también una derivada ética como la que plantea una intervención sanitaria sin un objetivo terapéutico o preventivo y que potencialmente pueda ocasionar un daño.

b) La instrumentalización de la medicina. El uso de la medicina como una herramienta estratégica destinada a «ganar corazones y mentes», pocas veces ha sido objeto de una reflexión moral. La experiencia de los médicos en la asistencia sanitaria programada a la población civil en conflictos de baja intensidad, se asocia con frecuencia a un sentimiento de decepción por diferentes razones. Entre ellas, que el seguimiento de estos pacientes es nulo, el equipo de diagnóstico es escaso, el servicio de traducción o interpretación puede no existir y la atención puede limitarse a distribuir la medicación que la cadena de suministros logísticos proporciona a la operación militar. La frustración que en estos casos se produce, más que por la falta de medios, es causada por la instrumentalización de la medicina de la que el médico entra a ser una parte principal.

Sin duda, la experiencia moral puede ser distinta cuando es posible otro tipo de asistencia realizado mediante un planeamiento con un enfoque sanitario prioritario, por ejemplo, realizar cirugías dirigidas a patologías prevalentes, campañas de vacunación o desparasitación, programas de atención odontológica, etc.

c) La responsabilidad en el ejercicio de la medicina. El entorno táctico en las operaciones actuales, caracterizado por ambientes no permisivos y contingentes aislados, junto con la exigencia doctrinal de tratar a las bajas dentro de un límite temporal ajustado, ha impulsado el desarrollo de formaciones sanitarias de tratamiento (FST) de alta movilidad dirigidas a la cirugía de control de daño que permitan la estabilización inicial de la baja.

El problema que se plantea, y del cual ya algunas publicaciones se ha hecho eco<sup>22</sup>, es que la exigencia de este tipo de FST no se vea atendida con cirujanos que posean la competencia quirúrgica necesaria para abordar heridos muy graves en un ambiente tan austero. Es decir, que la práctica quirúrgica que a diario desarrollan no se corresponda con las técnicas demandadas sobre el terreno, lo que puede implicar enfrentarse a un nuevo dilema ético: aceptar la erosión de su competencia quirúrgica para satisfacer las expectativas militares de una capacidad de cirugía de control de daños inmediata y presente en cualquier entorno. Esta complicada visión sobre las competencias puede hacerse extensiva a otros casos en los que los médicos sean desplegados en cometidos ajenos a los de su práctica clínica habitual y su formación.

---

<sup>22</sup> Edwards, M. J., et al. (2018). Army General Surgery's Crisis of Conscience. *J Am Coll Surg*. 2018 Jun; 226(6):1190-1194. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2018.03.001. Epub 2018 Mar 8. PMID: 29524661.

3) En el nivel denominado *clínico*, el dilema se establece en un plano más restringido, el que se mueve en la relación médico enfermo y en el que son más fácilmente identificables los principios tradicionales de la ética médica. Son ejemplos de estos dilemas los siguientes:

a) La confidencialidad frente a un «estado de necesidad» relacionado con la operatividad. La confidencialidad de los datos sobre la salud está ligada al derecho de la intimidad y al deber del secreto profesional, aunque no es un derecho ni un deber absoluto.

Existen excepciones que permiten romper la confidencialidad y que, para el tema que nos ocupa, se pueden resumir en dos: las que derivan de un imperativo legal, como el que impone el conocimiento de un delito, y las que son consecuencia de un «estado de necesidad» para evitar un mal del propio paciente o el de un tercero.

Sin embargo, pueden aparecer problemas derivados de la dificultad o bien dudas en la identificación y análisis de las situaciones que permiten romper el secreto médico. Otros obstáculos pueden ser consecuencia del interés de un tercero en conocer un dato de salud, o de otro tipo, obtenido en el curso de la relación médico-enfermo alegando razones laborales. Y finalmente, por la presencia no justificada de un tercero en el curso de la asistencia médica con una finalidad no sanitaria.

En cualquier caso, si se encuentra justificación para romper la confidencialidad, siempre se debe intentar contar con la conformidad previa del paciente y, en caso de que se decida quebrantarla, debe ajustarse a aquellos datos que resulten imprescindibles.

b) La lealtad dual y su influencia en la clasificación sanitaria de las bajas. La clasificación de las bajas (triaje), para su asistencia en situaciones de escasez de recursos, es un problema muy relacionado con la práctica de la medicina militar y la medicina de catástrofes. El artículo 12 del Convenio de Ginebra establece que el triaje debe seguir los criterios médicos de emergencia, ya sea para los propios soldados o para los soldados combatientes enemigos. Aunque se ha argumentado sobre que la priorización debe realizarse en aquellos heridos que puedan regresar cuanto antes al combate<sup>23</sup>, la realidad de los datos muestra que el propósito en estas situaciones siempre ha sido priorizar a los más graves con posibilidad de salvar la vida, y atender a todos los heridos en la medida que los recursos lo permitan<sup>24</sup>.

---

<sup>23</sup> Gross, M. L. (2006). *Bioethics and Armed Conflict: Moral Dilemmas of Medicine and War*. Cambridge, Mass, MIT Press.

<sup>24</sup> Rawling, B. (2008). *La mort pour ennemi : La médecine militaire canadienne*. Ottawa, Canada, Agmv.

Sin embargo, el triaje no está exento de problemas éticos. Por ejemplo, el de la prioridad de un compatriota frente a un militar de otro país (enemigo o no) cuando las lesiones en ambos revisten la misma gravedad o incluso cuando las lesiones de nuestro compañero son algo menos graves, y los recursos solo permiten atender a uno de los heridos. El DIH y la característica de universalidad de la ética médica nos dictan que el único criterio debe ser la gravedad de los heridos. Pero resulta difícil no aceptar que el sentimiento de camaradería también impregna al médico y lo aleja de la «perfección moral» exigida por la norma del convenio, al tiempo que lo acerca a un juicio moral intuitivo que le llama a ayudar antes al compañero.

El grupo internacional sobre lealtad dual emitió en 2003 una guía de actuación en el ejercicio de la medicina militar<sup>25</sup> que se resume en 10 puntos. En varios de ellos se insiste en que no existe diferencia entre la ética de un médico civil y un médico militar. Otros puntos se dirigen a cuestiones concretas como la prohibición en participar en la investigación de armas biológicas o químicas, el derecho a la confidencialidad de los pacientes, el triaje, la no participación de los médicos en los malos tratos o la tortura, o la obligación de denunciar las violaciones de los derechos humanos.

A pesar de la existencia de guías como la mencionada, la respuesta ante situaciones como las descritas no siempre es clara. De esta forma, las decisiones a veces quedan envueltas en una nebulosa de consideraciones sobre el interés militar, los derechos del paciente y su bienestar, las normas legales y los derechos humanos que las hacen difíciles de adoptar en la práctica.

### Un marco para la ética médica en el ejercicio de la medicina militar

La ya mencionada declaración de la AMM sobre la ética médica, no deja lugar a dudas sobre que «la ética médica en tiempos de conflicto armado es idéntica a la ética médica en tiempos de paz y, que la obligación principal del médico es con los pacientes». Desde un punto de vista formal, no parece difícil sustentar esta afirmación con el poderoso enfoque de las normas del DIH<sup>26</sup>, la legislación nacional en materia de salud y los códigos deontológicos médicos. Aunque del propio enunciado de la declaración podría deducirse que existen otras obligaciones «no principales» que también pueden entrar en juego.

<sup>25</sup> Dual Loyalty Working Group. Dual Loyalty and Human Rights in Health Professional Practice. Proposed Guidelines and Institutional Mechanisms. Washington, Physicians for Human Rights.

<sup>26</sup> En los artículos 16 y 10 (AP 2) de los protocolos adicionales a los Convenios de Ginebra I y II respectivamente, se estipula que «en ningún caso se castigará a ninguna persona por realizar actividades médicas compatibles con la ética médica, independientemente de la persona que se beneficie de ellas».

La cuestión primordial que aquí se debate no está en el acierto de la afirmación de la AMM, sino en su utilidad práctica. Publicaciones referidas al problema de la doble lealtad, en las que se asegura que «realmente los casos de conflicto son pocos»<sup>27</sup>, no hacen más que señalar que el problema de su aplicación puede existir cuando una necesidad militar excepcional compite con el juicio ético independiente de un médico. La instrucción publicada por el Departamento de Defensa de los EE. UU. en 2017 a la que ya hemos hecho referencia, aunque sigue un modelo similar al del código ético de la Asociación Médica Americana<sup>28</sup>, muestra excepciones cuando se comparan ambos textos<sup>29</sup>, entre ellas la que se recoge en el principio número 10 de dicha instrucción: «Considere la responsabilidad hacia el paciente como responsabilidad primaria, pero reconozca que puede haber circunstancias extraordinarias asociadas con la misión o necesidad militar que pueden requerir consideraciones adicionales y su consulta ética».

El ejercicio de medicina militar puede incluirse en un debate más amplio de la ética médica y las responsabilidades de los médicos en determinados puestos de trabajo (médicos de prisiones, psiquiatría forense, salud pública). Pero creo que existe una característica especial derivada de la influencia de dos éticas profesionales diferentes en la misma institución, las éticas profesionales militar y médica, que convergen en el médico militar.

Tradicionalmente, en médicos y militares se han identificado conductas y cualidades que dan atributos propios a la profesión. Es habitual que la propia vivencia de lo que constituyen sus reglas y valores acaben por ser interiorizadas entre sus miembros, conformándose un carácter distintivo el «ethos militar» o el «ethos médico» según el caso, incluso sin que medie un estudio sobre esta materia ni durante la formación académica, ni durante la vida profesional. Puede incluso que, en el proceso de formación a lo largo de la vida profesional, el propio ethos produzca un sesgo que influya en el análisis objetivo de la realidad.

El problema de lo que se entiende por ética profesional no es intrascendente. Las profesiones con un compromiso de servicio a la sociedad se acogen, por lo general, a unas normas propias reflejadas en su deontología que recoge los fundamentos y principios en los se asienta la «moralidad de la profesión». Estos códigos se suelen situar a medio camino entre las normas legales y la ética, aunque a veces la propia ley puede definir el código de una

<sup>27</sup> Howe E. (2003). Mixed agency in military medicine: Ethical roles in conflict. En: Beam, T. E. y Spracino L. R. (eds.). *Military Medical Ethics*. Vol. 1. Falls Church, VA, Office of the Surgeon General. 2003:331-60.

<sup>28</sup> Disponible en: <https://www.ama-assn.org/sites/ama-assn.org/files/corp/media-browser/principles-of-medical-ethics.pdf> [Consultado el 01-12-2021].

<sup>29</sup> Richard, T., et al. (2020). A Code of Ethics for Military Medicine. *Military Medicine*. 185: 527-531.

profesión. Este concepto de la ética profesional es discutible<sup>30</sup> y hay quien lo amplía a una esfera más íntima, constituida por la «moralidad interna» o la «conciencia personal», que reflexiona sobre lo que es bueno hacer y su traducción a la forma de ejercer el trabajo.

En el caso de los médicos, la tradición de la deontología se remonta al juramento hipocrático (unos 400 años a.C.) luego modificado con el nombre de «Declaración de Ginebra»<sup>31</sup>. No es el único código médico que existe. Por ejemplo, la Organización Médica Colegial española, al amparo de la Constitución de 1976, tiene su propio código deontológico. La deontología médica recoge los derechos y responsabilidades de médicos y pacientes, y no se incluye en la legislación ordinaria, quizás por la precaución de evitar un exceso de regulación legal de la profesión.

El código deontológico por excelencia de los militares españoles, tiene regulación legal con rango de Real Decreto. Las *Reales Ordenanzas de 2009*<sup>32</sup> constituyen «el código de conducta de los militares, definen los principios éticos y las reglas de comportamiento de acuerdo con la Constitución y el resto del ordenamiento jurídico». Aunque, desde mi punto de vista, el atributo que se le da a algunos de los términos que en ella se incluyen es discutible. Las *Reales Ordenanzas* definen como virtudes fundamentales la disciplina, el valor, la prontitud en la obediencia y la exactitud en el servicio, que pueden entenderse más como cualidades que tienen que ver con una característica positiva para el servicio que con una virtud entendida como la condición de una persona a obrar bien sin estar obligada a ello.

Otros ejércitos extranjeros tienen publicaciones similares en el seno de su institución<sup>33</sup> y su interés se ha acrecentado en lo que llevamos de siglo. Todas ellas tratan de establecer una guía sobre los principios éticos, deberes, valores, virtudes y reglas de comportamiento que deben ser referencia para los militares en su deber de servicio a su nación. Es de especial interés

---

<sup>30</sup> Según Alonso Hortal Alonso en su libro *Ética general de las profesiones* (2002): «La ética profesional reflexiona sobre lo que los profesionales hacen, deben hacer o es bueno que hagan para ser éticos en el ejercicio de esa misma profesión, esté o no escrito en un código».

<sup>31</sup> Declaración de Ginebra. Adoptada por la 2.ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial (AMA) en Ginebra, Suiza, Septiembre 1948 y cuya última enmienda se realizó por la 68.ª Asamblea General de la AMM, en Chicago, Estados Unidos, en octubre 2017.

<sup>32</sup> Real Decreto 96/2009, de 6 de febrero, por el que se aprueban las *Reales Ordenanzas para las Fuerzas Armadas*. Estas *Reales Ordenanzas* derogaron las publicadas en 1978, tras la aprobación de la Constitución española, aunque su tradición se remonta a las antiguas «ordenanzas» que regulaban el funcionamiento de las unidades, además de incluir algunas normas relacionadas con el comportamiento de un militar.

<sup>33</sup> En EE. UU. «The Army ethic» capítulo 2 de la publicación doctrinal ADPR 1 «The Army Profession». En Francia «L'Exercis du métier des armes, fondaments et principes». En Reino Unido: «The Military Covenant» y «Values and Standards of the British Army».

la guía publicada por el Ejército de Tierra francés, que acomete la reflexión sobre los fundamentos de la profesión para enunciar cuatro principios de comportamiento. En España merece la pena destacar lo publicado por el general Moliner sobre los pilares éticos de la profesión militar<sup>34</sup>, un tema sobre el que apenas se ha escrito.

Por lo general, el derecho se sitúa en un plano diferente a la ética profesional, su ocupación es el comportamiento desde la perspectiva de los derechos y deberes que tienen la obligación de cumplirse para garantizar una convivencia justa y pacífica.

Sin embargo, en el caso de la medicina la influencia de la ética médica en el derecho ha sido muy trascendente, ya que muchos de sus principios han sido trasladados a las leyes. Son ejemplos principales, a nivel nacional, la conocida como ley de autonomía del paciente<sup>35</sup> y, a nivel europeo, la carta europea de los derechos de los pacientes<sup>36</sup>.

En el caso de la milicia, el trasvase creo que se ha realizado en un sentido contrario. No es infrecuente que los principios recogidos en los códigos deontológicos hagan referencia a lo ya legislado<sup>37</sup>. La anticipación de la ley en este caso quizás se pueda explicar por la necesidad de expresar la obligatoriedad de su cumplimiento por lo mucho que hay en juego. Así, en el caso del derecho y la guerra, destacan la carta de las naciones unidas en lo referente al *ius ad bellum*, el DIH sobre la *ius in bello* y, finalmente, las normas que son de aplicación en el proceso de transición desde un conflicto armado hacia una paz justa y sostenible, o *ius post bellum*.

En definitiva, en militares y médicos podemos identificar tradición, códigos y leyes que conforman unas reglas de juego que sirven de guía a sus profesionales. El conocimiento por el personal militar, sanitario y no sanitario, de estas normas evitaría problemas que más que de índole ética son de naturaleza legal o simplemente de integridad profesional. Por ejemplo, incurrir en el error de que el médico es un combatiente con unas «habilidades añadidas» en el campo de la salud o, en el caso de personal médico, transigir a las exigencias de un tercero que, aunque sean «mínimas», pueden conducir a una pendiente resbaladiza «condescendiente» que acarree

<sup>34</sup> Capítulo 6 «Ética de la Defensa» del libro *Defensa: Estado y sociedad el caso de España*. 2018.

<sup>35</sup> 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.

<sup>36</sup> Carta europea de los derechos de los pacientes. Roma, noviembre 2002.

<sup>37</sup> Las Reales Ordenanzas en su título IV «De las Operaciones», cuando se refiere al principio de humanidad (artículo 85), traslada al derecho internacional humanitario las normas que han de regir la conducta del militar.

desde errores menores a otros tan graves como los cometidos a lo largo de la historia.

Sin embargo, los verdaderos conflictos éticos nacen en situaciones concretas. En estos casos, puede que la orientación de la ley o de la deontología sea insuficiente para dar la mejor solución posible. Aquí es donde adquiere importancia la ética, ya que su esencia es la aplicación práctica para decidir cuál es la mejor solución para resolver un caso determinado en una situación concreta. La irrupción de la bioética médica en el último tercio del siglo pasado aportó esta visión de ética aplicada, su objetivo son los métodos de análisis y procedimientos de resolución de los problemas planteados en el ámbito de las ciencias médico-sanitarias.

La bioética, a partir de unos requisitos que se consideran imprescindibles (ser una ética secular, pluralista, autónoma, racional y universal) buscó su fundamentación filosófica en teorías diferentes e incluso antagónicas, unas deontológicas y otras utilitaristas, para confeccionar un sistema de principios con el que todos los médicos, no sabemos si con el suficiente conocimiento y habilidad, hemos acabado identificándonos: el principio de autonomía, el de beneficencia, el de no maleficencia y el de justicia. El razonamiento para su aplicación se compone de un primer paso deontológico (*a priori*) en el que se establecen las normas, y un segundo paso consecuencialista (*a posteriori*) que puede establecer las excepciones a la norma. A partir de estos procedimientos puede elaborarse un método específico de análisis de las cuestiones éticas en la práctica clínica. El esquema de estos procedimientos y método de jerarquización de los principios propuesto por el profesor Diego Gracia<sup>38</sup>, son un magnífico ejemplo para el abordaje de los problemas.

El profesor Diego Gracia organiza los principios en dos niveles. Un nivel de máximos constituido por los principios de autonomía y beneficencia, y un nivel de mínimos constituido por los principios de justicia y no maleficencia.

El principio de autonomía, el que permite hacer una elección autónoma, y el principio de beneficencia, el que aspira a hacer el bien con el consentimiento del paciente, se sitúan ambos en un ámbito de lo privado y se explican por las convicciones o aspiraciones máximas de una persona. Son principios cuyo cumplimiento son «de desear».

El principio de no maleficencia, el que permite que las personas no sean dañadas por acción u omisión, y el de justicia, que asegura la no discriminación y el acceso igualitario a los recursos, se sitúan en el ámbito de lo público y del bien común. Son principios que forman parte de la ética del

---

<sup>38</sup> El profesor Diego Gracia trata este tema en diferentes artículos y libros de texto. Se destacan dos: el capítulo 33 «Ética médica» del libro *Medicina Interna*, Farreras Rozman, 13.ª edición, y el libro *Fundamentos de Bioética* de Editorial Triacastela, 3.ª edición, 2008.

deber y son objeto del derecho. Son principios cuyo cumplimiento son «de obligación».

En la aplicación de los cuatro principios clásicos de la bioética en la medicina militar pueden aparecer elementos de apreciación, ausentes en el ejercicio civil de la profesión, y que pueden añadir un matiz particular en la valoración de los mismos. Por ejemplo, con respecto a los principios incluidos en nivel de máximos, en situaciones excepcionales ¿Se puede considerar que un militar cede su principio de autonomía al haber jurado defender a su país incluso con la entrega de la vida cuando fuera necesario? ¿Puede entenderse este juramento como un consentimiento «anticipatorio», que justifique por sí sola alguna actuación posterior sanitaria, sin que se pregunte al interesado? Y por ejemplo, con respecto a los principios del nivel de mínimos ¿Qué estándar de atención debe prevalecer cuando los médicos militares atienden a personal (civil o militar) del país donde se desarrolla la operación, el de España o el de la nación anfitriona? ¿Podría priorizarse una medicación escasa a un grupo determinado de militares en función de su importancia para una operación?

Volviendo al marco de la ética médica en el ejercicio de la medicina militar, creo que puede concluirse que no existe una ética médica militar específica, aun cuando se reconozca que muchas de las situaciones que motiven el debate sean específicas de este ámbito y es probable que el avance tecnológico lleve a otras nuevas que se empiezan a entrever. Sirva de ejemplo lo que ya se denomina en Francia «el soldado aumentado» (asimilable al término de «supersoldado»), en el que las habilidades físicas, perceptivas y cognitivas se estimulan para fortalecer la eficiencia operativa y estos aumentos son cada vez más sofisticados y no limitados a los equipos<sup>39</sup>.

### La formación en ética de los médicos militares

Resulta paradójico el interés por la ética médica y la aparente indiferencia que muestran las guías docentes de los alumnos de medicina por esta materia en nuestro país. En el caso de los alumnos militares de medicina del Centro Universitario de la Defensa, adscrito a la Universidad de Alcalá, se incluye en el primer curso la asignatura «ética médica» que consta de tres créditos. Esta es la tónica habitual en otras facultades de medicina de España.

Sin embargo, en nuestro país, desde hace más de 20 años, proliferan los cursos y másteres de postgrado sobre ética médica y se han constituido asociaciones a nivel nacional y autonómico, que imparten cursos o publican

---

<sup>39</sup> La ministra de las Fuerzas Armadas, Florence Parly, en su discurso de inauguración del Comité de Ética de la Defensa francés el 10 de enero de 2020, se refería de esta forma al que denomina «soldat augmenté».

sobre el tema a través de revistas o sus páginas web. Parece como si la carencia en esta formación solo se advirtiera importante cuando se echa a andar en la profesión.

En España la formación ética de los médicos militares ha sido la proporcionada a través de la enseñanza académica de pregrado, la que se haya adquirido en un proceso de «ciencia infusa» a través de la práctica profesional o la añadida por el interés particular que cada uno haya tenido en formarse en esta materia.

No es de extrañar esta situación si tenemos en cuenta el amplio panorama de la ética militar, ya señalado por el general Moliner<sup>40</sup>, sobre la inexistencia en España de un centro civil o militar que imparta cursos o estudios de postgrado sobre ética militar.

Sin embargo, si miramos al exterior, algo novedoso empieza a apreciarse en el mundo de la ética y los ejércitos. Parece de especial interés la reciente creación en Francia de un Comité de ética de la defensa, cuyo nacimiento se relaciona con la preocupación por los problemas relacionados con la irrupción de las nuevas tecnologías<sup>41</sup>, y que seguro tendrán también su derivada en la asistencia sanitaria. En cuanto a la ética médica en el ámbito militar, a las guías de actuación de algunos países se ha unido la creación de centros de formación en ética médica militar como el Centro de Referencia en Derecho Internacional Humanitario y Ética de Zurich, o los Centros de ética médica militar del King's College de Londres o el del Departamento de Defensa de los EE.UU. En el caso del King's College se ha llegado a diseñar una innovadora herramienta educativa en forma de app para teléfonos móviles en la que se presentan diferentes escenarios y se justifica la metodología y desarrollo de los casos<sup>42</sup>.

Puede que los cursos no sean la panacea, pero suponen un estímulo para la intuición moral de los problemas y ayudan a generar habilidades para el análisis de los casos, a reconocer la responsabilidad moral en la práctica clínica, a admitir que la ambigüedad moral existe y a que la solución no siempre es perfecta ni siempre puede satisfacer a todos.

---

<sup>40</sup> Juan A. Moliner González en el capítulo primero titulado «La educación y formación en ética militar» del documento de trabajo 03/2020 del CESEDEN «Cuestiones sobre ética militar».

<sup>41</sup> Madame Florence Parly, ministre des Armées. Lancement du comité d'éthique de la Défense Paris, le 10 janvier 2020. [Consultado el 01-12-2021]. Disponible en: [https://www.defense.gouv.fr/content/download/600841/10126586/file/20200921\\_CE\\_avis%20soldat%20augmente.pdf](https://www.defense.gouv.fr/content/download/600841/10126586/file/20200921_CE_avis%20soldat%20augmente.pdf)

<sup>42</sup> Miron, M. y Bricknell, M. (2021 Oct. 28). Innovation in education: the military medical ethics 'playing cards' and smartphone application. *BMJ Mil Health*. *bmjmilitary-2021-001959*. doi: 10.1136/bmjmilitary-2021-001959. Epub ahead of print. PMID: 34711675.

Desde mi punto de vista, un curso específico de ética médica para militares debería tener como objetivo inicial proporcionar las herramientas y el razonamiento necesarios para identificar, comprender, afrontar los dilemas éticos, justificar las decisiones (sobre si se está bajo escrutinio de un tercero) y promover una actitud abierta al debate antes, durante y después de la resolución de cada caso.

Con independencia de las necesidades relacionadas de formación, hay una cuestión que tiene repercusión práctica. Se trata de la necesidad adicional de asesoramiento en determinadas situaciones y casos. Lo que aquí se plantea no es una novedad en la ética médica. En España la mayoría de los hospitales y áreas de atención primaria disponen de un órgano consultivo regulado legalmente por los servicios de salud de cada comunidad autónoma: los comités asistenciales de ética. A pie de página, para una mayor información se anota la referencia de la regulación que de los mismos hizo el antiguo INSALUD<sup>43</sup>.

Es momento de proponer, resulta fácil cuando el camino por delante es mucho, aunque sea a riesgo de equivocarse o pecar de ambición desmedida.

¿Por qué no pensar en un comité de ética médica militar en España? Parece que la necesidad se intuye, y los tiempos que vienen van a ser exigentes en estas cuestiones.

¿Podría ser este comité un órgano consultivo y no solo docente? La necesidad final de los que van a tener que lidiar con un conflicto ético es dar la mejor respuesta posible y, más allá de los cursos teóricos y prácticos, el asesoramiento siempre será un valor añadido.

¿Podría relacionarse con un futuro centro de ética de la defensa? Seguro que para esta cuestión hay opiniones diferentes, la ética médica no admite interferencias, pero es pluralista y deliberativa y el debate con otros siempre es bienvenido. Parece relevante que, si en un futuro se estudiara dar este paso, ambos estuvieran relacionados y hubiera representación compartida. Es probable que el conocimiento mutuo y la relación de estas dos éticas profesionales sea un hito necesario para afrontar los problemas morales que puedan presentarse.

## Conclusiones

- El interés actual de la ética médica en ámbito militar se ha visto estimulado por la compleja naturaleza de las operaciones actuales y la innovación en la tecnología militar.

<sup>43</sup> Circular del INSALUD n.º 3/95 FECHA (30-3). Asuntos: Comités Asistenciales de Ética. Disponible en: <http://www.san.gva.es/documents/151744/228971/7circular395in-salud.pdf>

- La lealtad dual está en el origen de muchos de los conflictos éticos que se producen en el ejercicio de la medicina militar. El nivel en el que se produce puede ser diferente: el político, el acotado propiamente a la institución militar o el que compete en exclusiva a la relación de un médico con su paciente. Aunque la repercusión final del conflicto sea la que atañe a un médico que tiene que decidir sobre su paciente, la responsabilidad de otras partes también existe.
- La convivencia de dos éticas, la militar y la médica, se beneficiaría de su conocimiento mutuo.
- Las reglas de juego de la ética médica, en el ejercicio de la medicina militar, son las mismas que las que obligan a cualquier otro médico. No debería plantearse una ética médica militar específica, aunque muchas de las situaciones conflictivas están relacionadas con el ejercicio particular de la profesión en este ámbito.
- La formación en ética médica de los médicos militares se vislumbra como una necesidad que tendría que afrontarse con la finalidad práctica que proporciona la ética aplicada. Este objetivo pudiera incluirse en una iniciativa más ambiciosa: un futuro centro de ética de la defensa, que con una función formativa y de asesoramiento abarcara a toda la institución militar.

## Capítulo segundo

### EL MÉDICO MILITAR Y LA DEONTOLOGÍA MÉDICA

*Juan José Rodríguez Sendín*

#### Resumen

La misión esencial de la profesión médica es cuidar la salud y preservar la vida humana. Es deber del médico tratar con humanidad y respeto a todos los pacientes. La deontología se describe en los documentos, pero donde se encuentra realmente no es en los papeles sino en el compromiso y en la conducta personal de los médicos. El Código de Deontología Médica (CDM) está constituido por las normas que la profesión médica establece, de obligado cumplimiento para todos los médicos en ejercicio. El médico ante cualquier situación está al servicio del paciente y del que sufre, lo que debe anteponer a cualquier otro interés, incluso personal. Si al cumplir con su deber profesional el médico tiene un conflicto de lealtades, su primera obligación siempre será con el necesitado de atención médica, con el herido, con su paciente. El médico o profesional sanitario nunca debe ser procesado o castigado por cumplir con sus obligaciones deontológicas.

**Palabras clave**

Conflictos, violencia, valores, compromisos, código deontológico, dilemas, secreto, respeto, responsabilidad.

**THE MILITARY DOCTOR AND MEDICAL ETHICS**

**Abstract**

The essential mission of the medical profession is to care for health and preserve human life. It is the physician's duty to treat all patients with humanity and respect. The deontology is described in the documents, but where it is really found is not in the papers but in the commitments and personal conduct of doctors. The Code of Medical Deontology (CDM) is constituted by the norms that the medical profession establishes, mandatory for all practicing doctors. The Doctor in any situation is at the service of the patient and the sufferer, which must be put before any other interest, even personal. If, when fulfilling his professional duty, the doctor has a conflict of loyalties, his first obligation will always be with the person in need of medical care, with the wounded, with his patient. The doctor or health professional should never be prosecuted or punished for complying with their ethical obligations.

**Keywords**

Conflicts, violence, values, commitments, code of ethics, dilemmas, secrecy, respect, responsibility.

## Introducción y generalidades

La misión esencial de la profesión médica es cuidar la salud y preservar la vida humana. Es deber del médico tratar con humanidad y respeto a todos los pacientes. El médico debe suministrar siempre los cuidados necesarios imparcialmente y sin discriminación por razón de edad, enfermedad o discapacidad, credo, origen étnico, sexo, nacionalidad, afiliación política, raza, orientación sexual, posición social o cualquier otro criterio o circunstancia. Tiene el deber ineludible de atender al enfermo y al herido, independientemente de la etiología, acción o motivación que haya originado su estado. Debe reconocer la vulnerabilidad de algunos grupos, incluidas las mujeres y los niños. En ningún caso la prestación de atención médica al herido, enfermo o necesitado debe impedirse por ninguna autoridad, o considerarse como falta, ni civil ni militar, el realizarla; al contrario, constituye un deber ético y deontológico proporcionarla siempre en las mejores condiciones posibles.

En consecuencia, el médico o profesional sanitario nunca debe ser procesado o castigado por cumplir con sus obligaciones deontológicas. Para poder llevar a cabo sus obligaciones, el médico tiene el deber de pedir insistentemente a los gobiernos, y a la autoridad militar en su caso, las infraestructuras necesarias como requisito para responder a las necesidades de los pacientes, incluidas el agua potable, alimentos adecuados y refugio.

La Organización Médica Colegial de España (OMC) está integrada y forma parte activa de la Asociación Médica Mundial (AMM) y asume sus recomendaciones si no contravienen nuestro Código de Deontología Médica (CDM), ni nuestra legislación vigente. Las declaraciones aprobadas por la Asamblea General de la OMC, una vez publicadas, son de obligado cumplimiento para todo médico colegiado y provocan los mismos efectos y obligaciones que el CDM. En consecuencia, repasaremos las recomendaciones de la AMM al respecto, las obligaciones establecidas en el CDM relativas al ejercicio del médico militar en conflictos armados o en misiones de paz en zonas de conflicto.

Los enfermos y heridos, civiles o combatientes, deben recibir la atención que necesitan. En casos de emergencia, el médico debe prestar atención urgente dentro de su capacidad y posibilidades. No se hará distinción alguna entre pacientes, salvo la que determine la necesidad clínica. El médico debe tener acceso a los pacientes, instalaciones y equipos médicos, así como la protección necesaria para ejercer libremente sus actividades profesionales. Dicho acceso debe incluir a los pacientes ingresados en centros de detención y cárceles, prestándoles la ayuda precisa, incluidos el libre paso y la independencia profesional necesaria. En el desempeño de su misión y cuando tengan el derecho legal, los médicos y los profesionales de la salud

serán identificados y protegidos por símbolos reconocidos internacionalmente, como la cruz roja, la media luna roja y el cristal rojo.

La prestación de atención médica a enfermos y heridos, civiles o combatientes, no puede ser objeto de publicidad o propaganda. Debe respetarse siempre la intimidad de los enfermos, los heridos y los muertos. Esto incluye las visitas de importantes personajes políticos y también cuando estos son heridos o enfermen.

Los médicos deben ser conscientes de que, durante los conflictos armados y otras situaciones de violencia, la atención médica es cada vez más susceptible de ser afectada por prácticas sin escrúpulos, como poner a su disposición materiales y medicamentos de mala calidad o falsificados, por lo cual tratará de tomar medidas contra dichas prácticas.

### **Valores y principios de los médicos**

La Declaración de Ginebra de 1948<sup>1</sup>, menciona dos obligaciones para el médico, plenamente vigentes en la actualidad, primero excluyendo cualquier discriminación en el trato y tratamiento de sus pacientes: «No permitiré que consideraciones de religión, nacionalidad, raza, política de partido o clase social se interpongan entre mi deber y mi paciente». Para añadir a continuación su compromiso en el valor y defensa de la vida: «Mantendré el máximo respeto hacia la vida humana desde el momento de la concepción y, aun bajo amenaza, no usaré mis conocimientos médicos en contra de las leyes humanitarias».

El ejercicio de la medicina no es —ni nunca lo ha sido— una actividad inocente, ni siquiera una actividad éticamente neutra. La hacen mujeres y hombres en favor de otros seres humanos en presencia y bajo el control del Estado y de la profesión médica. Por ello, el médico que ejerce como tal no puede dejar de tomar partido por alguna concepción del hombre, de la vida y de la muerte, de la salud y la enfermedad, de la justicia e injusticia, en la paz y en la guerra, entre otras... y esa toma de postura es una opción ética fundamental. El ejercicio de la práctica profesional sitúa al médico en un terreno de valores no alineados, e incluso contrapuestos, bien científicos, sociales, económicos, políticos, militares y éticos, de los que no puede inhibirse o desertar porque forman parte de sus compromisos y obligaciones con los pacientes. No es extraño que surjan actuaciones y polémicas en torno a una medicina más cómoda, menos comprometida, libre de valores y de convicciones antropológicas o de compromisos éticos. Especialmente servida por intereses, frecuentemente económicos y políticos, ajenos

---

<sup>1</sup> Convenios de Ginebra de 1949 y sus Protocolos adicionales de 1977, Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), Pactos Internacionales de Derechos Civiles y Políticos y de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 1966.

al principal objeto de atención de la medicina, que es el ser humano que sufre y ejercida desde una ciencia sin principios éticos. De esos principios y especialmente en lo relativo a situaciones críticas relativas a la vida y a la muerte, en caso de guerras o situaciones de extrema violencia, surge la deliberación para resolver los dilemas que presenta su aplicación en casos concretos y también la necesidad de consensuar normas de obligado cumplimiento establecidas, supervisadas y controladas por la profesión médica que conocemos como códigos de deontología médica.

El principio fundamental por el que debe actuar todo médico, por el mero hecho de serlo, es el de humanidad para prevenir, aliviar y tratar, en todas las circunstancias, el sufrimiento humano, prestando una asistencia médica imparcial y eficiente en conflictos armados y otras situaciones de emergencia, sin discriminación y teniendo presentes el Código de Deontología Médica (CDM) de la Organización Médica Colegial (OMC) y los principios de ética médica, adoptados por las instituciones profesionales nacional e internacional de salud, así como las normas del derecho internacional humanitario<sup>2,3,4</sup>.

Las graves violaciones que sufre el personal y los centros sanitarios obligaron a establecer los principios que guían la asistencia humanitaria basados en humanidad, neutralidad e imparcialidad, establecidos en el derecho internacional humanitario y en todos los códigos éticos del personal sanitario. Las organizaciones para la asistencia sanitaria de civiles y militares en conflictos armados comparten un documento en el que manifiestan y exigen el objetivo común de mejorar la seguridad de su personal y sus bienes, como así también el poder prestar una asistencia médica imparcial y

---

<sup>2</sup> Convenios de Ginebra de 1949 y sus Protocolos adicionales de 1977, Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), Pactos Internacionales de Derechos Civiles y Políticos y de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 1966; <https://www.icrc.org/es/document/los-convenios-de-ginebra-de-1949-y-sus-protocolos-adicionales>

<sup>3</sup> Regulaciones de la AMM en tiempos de conflicto armado y otras situaciones de violencia. Adoptadas por la 10.<sup>a</sup> Asamblea Médica Mundial, La Habana, Cuba, octubre 1956, Editadas por la 11.<sup>a</sup> Asamblea Médica Mundial, Estambul, Turquía, octubre 1957. Enmendadas por la 35.<sup>a</sup> Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983 y la 55.<sup>a</sup> Asamblea General de la AMM, Tokio, Japón, octubre 2004. Revisadas en su redacción por la 173.<sup>a</sup> Sesión del Consejo, Divonne-les-Bains, Francia, mayo 2006, Enmendadas por la 63.<sup>a</sup> Asamblea General de la AMM, Bangkok, Tailandia, octubre 2012. <https://www.wma.net/es/policias-post/regulaciones-de-la-amm-en-tiempos-de-conflicto-armado-y-otras-situaciones-de-violencia/>

<sup>4</sup> Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), Asociación Médica Mundial (AMM), Comité Internacional de Medicina Militar (CIMM), Consejo Internacional de Enfermería (CIE), Federación Farmacéutica Internacional (FFI). Principios éticos de la asistencia de salud en tiempo de conflicto armado y otras situaciones de emergencia. <https://www.icrc.org/es/document/principios-eticos-comunes-asistencia-salud-conflictos-otras-situaciones-violencia>

eficiente en conflictos armados y otras situaciones violentas o de emergencia, invocando el principio de humanidad, conforme al cual se ha de prevenir y aliviar, en todas las circunstancias, el sufrimiento humano. Atendiendo siempre al principio de imparcialidad, en virtud del cual la asistencia de salud se debe prestar sin discriminación de ningún tipo. Además del CDM, los médicos y todos los profesionales sanitarios deben tener presentes las normas del derecho internacional humanitario, en particular los Convenios de Ginebra de 1949 y sus Protocolos adicionales de 1977, y del derecho internacional, en particular la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), así como los Pactos Internacionales de Derechos Civiles y Políticos y de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 1966.

La Declaración de la Asociación Médica Mundial (AMM) sobre los conflictos armados, adoptada en la 68.<sup>a</sup> Asamblea General de la AMM, 2017<sup>5</sup> establece los deberes de los médicos en tiempos de conflicto armado, ya instituidos en declaraciones previas como la Declaración de la AMM sobre los «Principios éticos de la asistencia de salud en tiempos de conflicto armado y otras situaciones de emergencia»<sup>6</sup>. Es interesante recordar las consideraciones y recomendaciones que la AMM realiza en esa declaración:

- Los conflictos armados siempre deben ser el último recurso. Los médicos y las organizaciones médicas deben alertar a los gobiernos y actores no gubernamentales sobre las consecuencias humanas de la guerra.
- Los médicos deben instar a los políticos, gobiernos y otros que tienen el poder a ser más conscientes sobre las consecuencias de sus decisiones en relación con el conflicto armado.
- Los conflictos armados siempre causarán muchísimo sufrimiento humano. Los estados y otras autoridades, incluidos los actores no gubernamentales que entran en un conflicto armado, deben aceptar la responsabilidad por las consecuencias de sus acciones y estar preparados para responder por ellas, incluso ante tribunales de justicia y cortes internacionales, y recomienda que las autoridades reconozcan y cooperen para asegurar que esto suceda.
- El impacto de los conflictos armados será más importante para las mujeres y poblaciones vulnerables, incluidos los niños, jóvenes, ancianos y los más pobres de la sociedad. Los médicos deben tratar

<sup>5</sup> Declaración de la AMM sobre los conflictos armados. Adoptada en la 68.<sup>a</sup> Asamblea General de la AMM, Chicago, Estados Unidos, octubre 2017. <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-la-amm-sobre-los-conflictos-armados/>

<sup>6</sup> Declaración de la AMM sobre los Principios éticos de la asistencia de salud en tiempos de conflicto armado. 65.<sup>a</sup> Asamblea General de la AMM de Durban, Sudáfrica, octubre 2014: <https://www.wma.net/es/policias-post/principios-eticos-de-la-asistencia-de-salud-en-tiempo-de-conflicto-armado-y-otras-situaciones-de-emergencia/>

de asegurar que la asignación de los recursos de salud no tenga un impacto discriminatorio.

- Los médicos deben recordar continuamente a las personas en el poder la necesidad de proporcionar estos servicios esenciales en las zonas afectadas y perturbadas por el conflicto.
- Una vez terminado el conflicto, se debe dar prioridad a reconstruir la infraestructura esencial necesaria para tener una vida lo más saludable posible, incluidos vivienda, alcantarillado, suministro de agua potable y alimentos, seguido del restablecimiento de oportunidades de educación y trabajo.
- Exige que las partes del conflicto respeten el derecho humanitario y no utilicen los establecimientos de salud como cuarteles, ni dirijan sus ataques a instituciones, personal y vehículos de salud, respeten el derecho humanitario internacional (DHI) establecido, ni restrinjan el acceso de los heridos y pacientes a la salud, como se estipula en la Declaración de la AMM sobre la Protección del personal de salud en situaciones de violencia<sup>7</sup>.
- Los médicos deben cooperar con todo organismo o institución de ayuda, a fin de tratar de asegurar que las partes protejan la integridad de las familias y, cuando sea posible, alejar a la gente del peligro directo e inmediato.
- Los médicos deben ser conscientes de la probable prevalencia del síndrome de estrés postraumático (SEPT) y otros problemas psicológicos y psicosomáticos postconflicto, y prestar una atención y tratamiento apropiados a los combatientes y civiles.
- Los médicos, incluidos los especialistas forenses, deben ayudar a las familias a asegurarse que los esfuerzos para identificar a los desaparecidos y muertos no sean utilizados por los servicios de seguridad.

### **Código de conducta de la Asociación Médica Mundial para los médicos que trabajan en conflictos armados y otras situaciones de violencia**

Es posible que al médico de las fuerzas armadas se le presenten, tanto en tiempo de paz como en guerra o en el desarrollo de un conflicto armado, situaciones complejas y dilemas éticos que deberá resolver bajo el principio del menor daño, considerando las normas generales establecidas por la AMM<sup>8</sup>, en las que la OMC participó, asume como propias y que concretan

<sup>7</sup> Declaración de la AMM sobre la protección del personal de salud en situaciones de violencia. Adoptada por la 65.ª Asamblea General de la AMM, Durban, Sudáfrica, octubre 2014. <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-sobre-la-proteccion-del-personal-de-salud-en-situaciones-de-violencia/>

<sup>8</sup> Regulaciones de la AMM en tiempos de conflicto armado y otras situaciones de violencia. Enmendadas por la 63.ª Asamblea General de la AMM, Bangkok, Tailandia, octubre 2012. <https://www.wma.net/es/policias-post/regulaciones-de-la-amm-en-tiempos-de-conflicto-armado-y-otras-situaciones-de-violencia/>

un poco más los deberes antes mencionados. En consecuencia, se considera deontológicamente rechazables:

- Ofrecer consejo o realizar un acto médico profiláctico, diagnóstico o terapéutico que no esté justificado para la atención médica del paciente y que tenga como objetivo fines militares.
- Colaborar en ningún tipo de presión física o mental directa o indirectamente con el fin de forzar la voluntad de un ser humano. Ni tampoco debilitar su resistencia física o mental sin justificación terapéutica.
- Utilizar métodos científicos para poner en peligro la salud o destruir la vida.
- Utilizar información del personal de salud para facilitar un interrogatorio.
- Tolerar, facilitar o participar en tortura o cualquier otra forma de trato cruel, inhumano o degradante<sup>9</sup>.
- Los experimentos en seres humanos están estrictamente prohibidos sobre aquellos individuos privados de su libertad, en especial los prisioneros civiles y militares y la población de países ocupados.

Especialmente relevante para el médico militar son las normas del Código de conducta de la AMM, en cuya elaboración la Organización Médica Colegial Española colaboró y aprobó. Y así considera obligatorio que en toda circunstancia los médicos:

- No deben infringir o ayudar a infringir el derecho internacional (derecho humanitario internacional o la legislación sobre derechos humanos).
- No deben abandonar a los heridos y enfermos.
- No deben participar en hostilidades.
- Deben recordar a las autoridades su obligación de buscar a los heridos y enfermos y asegurar que tengan acceso a atención médica sin discriminación injusta.
- Deben defender y proporcionar una atención eficaz e imparcial a los heridos y enfermos (sin referencia a ninguna discriminación injusta, incluso si son enemigos).
- Hay que reconocer que la seguridad de las personas, pacientes e instituciones es un premio principal al comportamiento ético y no tomar un riesgo indebido en la descarga de sus deberes.
- Deben respetar a la persona herida o enferma, su voluntad, confianza y dignidad.
- No deben aprovechar la situación y vulnerabilidad de los heridos y enfermos para obtener ganancia financiera personal.

---

<sup>9</sup> Istanbul Protocol. Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. PROFESSIONAL TRAINING SERIES No. 8/Rev. 2.

- No deben realizar ninguna experimentación en los heridos y enfermos sin su consentimiento real y válido, y nunca si están privados de libertad.
- Deben considerar de forma especial la gran vulnerabilidad de las mujeres y niños en conflictos armados y otras situaciones de violencia y sus necesidades de salud específicas.
- Deben respetar el derecho de la familia a conocer la situación y el paradero de un familiar desaparecido, si esa persona está o no muerta, o recibe atención médica.
- Deben prestar atención médica a toda persona hecha prisionera.
- Deben defender las visitas regulares a prisiones y a los prisioneros.
- Deben denunciar y actuar, cuando sea posible, para poner fin a prácticas sanitarias sin escrúpulos, como puede ser la utilización y aplicación de materiales y medicamentos de mala calidad o falsificados.
- Deben instar a las autoridades a reconocer su obligación frente al derecho humanitario internacional y otros organismos pertinentes de derecho internacional, con respecto a la protección del personal de salud e infraestructura en conflictos armados y otras situaciones de violencia.
- Deben ser conscientes de las obligaciones legales de informar a las autoridades del brote de cualquier enfermedad o trauma.
- Deben hacer todo lo posible para evitar represalias contra los heridos y los enfermos o la atención médica.
- Existen otras situaciones en las que la atención médica podría estar comprometida. Y así y en lo posible los médicos:
  - 3 Deben negarse a obedecer una orden ilegal o contraria a la ética.
  - 3 Deben considerar cuidadosamente toda doble lealtad que pueda tener el médico y abordar este tema con colegas y cualquier autoridad.
  - 3 Como excepción a la confidencialidad profesional y conforme con la Resolución de la AMM sobre la Responsabilidad de los Médicos en la Documentación y Denuncia de Torturas o Trato Cruel, Inhumano o Degradante y el Protocolo de Estambul (6), deben denunciar la tortura, tratos crueles, inhumanos o degradante que conozcan, cuando sea posible con el consentimiento de la persona, pero también en ciertas circunstancias, sin consentimiento explícito, cuando la víctima no puede expresarse con libertad.
  - 3 Deben escuchar y respetar las opiniones de sus colegas.
  - 3 Deben reflejar y tratar de mejorar los estándares de atención apropiada a la situación.
  - 3 Deben informar a su superior apropiado el comportamiento contrario a la ética de un colega.

- 3 Deben mantener registros de salud adecuados.
- 3 Deben apoyar la sostenibilidad de la atención médica a civiles alterada por el contexto.
- 3 Deben informar a un comandante u otra autoridad apropiada si no se satisfacen las necesidades en salud.
- 3 Deben considerar cómo el personal de salud podría acortar o mitigar los efectos de la violencia en cuestión, por ejemplo, al reaccionar contra las violaciones del derecho humanitario internacional o la legislación sobre derechos humanos.

## El médico militar y el código de deontología médica

La deontología se describe en los documentos, pero donde se encuentra realmente no es en los papeles, sino en los compromisos y en la conducta personal de los médicos. La OMC cuenta con varias publicaciones, que actualiza periódicamente, en las que recoge su ideario deontológico<sup>10</sup>. La que destaca, por constituir la referencia y guía de todas las demás, es el Código de Deontología Médica (CDM)<sup>11</sup>. No hay unas normas éticas ni un CDM diferentes para el médico civil y otro para el militar. Ni tampoco uno para tiempos o misiones de paz y otro para la guerra o misiones militares en zonas de conflicto armado. Si al cumplir con su deber profesional el médico tiene un conflicto de lealtades, su primera obligación siempre será con el necesitado de atención médica, con el herido, con sus pacientes. En cualquier situación, al médico que trabaja para las fuerzas armadas le son de aplicación, como a los demás colegiados, las normas establecidas en el CDM de la OMC, no solo en cuanto al diagnóstico y tratamiento de pacientes, también en todas las demás intervenciones que realice como profesional de la medicina, como la prevención o la investigación. Lo que pueden cambiar son las circunstancias y momentos críticos para su aplicación.

Por ello debemos recordar los capítulos y articulado del CDM que con mayor probabilidad puedan afectar al médico militar en su ejercicio profesional. Cualquier médico colegiado, al serle de aplicación obligatoria, debe conocer en toda su extensión el CDM. Trataremos de revisar los contenidos de este que pueden verse afectados por situaciones dilemáticas que puede encontrar el médico militar.

Con carácter general, y como recoge el preámbulo, todo médico deberá respetar los principios esenciales de la profesión médica que se traducen en las siguientes actitudes, responsabilidades y compromisos básicos: el

---

<sup>10</sup> Disponible en: <http://www.medicosypacientes.com/articulo/la-omc-cuenta-con-siete-publicaciones-que-recogen-su-ideario-deontologico>

<sup>11</sup> Código de Deontología Médica. Guía de ética Médica. OMC. 2011. [https://www.cg-com.es/sites/main/files/files/2022-03/codigo\\_deontologia\\_medica.pdf](https://www.cg-com.es/sites/main/files/files/2022-03/codigo_deontologia_medica.pdf)

fomento del altruismo, la integridad, la honradez, la veracidad y la empatía, que son esenciales para una relación asistencial de confianza plena. La mejora continua en el ejercicio profesional y en la calidad asistencial, basadas en el conocimiento científico y la autoevaluación. El ejercicio de la autorregulación con el fin de mantener la confianza social, mediante la transparencia, la aceptación y corrección de errores y conductas inadecuadas y una correcta gestión de los conflictos.

El artículo 5, relativo a los principios generales, sintetiza las obligaciones ya comentadas y que concreta al afirmar «La profesión médica está al servicio del ser humano y de la sociedad. Respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad son los deberes primordiales del médico». Resuelve sobre la principal lealtad que se debe al paciente mediante la no discriminación y no hacer daño a sabiendas. Especial relevancia para el médico militar tiene el artículo 6 al recordar que «el médico no abandonará nunca a ningún paciente». El artículo 7.5 recuerda la obligación de denunciar ante los superiores las deficiencias, en tanto puedan afectar a la correcta atención de los pacientes. Las obligaciones relativas a los derechos de los pacientes son recogidas en el capítulo III, cuando el artículo 9 invoca el deber de respetar las convicciones de sus pacientes, así como su intimidad. El artículo 12 recuerda el derecho del paciente a decidir libremente, incluso a rechazar el tratamiento tras recibir la información adecuada y conocer los efectos de su decisión. Si el médico tuviera que atender a una persona en huelga de hambre, le informará sobre las consecuencias del rechazo a la alimentación, así como de su previsible evolución y pronóstico. Respetará la libertad de quienes decidan de forma consciente y libre realizar huelga de hambre, incluidas las personas privadas de libertad, pudiendo acogerse a la objeción de conciencia si fuese obligado a contrariar esta libertad. El artículo 13 se ocupa de las situaciones en las que los pacientes no están en disposición de tomar decisiones por encontrarse en situación de riesgo inmediato para su vida, en cuyo caso el médico, tras informar a sus superiores, tomará la decisión que considere adecuada.

No es infrecuente que el consentimiento del paciente se exprese de forma verbal, que tendrá validez siempre que se haya dejado constancia en la historia clínica. Cuando las medidas propuestas supongan para el paciente un riesgo significativo se obtendrá el consentimiento por escrito, lo que viene recogido en el artículo 16. El artículo 19 se ocupa del deber de información y registro en la historia clínica, así como la accesibilidad debida a esta.

El artículo 24 se ocupa de las limitaciones en el ejercicio médico para realizar actos médicos que correspondan y estén reservados a otros especialistas. Sin embargo, admite que otros médicos titulados puedan realizarlos bien de forma ocasional y especialmente en caso de necesidad. A ningún

médico, si posee la destreza y los conocimientos necesarios adecuados al nivel de uso que precise, se le puede impedir que los aplique en beneficio de sus pacientes. Aunque en esa circunstancia ni en ninguna otra se podrá atribuir la condición de médico especialista en esa técnica o materia si no lo fuera. En sanidad militar tiene importancia la actividad asistencial médica o quirúrgica a distancia. Una exploración ecográfica o una intervención quirúrgica puede ser supervisada y dirigida a distancia cuando no es posible trasladar al paciente y de ello pueda depender su vida. Aunque en el próximo CDM, actualmente en periodo de aprobación, tiene una renovación profunda el artículo 26.4 actual que recoge: «es éticamente aceptable, en caso de una segunda opinión y de revisiones médicas, el uso del correo electrónico u otros medios de comunicación no presencial y de la telemedicina, siempre que sea clara la identificación mutua y se asegure la intimidad». Recordando en el artículo 26.6 que «las reglas de confidencialidad, seguridad y secreto se aplicarán a la telemedicina en la forma establecida en este CDM».

Especial relevancia tiene para el médico la disposición final 2 del CDM, al establecer que «el médico que actuará amparado por las Leyes del Estado no podrá ser sancionado deontológicamente».

### **Respuesta deontológica ante situaciones dilemáticas para el médico militar. El médico debe dar a conocer a sus superiores sus límites deontológicos**

Los gobiernos, las fuerzas armadas y otras personas en cargos de responsabilidad, deben cumplir con los Convenios de Ginebra, a fin de asegurar que los médicos y otros profesionales de la salud puedan prestar atención a todo ser humano que la necesite en situaciones de conflicto armado u otras situaciones de violencia. Esta obligación incluye el requisito de proteger al personal de salud y las instalaciones sanitarias. Los privilegios y las atribuciones conferidas al médico y otros profesionales de la salud en tiempos de conflicto armado y otras situaciones de violencia, deben servir únicamente para los objetivos de la atención médica y, en consecuencia, no pueden ser utilizados con otros fines. Cuando si por esta razón u otras, el médico militar pueda verse forzado a contravenir las obligaciones deontológicas, deberá comunicarlo lo antes posible a sus superiores. Le sería de aplicación por similitud lo establecido en el artículo 33.3 del CDM relativo a la objeción de conciencia: el médico debe comunicar al responsable de garantizar la prestación y, potestativamente, al Colegio de Médicos su condición de objetor de conciencia.

### **Libertad de prescripción**

El médico debe disponer de libertad de prescripción (artículo 23) pero también debe procurar la mayor eficacia de su trabajo y el rendimiento óptimo de los medios que la sociedad pone a su disposición (artículo 7.4).

La libertad de prescripción no es un bien absoluto al que no se le reconocen barreras ni límites. En la medicina actual, libertad, responsabilidad y competencia están estrechamente imbricadas y son inseparables de las cuestiones científicas, sociolaborales y económicas que son ineludibles en la toma de decisiones. La libertad de prescripción implica también tener en cuenta los aspectos económicos de las decisiones médicas e introducir el sentido económico en la misma, tras decidir la mejor respuesta ante la necesidad del paciente. En consecuencia, es un deber deontológico tomar decisiones y prescribir con responsabilidad y moderación.

Son acertadas y necesarias las medidas de selección de medicamentos que puedan realizar las distintas administraciones sanitarias (civiles o militares), entendiendo que los medicamentos que se puedan intercambiar o sustituir tienen similar eficacia, seguridad y calidad entre sí. Este tipo de iniciativas no deterioran la calidad de la asistencia, muy al contrario, van a generar, mediante la optimización del gasto farmacéutico, un ahorro económico que permitirá atender otras necesidades asistenciales. En base a los criterios deontológicos que establece el artículo 23 tal actuación no supone vulneración alguna de la libertad de prescripción del médico y mucho menos un riesgo para la seguridad de los pacientes.

### **El deber de secreto del médico militar**

Como recoge el Manual de Ética y Deontología de la OMC<sup>12</sup>, el sentir ético del médico con respecto al secreto debe ser tal que se le considera como una cualidad inherente a la profesión médica y «uno de los pilares en los que se fundamenta la relación médico-paciente», tal y como indica el artículo 27.1 del CDM. El secreto médico constituye un deber del profesional y un derecho del paciente. Contemplado en el capítulo V del CDM el secreto tiene una especial relevancia, debiendo tenerse siempre presente, así como las excepciones al mismo. Lo recuerda el artículo 27.1 cuando afirma que el secreto médico es uno de los pilares en los que se fundamenta la relación médico-paciente, basada en la mutua confianza, cualquiera que sea la modalidad de su ejercicio profesional. El artículo 27.2 define y aclara: «el secreto comporta para el médico la obligación de mantener la reserva y la confidencialidad de todo aquello que el paciente le haya revelado y confiado, lo que haya visto y deducido como consecuencia de su trabajo y tenga relación con la salud y la intimidad del paciente, incluyendo el contenido de la historia clínica». Recordando en el artículo 27.3 que el hecho de ser médico no autoriza a conocer información confidencial de un paciente con el que no se tenga relación profesional. Infringir este mandato no solo constituye una falta deontológica, también un delito tipificado en el Código

<sup>12</sup> Manual de Ética y Deontología Médica. (2011). Organización Médica Colegial.

Penal<sup>13</sup>. Sin embargo, en conflicto armado u otras situaciones de violencia, pero también en tiempos de paz, pueden darse circunstancias en las que el paciente representa un serio riesgo para otras personas o para la comunidad y el médico tendrá que considerar su obligación con el paciente y con otras personas amenazadas.

Cuando consideramos la intimidad (de interior *intimus*) de cualquier persona, nos referimos a lo privado, a lo que probablemente no conozca más que ella o sus personas más cercanas, a su vida privada, pensamientos, sentimientos, deseos, ideologías, creencias religiosas o cuestiones referidas a relaciones íntimas. Por eso vulnerar la intimidad es vulnerar la dignidad humana. Pero no respetar la intimidad de una persona a la que se ha accedido en el ejercicio de la medicina, especialmente cuando la persona está herida, enferma o privada de libertad, tiene un plus de responsabilidad deontológica, por lo que supone de desprecio a su autonomía y libertad personal.

Entendemos por confidencialidad la actitud de respeto, de silencio, de secreto por parte del médico que accede en la intimidad del acto médico, a la esencia del dato íntimo o privado de ciertos aspectos de la vida de una persona; y estará en relación con el grado de privacidad o de intimidad que tenga o se le dé al hecho o al dato. Hay cuestiones íntimas que pueden ser accesibles al médico sin la manifestación expresa del paciente. La confidencialidad es inherente a la relación entre médico y paciente y forma parte del compromiso médico y, por tanto, su obligatoriedad es independiente, no precisando advertencia alguna por parte del afectado. El artículo 27.5 del CDM establece que el médico no puede colaborar en ninguna base de datos sanitarios si no está garantizada la preservación de la confidencialidad de la información depositada en la misma. Lo que se extiende a toda actividad similar que utilice la información depositada en la historia clínica. El artículo 27.6 establece que el médico podrá cooperar en estudios epidemiológicos, económicos, de gestión, etc., con la condición expresa de que la información en ellos utilizada no permita identificar, ni directa ni indirectamente, a ningún paciente. Reforzando la importancia y obligatoriedad de la confidencialidad, el artículo 27.7 obliga al médico a preservar en su ámbito social, laboral y familiar, la confidencialidad de los pacientes.

El artículo 28 del CDM está dedicado a velar por los cuidados que el médico debe prestar a los condicionantes que pueden alterar el deber de secreto. El artículo 28.5 exige además que la muerte del paciente no exime al médico del deber de secreto profesional. Como recuerda el 28.1, esa responsabilidad afecta en primer lugar al director médico de un centro o ser-

---

<sup>13</sup> Título X: delitos contra la intimidad, el derecho a la propia imagen y la inviolabilidad del domicilio. Capítulo I del descubrimiento y revelación de secretos, artículo 197 del Código Penal. <https://codigopenalespanol.com/codigo-penal-articulo-197/>

vicio sanitario que atiende al paciente. El 28.2 prohíbe expresamente que en la presentación pública de casos figure cualquier dato o información que facilite la identificación del paciente. El 28.3 establece que para la presentación de casos con imágenes y con carácter docente o científico se debe contar la autorización explícita para ello o conservar el anonimato.

En la actualidad, la medicina se ejerce en equipos multidisciplinarios y en consecuencia es necesario compartir la información, incluso con otros profesionales no médicos. En estas circunstancias los datos se van registrando en la historia clínica del sistema de información por diferentes profesionales sanitarios y no sanitarios, de forma incluso mecánica. Al tener acceso todos a la información de la historia clínica están sujetos al secreto. Aparece un concepto muy importante a la hora de establecer obligaciones, deberes y responsabilidades, el secreto médico compartido y el secreto médico derivado, como consecuencia (14) de la asistencia ejercida por un equipo, que como tal pueda llegar con más garantías a un diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Tanto los diversos médicos especialistas, como el personal de enfermería, laboratorio, farmacia, fisioterapia, terapeutas ocupacionales, auxiliares, estudiantes de medicina o enfermería, etc., tienen inexcusablemente el citado deber de secreto médico compartido.

Hablamos de deber de secreto médico derivado a otros profesionales cuando el acceso a la información es consecuencia de su dedicación a la gestión, administración. En estas situaciones la conducta que debe tener el médico está prevista en el artículo 29 del CDM, «el médico debe exigir a sus colaboradores sanitarios y no sanitarios absoluta discreción y observancia escrupulosa del secreto profesional». Siendo deber y responsabilidad del médico, en el ejercicio de la medicina en equipo, el preservar la confidencialidad del total de los datos conocidos del paciente (artículo 29.2). El artículo 29.3 exige del médico una justificación razonable para comunicar a otro médico información confidencial de sus pacientes. Ningún médico, por el hecho de serlo, puede acceder o conocer la información confidencial de un paciente si no tiene relación profesional con él.

El artículo 30 del CDM está dedicado a las excepciones del deber de secreto. Aunque, según establece el artículo 30.1, el secreto profesional debe ser la regla, el médico podrá revelar el secreto exclusivamente y en sus justos límites, en las enfermedades de declaración obligatoria, certificaciones de nacimiento y defunción, cuando su silencio diera lugar a un perjuicio al propio paciente o a otras personas, a un peligro colectivo, o cuando se vea injustamente perjudicado por mantener el secreto del paciente y este permita tal situación, en caso de malos tratos, especialmente a niños, ancianos y discapacitados psíquicos o actos de agresión sexual, o cuando sea llamado por el Colegio de Médicos a testificar en materia disciplinaria.

Por imperativo legal se exime al médico del deber de secreto en el parte de lesiones, que todo médico viene obligado a enviar al juez cuando asiste a un lesionado. O cuando el médico actúa como perito, inspector, médico forense, juez instructor o similar. O bien cuando en un proceso judicial por presunto delito, que precise de la aportación del historial médico del paciente, el médico dará a conocer al juez que éticamente está obligado a guardar el secreto profesional y procurará aportar exclusivamente los datos necesarios y ajustados al caso concreto. En cualquier caso, el deber ético de la discreción de cualquier actuación profesional siempre está vigente. Y así, los datos que no sean relevantes para la causa, o que pertenezcan a procesos asistenciales distintos del que se enjuicia, o porque específicamente no se soliciten, deben ser protegidos.

Como menciona el Manual de Ética y Deontología Médica (11) una finalidad particular de la historia clínica es la judicial (civil o militar), cuando, por ejemplo, hay una denuncia o demanda por presunta mala praxis, la historia se convierte en prueba, siendo el mejor medio para conocer la actuación del profesional o profesionales denunciados. En este supuesto, es el propio paciente el interesado en que todos estos datos se conozcan; por ello releva al médico del deber de secreto y se permite la publicidad de datos, habitualmente protegidos.

### **Criterios de priorización en la asistencia**

Todo hombre es valioso en sí mismo, independientemente de cualquier otra consideración. El médico militar tratará igual a los heridos de guerra, civiles o militares, y no en función del bando o el ideario al que pertenezcan. Solo otorgará la prioridad debida a cada momento, circunstancias y situación de cada paciente. Ante la obligación inexcusable de priorizar en determinadas situaciones el médico debe considerar el deber de justicia que apela a una respuesta equilibrada, proporcional y equitativa entre lo que debe y lo que puede hacer. El principio bioético de justicia aplicado exige priorizar las intervenciones en los grupos poblacionales que mejor lo vayan a rentabilizar. Es inaceptable la aplicación a priori de exclusión alguna por motivos diferentes como la edad, la raza, el sexo o el bando al que pertenezca un herido. En cualquier caso, una vez decidida la respuesta posible, nunca abandonará a su suerte a ningún paciente que necesite sus cuidados, ni siquiera en situaciones de catástrofe o epidemia, salvo que fuese obligado a hacerlo por la autoridad competente o exista un riesgo vital inminente e inevitable para su persona (artículo 6.2). El artículo 36.1 relativo al final de la vida aclara: «el médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. Cuando ya no lo sea, permanece la obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir su bienestar, aun cuando de ello pudiera derivarse un acortamiento de la vida».

No existe un articulado específico en el CDM que sería necesario realizar. La Comisión Central de Deontología a la luz del CDM, realizó un informe en relación con la priorización de las decisiones sobre los enfermos en estado crítico en una catástrofe sanitaria<sup>14</sup> donde proponía considerar que:

El criterio fundamental debe estar basado en las probabilidades de supervivencia de cada paciente. No pueden ser criterios de priorización ni el orden de petición de asistencia, ni el de llegada a los servicios de urgencias hospitalarias, ni solo la edad de los pacientes.

Se debe extremar la prudencia si existe una dificultad de aplicación uniforme cuando son las situaciones y recursos de los diferentes dispositivos asistenciales los que son diferentes.

No en todas las situaciones clínicas o muy avanzadas y con carácter irreversible se debe proceder al ingreso hospitalario. Establecer expectativas de vida a corto plazo es aceptable incluso para no caer en la obstinación terapéutica. Pero establecer límites a medio plazo, como el criterio cronológico, constituye una decisión muy arriesgada que se debe realizar con carácter excepcional y utilizando los instrumentos valorativos al uso, y en ningún caso la exclusiva impresión clínica.

La toma de decisiones de tanta relevancia debe ser individual y personal, porque, aunque los procesos puedan coincidir, cada paciente puede ser distinto. El conocimiento científico es imprescindible, pero no basta para ayudar a los pacientes a curarse o a convivir con sus enfermedades lo mejor posible.

El médico no abandonará a ningún paciente que necesite sus cuidados, ni siquiera en situaciones de catástrofe o epidemia, salvo que fuese obligado a hacerlo por la autoridad competente o exista un riesgo vital inminente e inevitable para su persona (CDM art. 6.2).

### **El médico militar como perito**

La regulación deontológica del peritaje médico viene recogida en el artículo 62 del CDM, que destaca en el 62.1 como obligación el deber de acudir a la llamada de los jueces y tribunales y de auxiliar a las administraciones en aquellos asuntos que, siendo de su competencia, redunden en el bien común. Lo que en ningún caso, según el artículo 62.2, puede suponer menoscabo de los derechos del paciente salvo en las únicas excepciones detalladas en este mismo CDM.

---

<sup>14</sup> Comisión Central de Deontología. (Marzo 2020). Priorización de las decisiones sobre los enfermos en estado crítico en una catástrofe sanitaria. Consejo General de Colegios Médicos de España. <https://www.cgcom.es/notas-de-prensa/informe-de-la-comision-central-de-deontologia-en-relacion-la-priorizacion-de-las>

Recuerda el artículo 62.4 que el médico no debe aceptar una pericia médica para la que no tiene capacitación profesional o si no está dispuesto a defenderla en el juicio oral. Si fuese obligado a ello, estará legitimado para acogerse a la objeción de ciencia. Importante tener presente el artículo 62.5 al establecer que «el cargo de perito es incompatible con haber intervenido como médico asistencial de la persona peritada».

Si el peritaje exigiera de reconocimiento médico de la persona peritada, el médico deberá comunicar al paciente su identificación, misión y nombramiento e informarle de todo y de que sus manifestaciones pueden ser plasmadas en el informe que tiene que realizar y hacerse públicas. Si el paciente se negara a ser examinado, el perito se limitará a ponerlo en conocimiento del mandante (artículo 64.6). El 64.7 exige que, teniendo en cuenta las circunstancias del peritado, las normas deontológicas que regulan la exploración de cualquier paciente para preservar su intimidad y pudor serán del máximo rigor, ya que el peritado, por su situación procesal, se encuentra en situación de inferioridad frente al perito. El 64.9 recuerda que, si en el curso de su actuación el médico perito descubriera algún hecho o circunstancia que conlleve un riesgo importante para la vida o salud del paciente o de terceros, deberá comunicarlo en primer lugar al interesado, y eventualmente a la autoridad que corresponda.

### **Los sistemas de información sanitaria**

En la próxima versión del Código de Deontología Médica de inmediata aparición, tendrá una destacada presencia el capítulo dedicado a las tecnologías de la información y de la comunicación, la inteligencia artificial y bases de datos sanitarias y cuyos contenidos ya han sido aprobados en el seno de la Asamblea General. Establecerán que durante la práctica médica, empleando tecnologías de la información y comunicación, los principios éticos de la profesión médica deben ser salvaguardados de modo idéntico a cuando la práctica médica no utiliza estos sistemas.

En el uso de los sistemas de telecomunicación (telemedicina, Internet —redes sociales—, redes informáticas, telefonía móvil y otros medios telemáticos), regirán los mismos preceptos deontológicos establecidos, que regulan la relación médico-paciente, la defensa de los derechos y la seguridad del paciente, así como el respeto a los profesionales sanitarios. El médico, al hacer uso de los sistemas de comunicación, deberá ser consciente de la trascendencia de los actos y de los daños directos e indirectos que puede generar, por los que habrá de responder, deontológica y legalmente.

Cuando el médico que utilice Internet u otros sistemas telemáticos —especialmente redes sociales y aplicaciones de mensajería telefónica— con fines asistenciales o docentes, deberá extremar las medidas destinadas

a asegurar la confidencialidad, secreto y seguridad del paciente, poniendo especial atención en la configuración de privacidad de dichos medios. Cuando sea preciso almacenar información sanitaria en ordenadores portátiles o cualquier dispositivo externo de almacenamiento de datos, deberá extremar las medidas de seguridad: encriptación o cifrado de archivos o medidas de naturaleza análoga.

El desarrollo, gestión y utilización de resultados de grandes bases de datos sanitarias deberá regirse por los valores y principios deontológicos de la profesión médica que se sustentan en: no identificación/identificabilidad de las personas, la privacidad de estas, con acceso controlado y transparencia. Identificación de la entidad gestora de la base de datos, cuya reputación debe estar basada en la confianza, honestidad, transparencia, etc. de la gestión de la base de datos. Será siempre contrario a la deontología médica colaborar en procesos y procedimientos que atenten contra la dignidad humana y la igualdad en el acceso. La manipulación intencionada de datos o resultados obtenidos de grandes bases de datos sanitarias constituye una falta a los deberes éticos con la que nunca el médico debe colaborar.

### **La investigación: los prisioneros como objeto de estudio**

Ya en 1956, en sus Reglas para tiempo de Conflicto Armado (4), la AMM incorpora por primera vez material de Nuremberg a una de sus declaraciones. En su párrafo 3, dice: «La experimentación sobre el ser humano está sometida en tiempo de guerra a las mismas reglas que en tiempo de paz; queda formalmente prohibido experimentar sobre las personas que no disponen de plena libertad, en concreto, sobre presos civiles o militares y sobre las poblaciones de los países ocupados».

En el caso de la investigación con civiles en países ocupados o en los que se realizan misiones de paz, es preciso tener en cuenta las normas internacionales mencionadas en la Declaración de Helsinki actualizada<sup>15</sup> y los límites deontológicos de la investigación médica sobre el ser humano, tratados en el capítulo XIV del CDM. Especial importancia tiene el artículo 59.1

---

<sup>15</sup> Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Adoptada por la 18.ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 29.ª Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre 1975, 35.ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983, 41.ª Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre 1989, 48.ª Asamblea General Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996, 52.ª Asamblea General, Edimburgo, Escocia, octubre 2000, Nota de clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Washington 2002, Nota de clarificación, agregada por la Asamblea General de la AMM, Tokio 2004, 59.ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008, 64.ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013. <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>.

cuando nos recuerda: «La investigación con seres humanos debe realizarse cuando el avance científico no sea posible por otros medios alternativos de eficacia comparable o en aquellas fases de la investigación en las que sea imprescindible. Es responsabilidad del médico investigador adoptar todas las precauciones posibles para preservar la integridad física y psíquica de los sujetos de investigación. Debe tener especial cuidado en la protección de los individuos pertenecientes a colectivos vulnerables». El bien del ser humano que participe en una investigación biomédica debe prevalecer sobre los intereses de la sociedad y de la ciencia (artículo 59.2). Se deberá obtener siempre su consentimiento explícito tras la información completa de la investigación a realizar, incluidos riesgos e incomodidades. Debe ser informado de su derecho a no participar o a retirarse libremente en cualquier momento de la investigación, sin resultar perjudicado por ello (artículo 59.3). Quedan excluidos todos los detenidos civiles o militares al no disponer de libertad.

Es el artículo 60 del CDM dentro del capítulo XV dedicado a tortura y vejación de la persona, el encargado de establecer que «el médico jamás debe participar, secundar o admitir actos de tortura o de malos tratos, cualesquiera que sean los argumentos invocados para ello». Está obligado, por el contrario, a denunciarlos a la autoridad competente. Para, a continuación, añadir en el 60.2 que «el médico no participará en ninguna actividad que signifique una manipulación de la mente o de la conciencia».

### **La objeción de conciencia del médico militar**

Ante leyes y órdenes intrínsecamente injustas nunca es lícito someterse a ellas. El derecho a la objeción de conciencia es un derecho que siempre hay que ejercerlo, debido a la singularidad y gravedad de los valores que están en juego. La objeción de conciencia solo es tal si detrás existe un estricto e insuperable motivo moral que, como hemos adelantado, el médico debe comunicar a sus superiores como límite deontológico.

La objeción de conciencia del médico viene recogida en el capítulo VI en cuyo artículo 32.1 establece como objeción de conciencia «la negativa del médico a someterse, por convicciones éticas, morales o religiosas, a una conducta que se le exige, ya sea jurídicamente, por mandato de la autoridad (civil o militar) o por una resolución administrativa, de tal forma que realizarla violenta seriamente su conciencia». El artículo 33.1 reafirma que la objeción de conciencia ha de operar siempre con un sentido moral, por lo que se deben rechazar, como actos de verdadera objeción, aquellos que obedezcan a criterios de conveniencia u oportunismo.

Las formas falsas de objeción de conciencia constituyen un engaño y déficit deontológico grave que están contribuyendo a crear una desconfianza social hacia ella. Como consecuencia, la objeción de conciencia en vez de considerarse un progreso social de tolerancia y respeto de las libertades

individuales, reconociendo la identidad moral en sociedades de principios y valores heterogéneos que deben convivir en paz, puede desprestigiarse como valor y considerarse un abuso y una agresión a los no objetores que provocaría su limitación. En cualquier caso, y a la luz de lo establecido por el artículo 33.3, el médico militar debe comunicar a sus superiores su condición de objetor de conciencia en las circunstancias que lo requieran. El artículo 35 establece que de la objeción de conciencia no se puede derivar ningún tipo de perjuicios o ventajas para el médico que la invoca.

### **El respeto. El respeto al cadáver**

Como dijo Gonzalo Herranz<sup>16</sup>, no nos referimos al respeto cortés que el médico debe a sus pacientes. Ni al respeto obligado al secreto, a la intimidad y confidencialidad de los datos ya comentado. Ni a respetar el pudor del paciente en la exploración física, o la hora de la consulta o el respeto a las preguntas del paciente con la obligación de responder educadamente a las mismas. Hablamos del respeto que nos lleva a admitir y actuar teniendo en cuenta que todos los seres humanos son algo valioso en sí mismo, tienen valor propio, que existen y deciden por derecho, independientemente de nosotros, del que los observa, en cualquier caso. Con el respeto el médico reconoce el valor único e insustituible de la vida humana, no solo considera a todos iguales, sino que además, está comprometido con todos sus pacientes por igual, respetando sus decisiones. Todos los seres humanos son igual de valiosos en sí mismos. Como afirma el profesor Herranz, «el respeto capacita e inyecta entusiasmo al médico para responder al valor máximo de cada vida humana, con la curación, la preservación y la rehabilitación de sus pacientes, alivio paliativo y del consuelo». Le corresponde también la protección de los valores personales del hombre debilitado o incapacitado por la enfermedad. Ese entusiasmo le permitirá defender y exigir el respeto a las decisiones del paciente e independientemente del nivel de conformidad personal del médico con ellas, siempre y cuando las mismas estén amparadas por la ley y no contravengan la buena praxis médica.

El respeto no es solo sensibilidad y sentir por el otro, por un ser humano con identidad y deseos propios. Es sobre todo respuesta, actuando y decidiendo con respeto al ser humano, que tiene derecho y capacidad para decidir sobre lo que afecta a su salud y vida. El médico debe tener siempre presente y responder a los valores y deseos objetivos del paciente. Actuando sin impedirlos, respondiendo proporcionalmente hasta donde los principios y valores propios lo permitan. Decía el profesor Herranz, no es una respuesta servil, sino razonable, proporcional, hasta donde nos permita nuestra conciencia. El respeto médico es un respeto a todo ser humano, pero

---

<sup>16</sup> Herranz Gonzalo. (3 octubre 1985). El respeto, actitud ética fundamental en la medicina. Lección inaugural del curso 1985–86 en la Universidad de Navarra. Pamplona.

especialmente al que sufre, al necesitado, al ser humano debilitado, disminuido, incapaz por la razón que fuere y especialmente una vez fallecido. El cadáver merece el respeto de lo que en vida había manifestado el paciente.

El extremo contrario al respeto es el trato inhumano o degradante del cadáver, constituyendo para el que lo realiza, sea civil o militar, una extraordinaria degeneración moral. El respeto al cadáver, es un principio general aplicable a los ciudadanos, la morgue, la práctica clínica, el laboratorio... que cuenta con explícitas referencias legales, éticas y deontológicas y, además, con el reconocimiento de la dignidad de la persona muerta, que obliga a prácticas específicas de respeto hacia el cadáver y sus componentes histopatológicos. El cadáver no solo se constituye en una fuente de órganos o tejidos para trasplante, o para aprendizaje de relaciones y variantes anatómicas, es también parte de un modelo de relaciones basadas en el respeto y el reconocimiento hacia otros pacientes, sus familias, personas vulnerables, vivas o muertas, de respeto en suma a la humanidad de la que formamos parte. El cadáver mantiene parte de los atributos, deseos y voluntades del ser humano al que perteneció. No es posible respetar a los vivos si no se respeta a los muertos. El respeto es un poderoso inhibidor de la manipulación interesada y oportunista, o de la falsificación de los datos de valor, de la apropiación interesada de la persona fallecida.

El respeto al ser humano que ha fallecido no puede depender de situaciones coyunturales. El individualismo exagerado en nuestra sociedad parece manifestarse cada día con más fuerza, especialmente en ciertos sectores económicos, sociales y sanitarios. Preocupan solo los intereses propios, donde cada norma tiene valor en tanto en cuanto responda con inmediatez y utilidad personal. En medicina, los médicos y los que la gobiernan pueden tomar respuestas proporcionales o similares a las descritas, lo cual puede llevar a una total objetivación del cadáver humano<sup>17</sup>, de forma que el cadáver se convierta en un objeto de interés, cuyas piezas sean consideradas productos útiles para estudiar, investigar o reponer. El valor del objetivo no podrá justificar el trato indebido al ser humano fallecido ni a su cadáver.

Nuestro Código Penal también lo recoge en el artículo 526: «el que, faltando al respeto debido a la memoria de los muertos, violare los sepulcros o sepulcros, profanare un cadáver o sus cenizas o, con ánimo de ultraje, destruyere, alterare o dañare las urnas funerarias, panteones, lápidas o nichos será castigado con la pena de prisión de tres a cinco meses o multa de seis a 10 meses».

El artículo 28.5 del CDM establece que «la muerte del paciente no exime al médico del deber de secreto profesional». Solo se respeta lo que es digno

---

<sup>17</sup> Guzmán Lozano, J. A. Aspectos bioéticos y jurídicos del manejo del cadáver. Un análisis del estatus mortem y su consonancia ética en la praxis (uca.edu.ar).

de ser respetado. El cadáver merece respeto porque posee la dignidad del ser humano<sup>18</sup>. Del concepto de dignidad después de la muerte de la persona derivan derechos y obligaciones con su cadáver y con sus órganos y tejidos, que incluyen el respeto a sus voluntades expresadas, verbalmente o por escrito, conforme a sus creencias. Es especialmente importante esta consideración en países y territorios de creencias y culturas diferentes a aquellas de las fuerzas de ocupación en conflictos armados o en misiones de paz. El respeto es la respuesta al reconocimiento de la dignidad que merece todo individuo, debido a su mera condición humana y con él la dignidad de su cadáver, independientemente de cualquier característica o aptitud particular que pudiera poseer. La dignidad de la persona sobrevive a su muerte y mantiene derechos y significados. En el caso de los médicos el CDM es extraordinariamente exigente.

El cadáver tiene derechos que corresponden a la dignidad de la persona y que no caducan al fallecer, pudiendo ser reivindicados y exigidos por sus familiares. Cualquier lesión moral o física provocada a un cadáver puede y debe ser reivindicada por su familia, que representa legítimamente al difunto. Y así, podemos describir derechos del cadáver que no prescriben y que serán ejercidos por sus familiares, como por ejemplo el derecho a: la integridad física, a disponer del cadáver o de sus restos, el respeto a su voluntad expresada verbalmente o por escrito, y, la memoria del difunto que incluye el derecho a su honor, imagen, identidad e intimidad.

En el caso de los médicos militares tiene especial relevancia el respeto al prisionero, a las comunidades intervenidas, al herido, y a los cadáveres en general, independientemente del bando armado al que pertenecieran. Para ninguno de ellos se admite excepción alguna del comportamiento médico y del respeto debido a los derechos antes expresados, bien sea en tiempo de paz o de guerra, en conflictos armados internacionales o locales. El respeto al cadáver se manifiesta por la conservación y protección de los restos humanos en su integridad y por las honras fúnebres que correspondan a sus creencias. Hay que considerar que todo acto realizado sobre el cadáver debe haber sido consentido por su titular en vida, o manifestado en documento de voluntades o ante testigos. De tal manera que ningún propósito científico, trasplante de órganos o de otro tipo estará por encima del respeto a la dignidad del fallecido y de la capacidad de sus familiares legítimos de disponer de sus propios restos.

En la base de datos del CICR<sup>19</sup> sobre derecho internacional consuetudinario (DIH) en la norma 113, volumen II, capítulo 35, sección B, sobre el «Trato debido a las personas fallecidas» consta: «Las partes en conflicto tomarán

---

<sup>18</sup> Julián Pinto B., et al. (2018). *Necroética: el cuerpo muerto y su dignidad póstuma*. *REPORT MED CIR*. 27(1):55-64. [Reflexion-Necroetica-cuerpo-muerto.pdf \(fucsalud.edu.co\)](https://www.fucsalud.edu.co/reflexion-necroetica-cuerpo-muerto.pdf)

<sup>19</sup> DIH consuetudinario - Norma 113. *Trato debido a las personas fallecidas* (icrc.org)

todas las medidas posibles para evitar que los muertos sean despojados. Está prohibido mutilar los cadáveres». Esto es aplicable tanto en los conflictos armados internacionales como en los no internacionales. En conflictos armados internacionales, no es nueva esta decisión de respeto al cadáver, consensuada a nivel internacional por primera vez en 1907 durante la Convención de La Haya<sup>20</sup> e incorporada después a los Convenios de Ginebra I, II y IV<sup>21</sup>, e igualmente en el Protocolo Adicional de 1977<sup>22</sup>. Muchos países, incluida España, incorporaron a su legislación militar medidas para que el cadáver fuera respetado y evitar que los muertos fueran despojados o robaran sus pertenencias.

Mención aparte merece la mutilación y malos tratos del cadáver en los conflictos armados, que es considerada un atentado contra la dignidad de la persona, contemplado en el Estatuto de la Corte Penal Internacional, aplicable también a las personas fallecidas (comentario de la norma 90)<sup>23</sup>. Esta prohibición y consideración de delito, la concretaron en sus manuales militares muchos países y varias declaraciones oficiales, especialmente después de los horrores de la II Guerra Mundial. La obligación de tomar todas las medidas posibles para evitar que los muertos sean despojados en los conflictos armados no internacionales se establece en el Protocolo Adicional II.

### **Propuesta de supuestos casos breves para la deliberación**

- Un paciente prisionero acaba de fallecer en un hospital de campaña. Los médicos militares menos expertos intentan realizar intubaciones orotraqueales o técnicas invasivas de imagen para probar y mejorar sus capacidades.
- Un grupo de militares se toman fotos al lado de los cuerpos de muertos en combate, que están dispuestos para ser introducidos en sus ataúdes, y suben la imagen a redes sociales.
- Un médico militar patólogo ha construido a lo largo de los años su propia colección de piezas anatómicas para ser usada con fines de enseñanza.

<sup>20</sup> Convención de La Haya (X) (1907), art. 16 (ibíd., párr. 125).

<sup>21</sup> I Convenio de Ginebra (1949), art. 15, primer párrafo (ibíd., párr. 126); II Convenio de Ginebra (1949), art. 18, primer párrafo (ibíd., párr. 127); IV Convenio de Ginebra (1949), art. 16, segundo párrafo (ibíd., párr. 128).

<sup>22</sup> Protocolo Adicional I (1977), art. 34, párr. 1 (aprobado por consenso) (ibíd., párr. 59).

<sup>23</sup> Elementos de los crímenes de la CPI (2000), definición de cometer atentados contra la dignidad personal como crimen de guerra (Estatuto de la CPI, nota a pie de página 49 relativa al art. 8, párr. 2, apdo. b), inciso xxi)).

## Capítulo 3

### TOMA DE DECISIONES EN ÉTICA

*Diego Gracia Guillén*

#### **Resumen**

La experiencia del «deber» es universal en la especie humana. La ética tiene por objeto el análisis de esta experiencia y la puesta a punto de procedimientos para que las decisiones de deber que se tomen sean correctas. Para ello es necesario comenzar haciendo un análisis detallado de los «hechos» propios de cada caso, identificando después los «valores» involucrados en la decisión a tomar y buscando, en tercer lugar, los distintos cursos de acción posibles. El «deber» se identifica siempre con el curso de acción óptimo, que es aquel que promueve más o lesiona menos los valores en juego. El procedimiento para hacer esto correctamente se llama «deliberación» y su término es la «prudencia». Tal es el objetivo de una adecuada educación moral.

#### **Palabras clave**

Ética, deliberación, prudencia, excelencia, formación ética de los médicos militares.

## **DECISION MAKING IN ETHICS**

### **Abstract**

The experience of «duty» is universal in the human beings. The purpose of ethics is the analysis of this experience and the development of procedures in order to assure that our duty decisions are correct. To do this, it is necessary to start by making a detailed analysis of the «facts» of the case, then identifying the «values» involved in the decision to be taken and, thirdly, looking for the different possible courses of action. Our «duty» coincide always with the optimal course of action, which is the one that promotes the most or harms the least the values at stake. The procedure to do this correctly is called «deliberation» and its term is «prudence». Such is the goal of an adequate moral education.

### **Keywords**

Ethics, deliberation, prudence, excellence, ethical training of military physicians.

## Introducción

Los actos humanos son actos proyectados. Proyectamos ir a ver a un amigo, dar un paseo, estudiar, etc. Cuando un acto humano no está proyectado, cuando es meramente automático, o tiene lugar sin que nosotros hayamos podido preverlo (por ejemplo, un terremoto, un suceso imprevisto, etc.), no seremos responsables de él, ni por tanto el acto puede considerarse moral. Actos morales son solo los actos proyectados. Y en el proyecto hay siempre un momento moral. Es aquel en que nos preguntamos si eso que estamos proyectando «debe» o no llevarse a cabo. Este es el punto específico de la ética, la pregunta por el deber, por lo que debemos o no debemos hacer.

Y como el ser humano necesita estar continuamente proyectando actos y tomando decisiones, la cuestión del deber es uno de los ingredientes fundamentales de la vida humana. No se dará en el niño de pocos años, ni tampoco en la persona que padezca una grave demencia. Pero en cuanto se llega a un cierto grado de madurez mental, inmediatamente y de modo natural surge en todos los seres humanos la experiencia del deber, de tal modo que comenzamos a cuestionarnos a nosotros mismos lo que debemos o no debemos hacer, o lo que hicimos pero no deberíamos haber hecho, etc. Analizar este fenómeno y educar en la toma de decisiones correctas en el ámbito del deber es el tema de la ética. Su objetivo es responder a la pregunta por lo que debe o no debe hacerse, o lo que es lo mismo, por las decisiones que debemos tomar en cada momento.

## Hechos y valores

El que algo deba o no deba hacerse depende siempre del «contenido» del proyecto. Y este contenido se compone siempre y necesariamente de dos factores o elementos, que son los «hechos» y los «valores»<sup>1</sup>. Todo proyecto los contiene necesariamente, porque se dan siempre unidos. La división entre ellos se hace por simples motivos prácticos, ya que de ese modo podemos analizarlos mejor. Pero en el proyecto van siempre juntos. Si yo proyecto, por ejemplo, construir una casa, en el proyecto tendré que incluir cuestiones de hecho (p.e., si cuento con los materiales de construcción que son esenciales al proyecto), pero junto a ello incluiré también y de modo necesario cuestiones de valor (p.e., construyo la casa para vivir en ella confortablemente, o para venderla y ganar dinero). Este último es un valor económico, y el otro es

<sup>1</sup> Gracia, D. (2003). Hechos y valores en la práctica y en la ciencia médica. En: Baca, E. y Lázaro, J. (eds.). *Hechos y valores en psiquiatría*. Madrid, Triacastela, pp. 43-70. Gracia, D. (2008). La construcción de la salud: hechos, valores, deberes. En: Sanfeliú, I. (ed.). *Sujeto encarnado, sujeto desencarnado: estudios psicósomáticos*. Madrid, Biblioteca Nueva, pp. 103-130.

un valor vital, el bienestar, el confort. Nadie construiría una casa si no fuera por algún «motivo». Y los motivos son siempre de valor.

El valor es lo que nos «mueve» a hacer cosas, es decir, a llevar a cabo los proyectos y convertirlos en realidad<sup>2</sup>. Siempre actuamos por el mismo motivo, para «añadir valor», como dicen los economistas. Lo único que sucede es que el valor que buscamos añadir no es solo el económico. Pueden ser otros muchos: el valor vida, el valor salud, el valor amistad, etcétera. Los valores son los «motores» de la vida humana. Los hechos, como ya intuyó Aristóteles, no mueven a la acción. Los hechos son como son, y nada más. Lo que mueve a la acción son los valores. Esto es obvio en el caso del valor económico, pero puede y debe decirse de todos los demás<sup>3</sup>.

### El deber

A partir de esta breve descripción del mundo de los hechos y de los valores, podemos definir ahora la categoría de «deber» con algo más de precisión que antes. El deber humano consiste siempre en lo mismo, en «añadir valor» a la realidad, promoviendo la realización de valores positivos (la vida, la salud, el bienestar, el placer, el amor, la amistad, la riqueza, etc.) y evitando el que se hagan realidad los valores contrarios (la muerte, la enfermedad, el malestar, el dolor, el odio, la enemistad, la pobreza, etc.). Este es nuestro único deber, la promoción de los valores positivos y la remoción, en tanto nos sea posible, de los valores negativos<sup>4</sup>.

Lo dicho hasta aquí es elemental, y por ello no suele ser objeto de mucha discusión. Todo ser humano puede verificarlo apelando a su propia experiencia. Los problemas comienzan cuando, de esta descripción elemental e incuestionable, pasamos al mundo real. Porque entonces nos encontramos con varios factores que complican la toma de decisiones. Uno de ellos, el primero, es que generalmente no hay un solo valor en juego, sino varios, y con frecuencia enfrentados entre sí. Si caminamos por la calle y vemos que se está agrediendo a una persona, o que la están robando, etc., todos sabemos cuál es nuestro deber: ayudar a la persona en necesidad y evitar que se lesione un valor, sea este la justicia, la integridad física, la vida, o cualquier otro. Para esto no hacen falta conocimientos especiales de ética.

<sup>2</sup> Gracia, D. (2015). La construcción de los valores. En: *Academia Chilena de Medicina. Reflexiones sobre Bioética*. Santiago, Academia Chilena de Medicina, pp. 65-105. Gracia, D. (2016). Values and Bioethics. En: Sema, P. y Seoane, J. A. (eds). *Bioethical Decision Making and Argumentation*. Switzerland, Springer, pp. 17-29.

<sup>3</sup> Gracia, D. (2013). *Valor y precio*. Madrid, Triacastela.

<sup>4</sup> Gracia, D. (2015). Hechos, valores y deberes en la toma de decisiones clínicas. En: *Academia Chilena de Medicina. Reflexiones sobre Bioética*. Santiago de Chile, Academia Chilena de Medicina, pp. 229-261.

El problema es que, en los ejemplos anteriores, esos no son los únicos valores en juego. Cuando riñen dos personas todos sabemos que nuestro deber es promover la paz. Lo que con frecuencia nos inhibe a hacerlo es el miedo a que nos hieran, nos maten, etc. Es decir, lo que tememos es que nuestra intervención no solo no arregle el conflicto sino que lo complique, ya que ahora puede estar en juego no solo el valor o vida del agredido, sino también el de quien tercia en el conflicto.

### La conflictividad

Con esto descubrimos uno de los problemas que plantea el mundo del valor, y es el de su «conflictividad». Resulta excepcional que en una situación humana esté en juego solo un valor. Generalmente intervienen varios, que además son incompatibles entre sí. Por ejemplo, en el caso citado, se produce un conflicto entre la protección de mi vida y la protección de la vida de la persona agredida, si es que considero que al intervenir pongo la mía en riesgo. Este no es un caso excepcional.

La conflictividad se da siempre en el mundo del valor y constituye una de sus categorías fundamentales. Valga un ejemplo médico. Para salvar un valor, la vida, el cirujano le dice al paciente que debe extirparle el tumor que padece. Pero esos valores (vida y salud) pueden entrar en conflicto con otros, como por ejemplo la autonomía del paciente, o con sus creencias religiosas, en el caso del testigo de Jehová, que no está dispuesto a firmar la hoja de consentimiento para que se le transfunda sangre, caso de que sea necesario. En la vida real esto es lo que sucede, que los valores entran en conflicto, y que ante ello se hace difícil, a veces muy difícil, saber qué «debe» hacerse. El deber es inseparable del mundo del valor.

A pesar de que las decisiones concretas puedan ser difíciles y complejas, y a pesar de que al tomarlas podamos equivocarnos, el principio general es sumamente claro: nuestra obligación moral consiste siempre en lo mismo, en promover tanto como nos sea posible la realización de los valores positivos, y evitar la lesión de estos, es decir, los valores negativos. Todo valor positivo tiene su contravalor negativo. Si hay vida, hay muerte; si salud, enfermedad; si justicia, injusticia; si solidaridad, insolidaridad; si paz, guerra; etc. El deber moral obliga a promover tanto como sea posible la realización de los valores positivos, la vida, la salud, la justicia, la paz, etc., y evitar la realización de valores negativos, muerte, enfermedad, injusticia, guerra, etc.

### Circunstancias y consecuencias

El principio general que acabamos de describir es muy simple, pero su aplicación práctica resulta algo más compleja. Ello se debe a que los valores son abstractos, pero su realización depende de las situaciones concretas, de modo

que para saber qué es lo que «debemos» hacer, habremos de integrar en la ecuación dos elementos que hasta ahora no habíamos analizado, las «circunstancias» del caso y la previsión de las posibles «consecuencias». Continuando con el ejemplo anterior, el cirujano deberá hacer la mejor operación de que sea capaz, pero no de un modo abstracto sino teniendo en cuenta las circunstancias del caso y las consecuencias previsibles. No es lo mismo operar en la clínica Mayo que en un hospital de campaña, o en una época de paz que en una situación de guerra, o a un testigo de Jehová que a alguien que no lo es, etc.

El problema de las circunstancias y las consecuencias es que nunca podemos conocerlas exhaustivamente y con precisión. En el caso de las consecuencias, la cosa es obvia, puesto que se trata de sucesos futuros sobre los que nuestra capacidad de previsión y predicción es siempre muy limitada. Y sobre las circunstancias sucede algo similar, porque la mente humana no es capaz de agotar las circunstancias de un acto cualquiera, por elemental que sea. Cuando conducimos un coche por una carretera e intentamos adelantar un camión, hemos de tener en cuenta las circunstancias más relevantes: la longitud del camión, la distancia del vehículo que viene de frente, etc. Pero nunca podremos incluir en nuestra decisión todas las circunstancias que pueden resultar decisivas en esa decisión; por ejemplo, no podremos saber si el conductor del camión se va a dormir, o va a dar un volantazo, o si sufrirá un infarto de miocardio, o le va a estallar una rueda, o nos va a estallar a nosotros, etc. Por más que lo intentemos, nunca podremos estar del todo ciertos de que adelantaremos al camión.

Lo único que podemos hacer es tener en cuenta los factores que estadísticamente son más frecuentes o de mayor riesgo. Por eso nuestra decisión no podrá aspirar nunca a ser «cierta» sino solo «prudente». Las decisiones morales, las decisiones de deber, son siempre de este tipo: prudentes o imprudentes. Y la prudencia consiste en la toma de decisiones correctas en condiciones de incertidumbre, como son siempre las decisiones humanas. Cuando adelantamos el camión con gran riesgo, porque el coche que venía de frente estaba muy cerca, decimos que hemos sido imprudentes. De ahí que nuestra obligación moral no consista en acertar o no acertar, sino en ser prudentes. Intentando ser prudentes, podemos matarnos al adelantar el camión, y siendo imprudentes podemos no matarnos. Esa es la realidad. Pero nuestra obligación moral no consiste en no matarnos, sino en ser prudentes. Ese es nuestro «deber»<sup>5</sup>.

## La deliberación

Para poder tomar decisiones prudentes se necesita formación y entrenamiento. La prudencia se educa. Y el procedimiento que tiene por objeto

---

<sup>5</sup> Gracia, D. (2019). *Bioética mínima*. Madrid, Triacastela.

tomar decisiones prudentes recibe el nombre de «deliberación»<sup>6</sup>. La deliberación es el procedimiento y el término la prudencia. Las decisiones impulsivas, inmediatas, espontáneas, reflejas, indeliberadas, suelen ser imprudentes. Los médicos, y sobre todo los psiquiatras, saben bien que hay muchos factores en nuestro psiquismo que juegan en contra de la prudencia. La incertidumbre siempre genera miedo, angustia, y esta dispara lo que Freud denominó «mecanismos de defensa del yo», el primero de los cuales es la negación, que nos impide ver la realidad tal como ella es y de ese modo distorsiona gravemente nuestro proceso de toma de decisiones. Solo el entrenamiento y la educación permiten controlar la angustia que genera la incertidumbre y tomar decisiones prudentes. Algo que debía enseñarse desde la escuela primaria, pero que brilla por su ausencia en nuestros programas de formación. De ahí la importancia de las sesiones en que se entrenen las habilidades deliberativas, de modo que sepamos tomar decisiones lo menos sesgadas y más maduras posibles. Sobre todo cuando tenemos en nuestras manos decisiones importantes sobre la vida de otras personas, como sucede en el caso de la medicina y de la práctica militar<sup>7</sup>.

Un elemento muy importante en la búsqueda de la prudencia es el aprendizaje y la aplicación de un método antes de la toma de cualquier decisión importante. Esto es algo que hoy resulta elemental en todas las actividades importantes de la vida. Los pilotos tienen que seguir un estricto protocolo antes de poner en marcha un avión, y los médicos que hacen una intervención quirúrgica o ponen un tratamiento antioncológico también siguen un estricto protocolo. Los protocolos son fundamentales en la toma de decisiones, tanto técnicas como éticas. Y ello, aunque solo sea porque todo lo técnicamente incorrecto es, por definición, éticamente malo. Solo el protocolo

<sup>6</sup> Gracia, D. (2003). Ethical case deliberation and decision making. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 6:227-233. Gracia, D. (2011). Deliberation and Consensus. En: Chadwick, R.; Ten Have, H. y Meslin, E. M. (eds.). *The SAGE Handbook of Health Care Ethics*. London, SAGE Publications, pp. 84-94. Gracia, D. (2016). Deliberation. En: Ten Have, H. (ed.). *Encyclopedia of Global Bioethics*. Switzerland, Springer, pp. 813-818.

<sup>7</sup> Gracia, D. (2001). La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Med Clin (Barc)*. 117:18-23. Gracia, D. (2001). Moral deliberation: The role of methodologies in clinical ethics. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 4(2):223-232. Gracia, D. (2001). La deliberación moral. *Boletín de la Academia Chilena de Medicina*. 38:29-45. Gracia, D. (2004). La deliberación moral: el método de la ética clínica. En: Gracia, D. Y Judez, J. (eds.). *Ética en la práctica clínica*. Madrid, Triacastela, pp. 21-32. Gracia, D. (2011). Teoría y práctica de la deliberación moral. En: Feito, L.; Gracia, D. y Sánchez, M. (eds.). *Bioética: el estado de la cuestión*. Madrid, Triacastela, pp. 101-154. Gracia, D. (2013). Pedagogía deliberativa. En: Blanco Mercadé, A. y Núñez Cubero, M.ª P. (eds.). *La bioética y el arte de elegir*. León, Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, pp. 165-185. Gracia, D. (2018). La deliberación y sus sesgos. *Boletín de estudios de filosofía y cultura Manuel Mindán*, Calanda. XIII, pp. 13-25.

puede decirnos cuál es el curso óptimo a seguir en un caso complejo, y por tanto solo eso es lo que puede considerarse éticamente correcto<sup>8</sup>.

### Protocolizando la toma de decisiones

Para tomar una decisión correcta desde el punto de vista ético es preciso seguir los siguientes pasos, que siguen el orden de hechos, valores y deberes ya descrito:

<b>Primera parte: deliberación sobre los «hechos»</b>
1. Presentación del caso clínico
2. Análisis de los aspectos clínicos del caso (diagnóstico, pronóstico, tratamiento)
<b>Segunda parte: deliberación sobre los «valores»</b>
3. Identificación de los problemas éticos que plantea
4. Elección del problema ético a deliberar
5. Identificación de los valores en conflicto en ese problema
<b>Tercera parte: deliberación sobre los «deberes»</b>
6. Identificación de los cursos extremos de acción
7. Búsqueda de los cursos intermedios
8. Elección del curso o de los cursos óptimos de acción
<b>Cuarta parte: pruebas de consistencia de los cursos óptimos</b>
9. Prueba de la legalidad: ¿es legal el curso que has elegido?
10. Prueba de la publicidad: ¿estarías dispuesto a defender el curso que has elegido públicamente?
11. Prueba del tiempo: ¿tomarías la misma decisión si pudieras retrasarla unas horas o unos días?
<b>Decisión final</b>

La aplicación correcta de un protocolo<sup>9</sup> exige conocimientos, pero además necesita de entrenamiento. Cada punto de esta tabla exige un análisis detallado que, como es obvio, no puede hacerse dentro de los límites de este artículo. Por ejemplo, la primera parte, la deliberación sobre los hechos, viene a identificarse con lo que los médicos están acostumbrados a hacer en

<sup>8</sup> Gracia, D. (2011). Deliberation and Consensus. In: Chadwick, R.; Ten Have, H. y Meslin, E. (eds.). *The SAGE Handbook of Health Care Ethics*. London, SAGE Publications, pp. 84-94. Gracia, D. (2016). Problemas con la deliberación. *Folia Humanística*. 3: 1-16.

<sup>9</sup> Gracia, D. (2020). Ética médica. En: Rozman, C. (ed.). *Medicina interna*. 19 ed. Barcelona, Elsevier. Vol. 1:29-36.

el curso de cualquier sesión clínica. Y las partes siguientes conviene verlas como una prolongación del método de la sesión clínica, en la que se amplía el análisis, pasando de los hechos clínicos a los valores en juego y los cursos de acción posibles, como corresponde a lo que debe llamarse una sesión clínica de ética. Esta es también la labor de los llamados comités asistenciales de ética (CAE)<sup>10</sup>. Para ulteriores detalles, conviene revisar algunos textos complementarios del presente<sup>11</sup>.

## De los protocolos a las decisiones concretas

Hemos dicho que todo lo técnicamente incorrecto es por definición éticamente malo. Este es uno de los principios básicos que nunca debemos olvidar. Pero tras enfatizar su importancia, hay que advertir que la inversa no es correcta, y que por tanto no todo lo técnicamente correcto es éticamente bueno. Este es el segundo principio que es necesario no olvidar. Los protocolos dicen lo que es correcto «en general», lo cual no obsta para que en determinados casos particulares no lo sea. A la corrección técnica hay que añadir la propiamente moral, de modo que la decisión, además de técnicamente correcta, sea éticamente buena. La bondad de una decisión es siempre particular, concreta.

Hay situaciones concretas, muy concretas, en que la evaluación de las circunstancias del hecho concreto y las consecuencias previsibles de nuestra decisión, obligan a hacer una excepción a la norma, o al criterio general. Y es que lo «correcto» en general no siempre, ni en todas las circunstancias, es «bueno». Por eso en el procedimiento que antes hemos descrito se habla, en la parte tercera, de «cursos de acción», que se caracterizan por ser siempre concretos, circunstanciados y que necesitamos identificar cada vez que buscamos tomar una decisión moralmente buena. Los valores son siempre abstractos (la vida, la salud, la autonomía, la justicia, etc.), pero cuando dos o más valores entran en conflicto en una situación concreta, para decidir correctamente tenemos que comenzar identificando los distintos cursos de acción posibles.

Este no es un trabajo fácil y exige educación y entrenamiento. Lo frecuente es simplificar en exceso el análisis de los cursos de acción, con lo cual empobrecemos la toma de decisiones. Esto nos lleva a reducir todos los cursos a dos, los extremos, dejando en la penumbra los posibles cursos intermedios. La mente humana tiene más capacidad para ver el blanco y el negro que la gama de grises. El problema está en que los cursos intermedios

---

<sup>10</sup> Gracia, D. (2003). Teoría y práctica de los comités de ética. En: Martínez, J. L. (ed.). *Comités de ética*. Bilbao, Desclée de Brouwer/Universidad Pontificia Comillas, pp. 59-70.

<sup>11</sup> Gracia, D. (1997). Cuestión de principios. En: Feito Grande, L. (ed.). *Estudios de bioética*. Madrid, Universidad Carlos III/Dykinson, pp. 19-42.

suelen ser los óptimos, ya que son los que buscan salvar los dos o más valores en conflicto, no solo uno de ellos.

La decisión correcta coincidirá siempre con el curso de acción óptimo, aquel que promueva o realice más todos los valores en juego, o que los lesione menos. El curso óptimo suele ser siempre un curso intermedio. Es lo que ya expresó Aristóteles con su regla de la mesótes, que dio en latín el conocido proverbio: *in medio virtus*, la virtud está en el medio, no en los extremos. Nuestra obligación moral exige siempre buscar y elegir el curso óptimo. En ética, cualquier decisión distinta de la óptima es mala.

### Alta moral y baja moral

El idioma español tiene expresiones sobre las que, desde hace tiempo, vienen llamando la atención de los filósofos. Nuestro pueblo dice de alguien que tiene «la moral muy alta», o que anda «bajo de moral». Y como ejemplo paradigmático de la importancia de la primera en la vida humana, se pone el ejemplo del espíritu de lucha demostrado por un equipo modesto de fútbol, el Alcoyano, que peleaba hasta al final, generalmente sin éxito, cuando competía contra los grandes.

Sea o no cierto lo que se atribuye al Alcoyano, es un hecho que la alta moral es condición indispensable para realización individual y colectiva de la vida. Y sobre todo lo es cuando el ser humano se siente obligado a dar de sí todo lo que puede y más, aun en ocasiones en las que está a punto de ser derrotado, como sucede en algunas de las situaciones que calificamos de heroicas. Lo estamos viendo en estos mismos días en el comportamiento de la sociedad ucraniana, y muy particularmente de su cuerpo militar. Un ejército con moral baja nunca será capaz de ganar una contienda. Y una persona particular, tampoco podrá dar de sí todo lo que puede y debe.

Hoy esto ha recibido la denominación técnica de *burn-out*, una auténtica epidemia, no solo en el caso de personas particulares sino también en el de colectivos que resultan indispensables para el buen funcionamiento de la sociedad. Un ejemplo de ello es el preocupante aumento del *burn-out* en profesiones tan cualificadas como la medicina.

La teoría del *burn-out* es muy reciente. Pero sin embargo en ella hay ya algunas cosas meridianamente claras. Una de ellas es que el *burn-out* está muy correlacionado con la vocación. Hay profesiones muy vocacionales, como el sacerdocio, la medicina y la milicia<sup>12</sup>. Todas ellas exigen una «alta moral». Sin esta se tornan imposibles. Son actividades reñidas con la

---

<sup>12</sup> Far, S. B. y Korhan, O. (2023). Role of Occupational Burnout Among Health Care Professionals: A Systematic Review. En: Calisir, F. (ed.) *Industrial Engineering in the Age of Business Intelligence*. GJCIE 2021. Lecture Notes in Management and Industrial Engineering. Springer Nature Switzerland AG. [https://doi.org/10.1007/978-3-031-08782-0\\_23](https://doi.org/10.1007/978-3-031-08782-0_23).

mediocridad. Exigen el todo o nada. Y cuando se instaura en la vida de la persona la claudicación ante las exigencias del todo, aparece el llamado «síndrome del desgaste profesional» o «síndrome del quemado», que además tiene la característica de ser altamente contagioso y difundirse como las epidemias<sup>13</sup>.

El objetivo de la ética es la excelencia. Por eso tiene tanto que ver con la «vocación»<sup>14</sup>. Este término viene del latín *vocare*, que significa llamar. La vocación es esa llamada interior que dice, o al menos susurra, no ya lo que queremos ser, sino lo que tenemos que ser de un modo imperativo, de tal modo que de no lograrlo nos consideraremos fracasados. Ortega y Gasset decía que esa voz de la vocación llama desde lo más profundo de cada persona, que él denominaba el «fondo insobornable», de tal modo que solo siéndole fiel podremos considerar que en esta vida hemos sido aquello que «teníamos que ser».

Y esto es lo que Ortega consideraba la mejor definición posible de lo que es la ética. Se dice, continuaba Ortega, que la ética trata del «deber ser». Pero de lo que verdaderamente trata es del «tener que ser», porque el deber ser es genérico, dice lo que en general debe o no debe hacerse, pero el tener que ser es individual, concreto e intransferible, y nos obliga a hacer en cada momento aquello que se nos impone como imperativo moral<sup>15</sup>. Un buen ejemplo de esto lo constituye la figura de don Quijote de la Mancha<sup>16</sup>. El relato de Cervantes dice que era una buena persona, apreciado por sus convecinos del pueblo de la Mancha en que nació y vivió. Al final del libro nos enteramos de que en su tierra le llamaban «Alonso Quijano el bueno». A lo que parece, cumplía con todas las normas morales y sociales, como buen ciudadano que era. Su conducta era irreprochable desde la perspectiva del «deber ser».

Pero en un cierto momento, frisando los cincuenta años, cuando las personas llegan a lo que el Dante llamó *il mezzo del cammin* y, echando la vista atrás juzgan el trecho ya recorrido y proyectan la segunda y última parte de su vida, parece que don Quijote no quedó muy satisfecho de sí mismo, a pesar de haber cumplido puntualmente con los dictados del «deber ser». Entonces comprendió que no había sido «lo que tenía que ser», y que esa era

<sup>13</sup> Gracia, D. (2004). *Medice, cura te ipsum: sobre la salud física y mental de los profesionales sanitarios*. Madrid, Real Academia Nacional de Medicina.

<sup>14</sup> Gracia, D. (2010). Vocación y ética. En: *Marañón: Médico, humanista y liberal*. Madrid, Sociedad Estatal de Conmemoraciones Culturales, pp. 115-131.

<sup>15</sup> Ortega y Gasset, J. (2006) Pidiendo un Goethe desde dentro. En: *Obras Completas*, Tomo V. Madrid, Taurus, p. 130.

<sup>16</sup> Gracia, D. (2007). Meditación del Quijote. En: *Asociación de Bioética Fundamental y Clínica. La bioética, tarea de humanización*. Madrid, Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, pp. 37-60.

la última oportunidad de llevarlo a cabo. Y tras armarse caballero andante, salió por los campos de Montiel a *desfacer entuertos, redimir cautivos y proteger doncellas*. Eso que los demás, incluido el cura, vieron como una locura, no era otra cosa que el intento de cumplir fielmente con su propia vocación y ser, no ya lo que los demás creían que debía ser, sino lo que una voz le decía, desde lo más profundo de su fondo insobornable, que «tenía que ser».

Don Quijote salió por los campos de Montiel por pura coherencia ética. En caso contrario no hubiera podido seguir mirándose a sí mismo sin vergüenza. Y con ello nos dio un ejemplo de lo que es la «moral alta», a pesar de que ser fiel a uno mismo exija incontables sacrificios, e incluso la muerte. Cada uno «debe ser» aquello que «tiene que ser». Aunque exija heroísmo o acarree la muerte.

### Casos prácticos

Una vez establecido y aclarado el procedimiento, conviene, quizá, analizar algunos casos prácticos para verlo en funcionamiento y añadir a lo ya dicho ciertas recomendaciones concretas.

Un primer caso tiene que ver con el propio cometido de las Fuerzas Armadas. Pensemos en una situación de guerra. Conviene imaginarla en circunstancias concretas, porque solo esas son las situaciones reales. En abstracto, todos somos pacifistas y consideramos que en un mundo ideal no debería haber guerras ni, por tanto, ejércitos. El caso es que los ha habido desde el origen de la humanidad, y que por tanto parecen inherentes a la propia condición humana. ¿Cómo juzgar la moralidad de la guerra, dado que en ella se conculcan valores fundamentales de las personas, como son la vida, la salud, el bienestar, etc.?

Si, conforme al principio que hemos establecido antes, la ética consiste en la promoción de los valores positivos y la evitación de los negativos, es claro que nuestro deber no puede ser otro que la promoción de la paz, no de la guerra. De esto cabe sacar ya una primera conclusión, clásica en los anales de la ética: las guerras ofensivas son mucho más difíciles de justificar moralmente que las defensivas. Nadie puede comenzar lesionando los valores de otros, si no tiene una justificación muy grande, que además tiene que ser de valor. En principio, y salvo casos excepcionales, eso hace que las guerras ofensivas deban considerarse inmorales.

En el caso de las guerras defensivas se produce un evidente conflicto de valores. Se guerra para impedir la lesión de un valor positivo, sea la vida, la paz, la integridad territorial, etc. Esos valores positivos entran en caso de guerra defensiva en conflicto con otros valores, como pueden ser la vida de los invasores, que en tanto que tales valores también estamos obligados a

respetar. Ni que decir tiene que todos esos valores en conflicto no podrán respetarse a la vez, porque la defensa de unos puede llevar a la lesión de otros. Esto es lo que en el lenguaje técnico recibe el nombre de «tragedia»: la lesión de valores que no podemos evitar. El deber moral ante las tragedias no es ignorarlas, lo cual llevaría a la lesión de muchos más valores, sino minimizar sus daños al máximo. El curso óptimo, que es el único que puede considerarse éticamente correcto, es siempre el que optimiza la promoción de los valores positivos o minimiza su lesión.

### Las decisiones colectivas

Otro problema clásico es el de las decisiones colectivas. Esto sucede tanto en medicina como en el medio militar. Piénsese, por ejemplo, en el cirujano que está llevando a cabo una operación, o el internista que prescribe un tratamiento. Sus decisiones afectan a un grupo mayor o menor de personas, que en el caso de la operación quirúrgica serán todos los que intervienen en el acto operatorio, o en el de una operación militar, quienes participan en ella. En ambos casos las decisiones corresponden a quienes tienen la autoridad de decidir y mandar a los demás, de modo que estos deberán, en principio, obedecerlas.

Hay una ética específica de quien tiene funciones de mando. Es lo que se conoce en la literatura como la ética del *Captain of the Ship*. Pero pueden darse situaciones en que la regla general de que uno tiene el deber de mandar y otros de obedecer, no sea suficiente. Tal es el caso, por ejemplo, en que quien está al mando toma una decisión claramente incorrecta. Podría pensarse que la obligación de los subalternos es obedecer ciegamente, por más que tengan razones fundadas para considerar la decisión como claramente errónea. Es la doctrina de la «obediencia ciega», de amplia tradición en la historia. Desde el punto de vista ético tal actitud no es defendible. Si un subalterno tiene razones fundadas para pensar que la decisión que se ha tomado es claramente incorrecta, su primera obligación no es obedecer sino poner el caso en conocimiento de sus superiores, a fin de corregir el fallo y evitar de ese modo la lesión de los valores positivos que esa decisión provocaría.

### La objeción de conciencia

También puede suceder que la decisión del superior no puede considerarse errónea, pero sí resulte inasumible por una persona concreta, debido a su sistema personal de valores y creencias. Este es un conflicto que no ha recibido una solución clara más que en el último medio siglo, a partir de la Segunda Guerra Mundial. Con anterioridad a esa fecha, toda objeción de conciencia era tratada como un acto de insumisión a la autoridad y castigada muy severamente, incluso con la vida. A partir de esa fecha comenzó

a tomar cuerpo lo que hoy se conoce con el nombre de «objección de conciencia», un principio aceptado y respetado por la práctica totalidad de las legislaciones democráticas.

De hecho, el artículo 30 de la Constitución española de 1987 dice en su primer punto que «los españoles tienen el derecho y el deber de defender a España», e inmediatamente después, en su punto segundo, añade que «la ley fijará las obligaciones militares de los españoles y regulará, con las debidas garantías, la objeción de conciencia, así como las demás causas de exención del servicio militar obligatorio, pudiendo imponer, en su caso, una prestación social sustitutoria».

La objeción de conciencia prevista en la Constitución española es al servicio militar, sin duda porque es la que más preocupaba en el momento en que se gestó el texto constitucional. Hoy, habida cuenta de que la pertenencia a las Fuerzas Armadas es voluntaria, y no obligatoria como en épocas anteriores, la objeción de conciencia se halla restringida casi exclusivamente al ámbito sanitario, especialmente a partir de la promulgación de las leyes despenalizadoras del aborto y la eutanasia.

La reacción de los profesionales de la salud ante estas leyes ha sido por lo general de rechazo, negándose a participar en actos que atenten directamente contra la vida de fetos, embriones o seres humanos. Y se da el caso curioso, como había sucedido antes en la objeción de conciencia al servicio militar, que la mayor parte de las objeciones no son realmente tales, habida cuenta que no son objeciones de «conciencia», las únicas amparadas por la ley. Bajo el paraguas de la objeción de conciencia se esconden muchas pseudo-objeciones, que no se hacen por motivos de conciencia sino por ignorancia, comodidad, por evitar el qué dirán, etc. Ni que decir tiene que la objeción de conciencia genuina es perfectamente respetable desde el punto de vista ético, pero que las pseudo-objeciones no lo son. Y la experiencia demuestra que son las más numerosas<sup>17</sup>.

## El conflicto entre ética y derecho

Hay un último conflicto que es preciso reseñar. Se trata del que se produce con una cierta frecuencia entre ética y derecho. El derecho, sobre todo el más directamente relacionado con el valor vida, que es el derecho penal, no dice por lo general lo que debe hacerse sino aquello que no puede hacerse, porque está prohibido. La función del derecho no es decir a las personas lo que deben hacer sino lo que no pueden hacer. En esto se diferencia claramente de la ética. Utilizando un símil futbolístico, habría que decir que

<sup>17</sup> Gracia, D. y Rodríguez-Sendín, J. J. (2008). Ética de la objeción de conciencia. Madrid, Organización Médica Colegial/Fundación de Ciencias de la Salud. <https://www.fcs.es/lista-publicaciones/11-etica-de-la-objeccion-de-conciencia>

el derecho se expresa en el reglamento, que prohíbe tocar el balón con la mano, estar en fuera de juego, etc. Establece los mínimos que son imprescindibles para que el mero hecho de dar patadas a un balón se transforme en un partido de fútbol. Pero el reglamento no puede ni debe decir más. Cumpliendo el reglamento, uno puede jugar al fútbol como Messi, como Ronaldo o como alguien sin ninguna habilidad.

Pues bien, el objetivo de la ética no es el mero respeto del reglamento, sino la búsqueda de lo óptimo, y haciendo posible que cada jugador juegue del mejor modo de que sea capaz al fútbol. Esto ha llevado a popularizar una terminología que en principio hay que considerar incorrecta. Es la que distingue entre «ética de mínimos» y «ética de máximos». El derecho sería la ética de mínimos y la ética con mayúscula la ética de máximos. El problema de esta dicotomía es que hace pensar que lo importante es lo primero, el cumplir con los mínimos, porque los máximos se considera que son para quienes aspiran a la excelencia. Lo cual es un completo error. En primer lugar, porque la llamada ética de mínimos no es propiamente ética sino derecho. Y segundo, porque en ética hay siempre obligación de aspirar al máximo, es decir, al curso de acción óptimo, como ya hemos visto. Toda ética es necesariamente ética de máximos.

No es buen cirujano quien no hace la mejor operación quirúrgica de que sea capaz en las condiciones concretas en que se encuentre. Y tampoco es buen juez el que no dicte la mejor sentencia posible. En ética, todo lo que sea inferior a lo óptimo es malo.

### El tema de la excelencia

La conclusión de todo este capítulo es que la ética no se ocupa de lo bueno sino de lo óptimo, porque cualquier curso de acción inferior al óptimo en una situación concreta es malo. En la literatura esto se expresa en la actualidad con el término «excelencia». La ética trata de la excelencia, y el entrenamiento y la educación moral no buscan otra cosa que promover la excelencia en las decisiones humanas. No solo en las decisiones de cuerpos con tan altas responsabilidades como los médicos y los militares, sino en las de todo ser humano.

De hecho, quienes más han promovido la ética de la excelencia no han sido ninguno de esos dos grupos, sino otro en el que se suponía que este asunto de la ética era de menor relevancia. Se trata de la teoría empresarial. En 1982 apareció un libro que pronto se convirtió en *best-seller*, el titulado *En busca de la excelencia*. Lo escribieron dos profesores de escuelas de negocios, Tom Peters y Robert H. Waterman. En el libro cuentan por qué lo escribieron y las peripecias de su elaboración<sup>18</sup>.

<sup>18</sup> Peters, Th. J. y Waterman, R. H. (1994). *En busca de la excelencia*. Barcelona, Folio.

Lo que Peters y Watermann no explican en su libro, es por qué al hecho de hacer las cosas bien, o del mejor modo posible, hay que llamarlo «excelencia». Podrían haber utilizado otros términos, como «bueno» u «óptimo». Pero el término excelencia tiene una tradición que le hace imprescindible, al menos en la cultura occidental. Hay un texto de Aristóteles que dice: «la excelencia del caballo (*híppou areté*) hace bueno al caballo y le capacita para correr, para llevar al jinete y afrontar a los enemigos»<sup>19</sup>. En esta traducción, muy moderna, se ha traducido *areté* por excelencia. Pero no fue esa la traducción normal a lo largo de los siglos.

De hecho, la traducción medieval clásica de Guillermo de Moerbeke dice: «*equi virtus equum studiosum facit, et bonum ad currendum, et ferendum assesorem, et expectandum bellatorem*». El término griego *areté*, que es la capacidad física de hacer algo bien, se tradujo al latín por *virtus*, virtud. Fue una pésima traducción, aunque solo sea porque *virtus* deriva de *vir*, varón, que tiene su homólogo en el griego *anér*. La virtud derivada de esta raíz es *andreía*, valentía, virilidad, coraje, de tal modo que *virtus* debería haberse reservado para traducir *andreía*, no *areté*. No fue así, lo cual es fuente de continuas confusiones. Por ejemplo, el texto antes transcrito de Aristóteles habría que traducirlo así: «la virtud del caballo hace bueno al caballo y le capacita para correr, para llevar al jinete y afrontar a los enemigos». Pero a cualquiera se le ocurre que llamar virtuoso a un caballo es aplicarle un calificativo que no es propio más que de los seres humanos. De ahí la decisión que se ha impuesto modernamente de traducir al castellano *areté* no por virtud sino por excelencia, porque entonces sí cobra todo su sentido la frase: un caballo excelente es el que corre mucho, lleva a su jinete y se enfrenta a los enemigos.

Esta pequeña disquisición filológica permite entender por qué en la actualidad se da tanta importancia al término «excelencia» en ética. Bien mirado, no es una novedad, puesto que se encuentra ya en los filósofos griegos. La ética busca la excelencia, que es la capacidad de hacer algo bien, o más precisamente, la capacidad de actuar de modo óptimo. Y como ya hemos dicho que la ética va precisamente de esto, de elegir siempre el curso óptimo, porque todos los demás son por definición malos, resulta que la ética es la teoría de la excelencia.

Esto, que se encuentra en los textos fundacionales de la ética occidental, y que por tanto tiene más de dos mil años de historia, lo han redescubierto hace algunas décadas los autores de la teoría empresarial y lo han convertido en categoría clave de su doctrina. Un buen gestor empresarial es el que consigue que sus trabajadores y empleados actúen de modo excelente, fabricando productos, los que sean, hacer tornillos o construir casas,

---

<sup>19</sup> Aristóteles. *Ética a Nicómaco*. I 6: 1106 a 18-20.

de modo excelente. Es la llamada teoría de la excelencia empresarial. Algo que no podemos saludar más que con agrado. Pero no deja de ser curioso, y un poco humillante, que la teoría de la excelencia haya nacido en el mundo de la gestión empresarial, y que en áreas tan importantes como la medicina, cuya gestión no es de tornillos sino de personas, su influjo haya sido mínimo, al menos hasta el presente.

### La excelencia y la ética

La ética se identifica con la búsqueda de la excelencia. En contra de lo que se ha venido diciendo a lo largo de los siglos, que la vida moral consiste en el cumplimiento, aunque sea a regañadientes, de los «preceptos» básicos, y que la búsqueda de la «perfección» queda para unos pocos muy ambiciosos o especialmente selectos, hay que afirmar con todo el énfasis posible que la ética exige siempre el máximo, porque ante una situación concreta siempre debemos tomar la mejor decisión posible. Cualquier otra es por definición mala.

Esto sirve para todo ser humano y en cualquier tipo de toma de decisiones, pero especialmente en aquellas áreas, como son las propias de la medicina y la milicia, en las que están en juego los valores y los bienes más queridos de los seres humanos. También aquí nos pueden decir algo la filología y la historia. Volvamos al término griego areté. Cuando funciona como adjetivo admite grados, el positivo, el comparativo y el superlativo. El positivo es, precisamente, areté. Su comparativo es areíon, que en griego significa mejor, superior, más valiente. Y el superlativo es áristos, el mejor, excelente, óptimo. Ni que decir tiene que de este superlativo derivan términos usuales en nuestra lengua, como el de «aristocracia», cuyo significado es que el poder de gobierno, pero por extensión el poder de tomar las decisiones en que se pone en juego la vida de los individuos y las sociedades, debe estar en las manos de los mejores.

Algo que es de aplicación directa a los campos que ahora nos ocupan, el de la milicia y la medicina. Las únicas decisiones correctas desde el punto de vista ético son las óptimas, las excelentes. Pero esto que vale para cualquier decisión humana, tiene especial relevancia en el caso de los profesionales cuyas decisiones ponen en juego la vida de las personas. En estas, cualquier cosa distinta de la excelencia es no solo mala, sino pésima, tanto para los individuos afectados como para el cuerpo social en su conjunto. Son las llamadas, y con toda razón, profesiones de excelencia.

### Fe, esperanza y amor

Cuando Peters y Waterman llevaron a cabo su estudio sobre a qué se debía el éxito de ciertas empresas y no de otras, llegaron a la conclusión

de que un factor fundamental era el modo en el que se gestionaban, no las cuestiones de hecho (rutinas organizacionales, cumplimiento de protocolos, control de horarios, etc.), sino los problemas de valor. Las cosas funcionaban bien cuando la gestión de los valores era adecuada. Y para esto último resultaba esencial que las personas valoraran de modo muy positivo lo que estaban haciendo. No puede trabajar bien, ni ser excelente en su trabajo, quien no lo haga con entusiasmo.

Y como esto parece un sentimiento o estado de ánimo difícil de controlar, quizá conviene concretarlo, como proponía Laín Entralgo, acudiendo a las clásicas tres virtudes teologales, fe, esperanza y amor<sup>20</sup>. Además de virtudes teologales, decía él, son virtudes humanas, y por supuesto también laborales. No puede vivir bien, ni tampoco trabajar bien, quien no «crea» en lo que hace. La fe es fundamental en la vida en general, y en la profesión en particular. Creer en lo que se hace. Y junto a ello, «esperar» que con ello está contribuyendo a incrementar el valor de la sociedad humana, a hacer a la especie humana un poco mejor. Es la virtud de la esperanza, sin la cual es imposible iniciar cualquier proyecto, por pequeño o humilde que sea.

Y sobre todo es necesario el «amor». Hay que amar lo que se hace, hacerlo con la mayor diligencia posible. *Diligo* es el verbo latino para amar. No es el único. Hay otros, como *amo*, que también significa amar. Pero entre ellos hay una diferencia muy notable. Al amar se enriquece uno con lo amado. De ahí que el amor tenga siempre un cierto matiz egoísta. Pero la diligencia es completamente distinta, hasta el punto de llegar a ser opuesta. La diligencia lleva a dar, no a recibir. Se da por el propio valor del dar y por el valor de lo dado. Hay un amor egoísta, pero hay otro desprendido, creativo, diligente. El amor diligente crea valores, incrementa el valor a través de lo que hace, por más que esto pueda ser humilde, o incluso insignificante.

### La moral alta y la ética profesional

Fe, esperanza y amor. Solo con este talante puede aspirarse a la excelencia, que como ya sabemos es el objetivo de la ética. El resultado es lo que en nuestra lengua se entiende por «moral alta», como ya hemos comentado. Hay personas de alta moral y otras que tienen la moral por los suelos. La búsqueda de la excelencia exige lo primero. Una búsqueda que no es opcional en la especie humana sino obligatoria. En ella consiste nuestro deber, nuestro único deber. Todos los otros deberes derivan de él. Y con ellos nuestra propia condición de seres humanos.

---

<sup>20</sup> Laín Entralgo, P. (Mayo-junio 1983). Creencia, esperanza y amor. *Cuenta y Razón*. 11, pp. 29-41.

## Capítulo cuarto

### VISIÓN ÉTICA DEL APOYO SANITARIO EN LA PLANIFICACIÓN, CONDUCCIÓN Y SEGUIMIENTO DE LAS OPERACIONES

*David Cobo Prieto*

#### Resumen

Este capítulo pretende exponer los dilemas éticos percibidos en la actuación de la sanidad militar española durante las operaciones militares, tanto en su proyección interna (asistencia, evaluación y capacitación psicobiológica de las fuerzas propias o trato de prisioneros) como externa (asistencia y apoyo en desastres, ayuda humanitaria y fomento de la estabilidad y seguridad).

Para este enfoque nos apoyamos en la perspectiva que da la universalidad de los principios éticos, al tiempo que se explora la orientación que los países de nuestro entorno ofrecen a la resolución de estos problemas. En el análisis se contemplan las diferentes responsabilidades individuales, de grupo o institucionales circunscritas o no a la sanidad militar. Una aproximación sistematizada, que ofrece la educación programada y la creación de estructuras de análisis y apoyo en el campo de la ética sanitaria militar en operaciones, se considera una herramienta útil para la toma de decisiones en este campo.

**Palabras clave**

Ética, sanidad militar, responsabilidad, valores, principios éticos, asistencia sanitaria, ayuda humanitaria, autonomía personal, operaciones militares.

**ETHICAL VISION OF HEALTH SUPPORT IN PLANNING,  
CONDUCTING AND MONITORING OPERATIONS**

**Abstract**

This chapter aims to expose the ethical dilemmas perceived in the performance of Spanish military health during military operations, both in its internal projection (assistance, evaluation and psychobiological training of its forces or treatment of prisoners) and external (assistance and support in disasters, humanitarian aid and promotion of stability and security).

For this approach, we rely on the perspective that gives the universality of ethical principles while exploring the orientation that the countries of our environment offer to resolve these problems. The analysis contemplates the different individual, group or institutional responsibilities limited or not to military health. A systematized approach, offered by programmed education and the creation of structures of analysis and support in military health ethics in operations, is considered a valuable tool for decision-making in this field.

**Keywords**

Ethics, military health, responsibility, values, ethical principles, health care, humanitarian aid, personal autonomy, military operations.

## Introducción

Para completar esta monografía nos ha parecido interesante dar continuidad a lo expuesto en el capítulo que Torres León dedica a la ética en la práctica de la medicina militar, con una visión circunscrita a la ética sanitaria relacionada con las operaciones militares.

En el ejercicio de la función sanitaria específica, a la aplicación de los principios éticos universales, se une la exigencia de conjugar los valores e idiosincrasia derivados de nuestra pertenencia a un determinado tipo de sociedad<sup>1</sup>, el respeto a los derechos humanos y la necesaria armonización con el modelo organizativo específico de la sanidad militar española. Con la ayuda de la experiencia aportada por la aproximación a la ética sanitaria realizada por países de nuestro entorno<sup>2</sup>, se expone una visión sobre la experiencia de la sanidad militar en operaciones, en relación con los conflictos éticos y las iniciativas que pudieran llevarse a cabo para facilitar el abordaje práctico de los conflictos que surjan en este ámbito.

## Principios y valores

En el capítulo 3 de esta monografía, Gracia Guillén nos ofrece una aproximación al campo de la ética asistencial, basada en el respeto a la dignidad humana y un método que sirva de modelo para la autorregulación o evaluación de los comportamientos éticos. Desde el extremo de conductas plenamente aceptadas como «loables», se presentan una gama de comportamientos cuyo grado de aceptación general va disminuyendo hasta un extremo opuesto, en el que las aberraciones del comportamiento humano son repudiadas por la inmensa mayoría de los individuos y sociedades.

Es en la escala intermedia, donde las actitudes éticas y morales, individuales o de grupo, son calificadas de forma distinta según la preponderancia que demos a unos valores o principios considerados como válidos cuando entran en conflicto, esta primacía de unos sobre otros influirá definitivamente en la resolución de los dilemas éticos que se nos presentan.

---

<sup>1</sup> Bricknell Martin, C. M. y Miron, M. (October-December 2021). Medical Ethics for the Military Profession. *Revista Científica General José María Córdova (Colombian Journal of Military and Strategic Studies)*. Volume 19, Number 36, pp. 851-866. <https://doi.org/10.21830/19006586.814>

<sup>2</sup> Darré, E. Evolution éthique du service de santé des armées face aux problèmes posés par les nouvelles formes de guerre. [Fecha de consulta 13.06.22]. Disponible en: <https://lexdih.wordpress.com/divers/bibliographie/evolution-ethique-du-service-de-sante-des-armees-face-aux-problemes-poses-par-les-nouvelles-formes-de-guerre/>. Williams-Jones, B., et al. (2015). Ethische Spannungen im Einsatz – Erfahrungen von kanadischen Militärärzten. *Den Gegner retten? Militärärzte und Sanitäter unter Beschuss. Ethik und Militär* | Ausgabe 2015/1.

Como en los capítulos que me preceden, el desarrollo de este artículo se enmarca en los valores que, de forma generalizada, impregnan nuestra sociedad, reconociendo del mismo modo el grado de divergencia que se puede presentar en la prelación y el peso que puede asignarse a los diferentes principios, valores y derechos humanos al enfrentar un caso concreto, algo ligado a la convivencia en una sociedad plural y democrática. En las Fuerzas Armadas españolas, los comportamientos que atentan a la dignidad humana, están interiorizados de forma sistemática como rechazables. Por ello, se puede decir que los dilemas éticos que se presentan en el personal sanitario derivan de la necesidad de dar el peso adecuado a cada uno de los principios y valores aplicados en defensa de los derechos humanos, en un entorno de limitación de recursos y una variedad de legítimos derechos e intereses a proteger de personas, consideradas tanto individualmente como en grupo.

La aplicación de valores o principios éticos es algo que se presume sustancial en individuos que han elegido una profesión de servicio asistencial y de cuidado al prójimo. En el ámbito de la profesión militar, esta se encuentra imbuida de valores y principios éticos propios de la sociedad de la que se nutre, al tiempo que se ven acentuados por los rasgos propios de la vocación que les impulsa a escoger este camino, la defensa de los valores y elementos que constituyen los ejes básicos de una sociedad frente a enemigos externos (estabilidad, seguridad, libertad, democracia y derechos humanos), junto a una asumida capacidad de sacrificio personal.

De esta forma, en la mayoría de los casos, las desviaciones de los valores y principios éticos inherentes al respeto a la dignidad y los derechos humanos, tanto en el ejercicio de la profesión militar como en el ámbito sanitario, derivan principalmente de la falta de comprensión e interiorización de alguno de ellos (de forma individual, de grupo o de la sociedad entera); o de una estimación desmesurada de defensa de algunos de ellos, en detrimento de otros, que pueden verse anulados. Así, la primacía absoluta y única de la seguridad de una nación facilita que se acabe en una deshumanización del catalogado como enemigo, lo que es el caldo de cultivo de comportamientos injustificables, como fueron los llevados a cabo en la prisión de Abu Ghraib (Iraq) en 2003-4, donde se criticó la posible aquiescencia o complacencia de personal militar sanitario<sup>3</sup>.

En los capítulos anteriores ya se han señalado los cuatro principios que deben regir la actuación del personal sanitario: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia<sup>4</sup>, debiendo valorarse en cada caso hasta qué punto

<sup>3</sup> Annas, G. (2005). Unspeakably cruel--torture, medical ethics, and the law. *N Engl J Med*. 19.05.2005, 352(20):2127-32, doi: 10.1056/NEJLim044131.

<sup>4</sup> Beauchamp, T. y Childress, J. (2001). *Principles of biomedical ethics*, 5th edn. New York, Oxford University Press.

entran en conflicto con los ya señalados como propios de la función militar y, finalmente, el posible conflicto de ambos grupos con otros principios, como pueden ser los que corresponden a las acciones de ayuda humanitaria y apoyo en desastres: humanidad, imparcialidad, neutralidad e independencia<sup>5</sup>; aunque algunos incluyen otros como universalidad, vocación de servicio, proselitismo y unidad.

Rodríguez Sendín y Torres León nos han ofrecido en sus capítulos previos las referencias normativas que, a nivel internacional o nacional, deben seguir los médicos en su actuación, orientándose por guías éticas y, de manera obligatoria, por los convenios y protocolos del derecho internacional humanitario a los que España se ha adherido, lo aprobado por la Asociación Médica Mundial<sup>6</sup>, el Convenio de Oviedo sobre biomedicina y derechos humanos<sup>7</sup> y a lo plasmado en la normativa nacional, en particular en el código deontológico de la Organización Médica Colegial (CDM)<sup>8</sup>, lo que sería lógicamente de aplicación extensiva a las guías, principios y códigos deontológicos aprobados por los respectivos colegios profesionales de las demás especialidades fundamentales del Cuerpo Militar de Sanidad.

La aproximación a los dilemas éticos expuestos a continuación, debe tener siempre como marco de referencia ético y deontológico lo recogido en dichos artículos; así como las ideas recogidas en el capítulo previo de Gracia Guillén. En definitiva, no separarnos de aquellos valores que se atribuyeron en su tiempo al médico andalusí Albucasis, uno de los padres y fundadores

<sup>5</sup> UNOCHA. (2012). What are Humanitarian Principles? 30.08.12. [Fecha de la consulta 11.05.2022]. Disponible en: <https://reliefweb.int/report/world/ocha-message-humanitarian-principles-enar>

<sup>6</sup> World Medical Association. (2012). WMA regulations in times of armed conflict and other situations of violence. In handbook of WMA policies. Rev. octubre 2012. [Fecha de la consulta 10.05.2022]. <https://www.wma.net/policies-post/wma-regulations-in-times-of-armed-conflict-and-other-situations-of-violence/>

<sup>7</sup> BOE. (1992). Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. BOE 251. 20.10.1992. [Fecha de consulta: 01.06.2022]. Disponible en: [https://www.boe.es/eli/es/ai/1997/04/04/\(1\)/con](https://www.boe.es/eli/es/ai/1997/04/04/(1)/con)

<sup>8</sup> Organización Médica Colegial (OMC). (2011). Código de deontología médica. Guía de ética médica. [Fecha de la consulta: 08.05.2022]. Disponible en: [https://www.cgcom.es/sites/main/files/files/2022-03/codigo\\_deontologia\\_medica.pdf](https://www.cgcom.es/sites/main/files/files/2022-03/codigo_deontologia_medica.pdf); World Medical Association. (2012). International Code of Medical Ethics. Rev. octubre 2012. [Fecha de la consulta 10.05.2022]. <https://www.wma.net/policies-post/wma-regulations-in-times-of-armed-conflict-and-other-situations-of-violence/>; Consejo Internacional de enfermeras. Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería. [Fecha de la consulta 19.05.2022]. Disponible en: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/component/jdownloads/send/25-cie/351-07-cdigo-deontologico-del-cie-para-la-profesin-enfermera>

de la cirugía moderna: curiosidad, vocación, experiencia, destreza y profesionalidad, pero también humildad, compasión, amabilidad y justicia, ejerciendo su profesión sin distinción ante el rango social y garantizando la asistencia a los más vulnerables y desprovistos<sup>9</sup>.

### Conciencia de la función de la sanidad militar

La denominada doble lealtad ha sido señalada como el origen de muchos de los problemas éticos específicos que se presentan al personal sanitario militar, al tener que conjugar sus deberes hacia las personas con los principios y objetivos de una organización militar.

La pregunta «¿eres más médico o militar?» se nos ha dirigido en ocasiones a los médicos militares, y de forma similar a otros miembros del Cuerpo Militar de Sanidad, y ha sido formulada no solo por civiles ajenos a la vida militar, sino por personal perteneciente a los Ejércitos o la Armada y, lo que siempre me ha sorprendido, por algunos médicos militares. La pregunta admite implícitamente una dicotomía insalvable entre asistir sanitariamente a los militares u otro grupo de personas de forma ética y apoyar o no obstaculizar los objetivos que, a diversos niveles, estratégico, operacional y, sobre todo, táctico, se buscan en las misiones y operaciones militares.

Esta dicotomía significa aceptar del todo, o al menos en parte, el fundamento de aquellas corrientes que desde la segunda mitad del siglo XX vienen abogando por la incapacidad de ser médicos militares (lo que podría aplicarse también por extensión a enfermeros, psicólogos, odontólogos, farmacéuticos o veterinarios) sin romper los principios éticos que deben guiar nuestra formación académica y nuestra vocación<sup>10</sup>.

La misma cara de la moneda ofrece la distinción que, de forma casi automática, se pretende hacer en muchos casos dentro de la sanidad militar entre sanidad asistencial y sanidad operativa. Ambas aproximaciones revelan un entendimiento incompleto de la razón de ser de nuestro cuerpo; la sanidad operativa consiste precisamente en llevar la sanidad asistencial, en su mejor grado de formación y desempeño, allí donde no llega el sistema sanitario instituido de forma reglada; sin calidad asistencial no hay sanidad operativa; en definitiva, la búsqueda de la excelencia que señala Gracia

<sup>9</sup> Fernández Raigoso, Y. F. (2021). El cirujano de Al-Ándalus. Aproximación a la vida y obra de Abulcasis de la mano de Antonio Cavanillas de Blas. *Revista de Medicina y Cine*. 17 (1). Salamanca. Pp. 57-70. <https://doi.org/10.14201/rmc20211715770>

<sup>10</sup> Sidel, V. W. y Levy, B. (2003). *Physician-Soldier: A Moral Dilemma? Military Medical Ethics*. Vol. 1. Washington, DC, Office of The Surgeon General at TMM Publications Borden Institute, Walter Reed Army Medical Center 20307-5001. [Fecha de la consulta 15.05.2022]. Disponible en: <https://medcoe.army.mil/borden-tb-mil-med-ethics-vol1>

Guillén en el capítulo tercero<sup>11</sup>. En la medida que esa denominada sanidad militar asistencial en territorio nacional no tuviera como objetivos principales la preparación del personal sanitario para su empleo en misiones, el apoyo a este personal sanitario una vez desplegado, la evaluación del personal militar que va a desplegar, o ya está desplegado, y la recuperación del personal herido o enfermo durante los despliegues, sería una sanidad loable e irreprochable desde el punto de vista de su labor asistencial, pero inmiscuida en tareas que son responsabilidad principal de otros de forma que debiera prescindir del calificativo «militar».

### Limitación de medios

Las capacidades de apoyo sanitario desplegadas en una operación deben adecuarse a la misión, la entidad y composición de la fuerza, el entorno, la estimación o cálculo de bajas y los riesgos sanitarios del área de despliegue. Como veremos, gran parte de los debates éticos que se generan se acentúan con la lógica limitación de recursos sanitarios que pueden desplegarse, pero la renuncia a su generación no puede ser nunca contraria a lo «éticamente razonable». Por ello, hay que señalar la responsabilidad ética que se adquiere en el planeamiento y generación de capacidades militares, cuya resolución está en un ámbito externo a la sanidad militar.

Si no se contempla el desarrollo y adquisición de una sanidad suficiente en medios y personal, para acompañar el empleo de las capacidades de apoyo sanitario adecuadas a los escenarios previstos de empleo de las Fuerzas Armadas, estaremos abocados irremisiblemente a responder insatisfactoriamente, no solo desde el punto de vista operativo sino ético, a las siguientes cuestiones: ¿somos capaces de ofrecer un apoyo sanitario suficiente y adecuado al riesgo al que sometemos a nuestro personal?, ¿en qué medida dependemos de países amigos o debemos apoyarnos en capacidades del país donde se despliega?

Evidentemente, recordar este principio básico, supone realizar un llamamiento a la responsabilidad de los que intervienen en el análisis y desarrollo de las capacidades militares, especialmente del personal sanitario por su conocimiento, tanto en medios como en personal. Es difícil encontrar una razón suficiente para no tener desarrollada esta capacidad y debe haber motivos y razones fundadas para no garantizar a las fuerzas desplegadas el mejor apoyo sanitario posible, independientemente del grado máximo de aceptación que un militar pueda tener y mostrar ante el riesgo de una misión y operación.

---

<sup>11</sup> Annas, G. J. (2008). Military Medical Ethics — Physician First, Last, Always. *N ENGL J MED* 359; 11. September 11, 2008. [Fecha de la consulta 16.05.2022]. [www.nejm.org](http://www.nejm.org)

## Responsabilidades éticas del Cuerpo Militar de Sanidad y otros grupos

La obligación en el cumplimiento de los principios éticos en la actividad de la sanidad militar, y la vigilancia de su respeto, descansa no solo en decisiones individuales sino también en grupos específicos, comisiones, instituciones y organismos, cada uno de ellos con un nivel propio de responsabilidad.

Evidentemente, el primer grupo a señalar son los propios integrantes de la sanidad militar, entre los que debemos contar no solo a los componentes del Cuerpo Militar de Sanidad, que serán el objeto principal de discusión. Pero se debe tener en cuenta otros grupos que juegan un papel determinante en la aproximación a diversos problemas éticos. Como ya se ha señalado, los analistas y mandos, militares o no, responsables en los niveles estratégico, operacional y táctico de la configuración de las operaciones, deben tener conocimiento de los límites jurídicos, deontológicos y éticos de la actuación de la sanidad militar para ser tenidos en cuenta en sus decisiones. Esto no siempre es fácil sin una aproximación guiada y su déficit producirá inevitablemente un choque de las expectativas y los objetivos a asumir.

El personal de apoyo sanitario no perteneciente al Cuerpo Militar de Sanidad, cuando actúe junto a los componentes de dicho cuerpo o de forma aislada de acuerdo con su instrucción, adiestramiento y formación específica, son otro grupo a tener en cuenta en la elaboración de cualquier guía, sistema de apoyo o formativo en el campo de la ética.

Por último, el sistema también debiera tener en cuenta el grupo correspondiente al personal civil del Ministerio de Defensa que se integra y complementa la sanidad militar en territorio nacional que, en ocasiones, tiene responsabilidades directas en la preparación y sostenimiento de las operaciones, como es la evaluación del personal premisión.

## La proyección interna y externa de la acción de la sanidad militar

Para una mayor claridad y en línea con otros trabajos sobre ética en sanidad militar, se optará por abordar los diversos problemas éticos según su ámbito de proyección respecto a las Fuerzas Armadas.

Existe, por una parte, un ámbito interno de actuación, que corresponde con los problemas derivados de la misión específica, que no puede ser llevada por otro sistema sanitario y cuyo desempeño corresponde íntegramente a la sanidad militar. Dentro de este ámbito se incluye asistencia a las fuerzas propias y a las personas que, dentro del marco legal del derecho de los conflictos, caen bajo la responsabilidad de la sanidad militar, la asistencia de prisioneros y retenidos; también habría que incluir en este apartado

las medidas de potenciación de las capacidades psicológicas y fisiológicas del militar. Por otra parte, el ámbito externo, incluye la asistencia o los programas de apoyo sanitario a la población civil, así como la formación sanitaria de otras Fuerzas Armadas. Aunque podríamos incluir otros, se han seleccionado estos como los más relevantes respecto a los conflictos éticos que se pueden suscitar en la sanidad militar española en su participación en operaciones. La intención de exponer estos temas, aunque de forma limitada, es suscitar el interés suficiente en torno a la necesidad de sistematizar el análisis de los aspectos éticos de la sanidad militar para la planificación, conducción y sostenimiento de las operaciones.

### **La proyección interna de la ética de la sanidad militar en operaciones**

Los tres aspectos de esta proyección interna son la asistencia a las propias fuerzas, asistencia a heridos y retenidos, y potenciación de capacidades psicobiológicas de los soldados.

#### **La asistencia a las fuerzas propias**

El propósito primario del apoyo sanitario en las operaciones militares es la promoción, conservación, recuperación y restauración de la salud del personal participante, minimizando las secuelas físicas y mentales que pudieran originarse. Los principales principios o valores que se han introducido en el debate ético y en la crítica hacia la actuación de la sanidad militar, no son principios diferentes de los que conforman una actuación ética en el ámbito asistencial y de experimentación en el ámbito civil, ya que estos no son en absoluto diferentes, como señalan acertadamente los artículos anteriores.

En este apartado veremos los conflictos específicos que se pueden generar en la aplicación, por parte de la sanidad militar, de los principios que deben guiar su actuación (autonomía personal, beneficencia, no maleficencia y justicia<sup>12</sup>) y otros entre los que destacan la autonomía e intimidad personal y el derecho a la propia imagen, y la valoración del riesgo para sí mismo o terceros que se pueda generar para una operación determinada.

Si se revisan los debates éticos acontecidos desde la Segunda Guerra Mundial en torno a la asistencia y evaluación por parte de la sanidad militar de su propio personal, se objetiva la presencia recurrente de los mismos problemas, pero un abordaje distinto en los diferentes países y una evolución hacia un mayor peso de la autonomía e intimidad personal. Esta evolución ha propiciado la crítica ya expresada hacia la presencia de una

---

<sup>12</sup> Gillon, R. (1994 Jul 16). *Medical ethics: four principles plus attention to scope*. 309 (6948): 184-8. doi: 10.1136/bmj.309.6948.184.

sanidad como parte integrante de las Fuerzas Armadas<sup>13</sup> que fueron en su momento rebatidas por Madden y Carter<sup>14</sup>.

Esta defensa de la sanidad militar es obviamente compartida por este autor, en la mayoría del razonamiento expuesto por Madden y Carter, pero también discrepa en otros, en parte por el fundamento subyacente, en parte por los casos ofrecidos como ejemplo, por la sencilla razón de que no se adecuarían al caso de la sanidad militar española y su forma de integrarse en las Fuerzas Armadas.

### Prioridad: ¿las necesidades del paciente o la misión?

Entre los debates más frecuentes al tratar el papel de la sanidad militar en la asistencia a las propias fuerzas, el más relevante ha sido el conflicto de intereses por el papel como médico y como militar, como posible causa de un detrimento de la asistencia de un paciente e incluso la toma de decisiones médicas impuestas que pueden ser contraproducentes para la salud. La mayor parte de los casos expuestos se corresponden con la participación estadounidense en conflictos de alta intensidad, en la toma de decisiones de la cadena funcional sanitaria y el propio personal médico o paramédico, pero también políticas y de la cadena de mando militar.

Uno de los casos que repetidamente se cita en los artículos es la decisión, ante la escasez de penicilina y los planes aliados para la invasión de Sicilia y el resto de Italia, que se tomó por la parte británica de priorizar el tratamiento de soldados con enfermedades de transmisión sexual con el objetivo de su recuperación temprana para el combate, frente a bajas de combate con heridas graves. Presentado el caso así, se ofrece como un caso paradigmático de conflicto de interés entre las necesidades de los pacientes y la priorización basada puramente en criterios médicos; justificado en la priorización, como un bien mayor y que salvaría más vidas, la consecución del objetivo militar propuesto, donde el futuro como sociedad estaba en juego.

Lo que sorprende a este autor es que nadie valora varios hechos, que se pueden ver en el artículo publicado por alguien que participó en la decisión, y que son muy ilustrativos<sup>15</sup>. El primero, que fue en definitiva una decisión

---

<sup>13</sup> Cfr. 95.

<sup>14</sup> Madden, W. y Carter, B. S. (2003). *Physician-Soldier: A Moral Profession. Military Medical Ethics*. Vol. 1. Washington, DC, Office of The Surgeon General at TMM Publications Borden Institute, Walter Reed Army Medical Center 20307-5001. [Fecha de la consulta 15.05.2022]. Disponible en: <https://medcoe.army.mil/borden-tb-mil-med-ethics-vol1>

<sup>15</sup> Howie, J. (1979). Gonorrhoea—a question of tactics. *BMJ*. Vol. 2 (diciembre de 1979), n.º 6205, pp. 1631–1632. ISSN 1468-5833. [Fecha de consulta 16.06.2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.2.6205.1631>

política del más alto nivel, no militar ni médica, aun contando con el apoyo de la cadena de mando sanitaria. El segundo, que un factor determinante y que se omite cuando se cita el caso, es que el uso en términos de beneficio/riesgo de la penicilina en el tratamiento de la gonorrea estaba ya testado y acreditado suficientemente, mientras que el uso para heridas de guerra no lo estaba (lo que en la actualidad habría llevado a la misma decisión).

El último y muy relevante, es el que se remarca cuando se hace referencia al caso de la comparación entre el beneficio hacia alguien al que se le responsabiliza de su propia enfermedad y se le reprocha una conducta «inmoral» frente al que ha recibido un daño injusto, mientras se sacrificaba por su país sin haberse puesto voluntariamente en riesgo. En definitiva, que se pretende reforzar el caso en base a criterios de mal o buen comportamiento previo, algo que debería obviarse en las decisiones médicas de acuerdo a los principios de no discriminación por causas ajenas a la necesidad que hemos señalado. Lo que correspondería es contraponer la gravedad entre los dos grupos, sin entrar en valoraciones moralistas de comportamiento.

La enseñanza de este caso es que, queramos o no, la naturaleza humana nos lleva a valorar ciertas conductas y reprochar otras, lo que justifica la inclinación natural del personal sanitario para priorizar en casos extremos a su familia, al personal sanitario militar o a su compañero militar. Vencer esta propensión a ajustar nuestras decisiones, según el comportamiento ético o proximidad del paciente, será tanto más difícil cuanto el comportamiento del enemigo haya estado totalmente falto de humanidad y de respeto al derecho de los conflictos armados y el derecho internacional humanitario, como se comentará posteriormente.

### La pluralidad de funciones del médico o enfermero en operaciones

El médico o enfermero militar adscrito a una unidad militar puede realizar diversas funciones respecto de un grupo de militares. Por una parte, tiene un cometido puramente asistencial, donde es de aplicación plena la normativa nacional sobre autonomía del paciente<sup>16</sup>, esta labor es en territorio nacional responsabilidad del Instituto Social de las Fuerzas Armadas (que puede concertar el uso de los hospitales militares) y no de la Sanidad Militar, pero también le corresponde de forma limitada a la asistencia primaria inaplazable y de urgencias dentro del horario en el que está desempeñando sus cometidos profesionales. Esto nos diferencia de otras Fuerzas Armadas con las que compartimos misión, donde la sanidad militar presta

---

<sup>16</sup> BOE. (2002). 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 274, actualizada el 05.06.2021. [Fecha de consulta: 01.05.2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>

la asistencia a tiempo completo y en todos los niveles, incluyendo el tratamiento de las familias a cargo.

También tiene una responsabilidad en la promoción de la salud del militar, que comparte con otros organismos nacionales y autonómicos respecto de la población general. Ejerce labores equivalentes a las que realiza el médico del trabajo a nivel de las empresas. Finalmente, ejerce el control de bajas laborales, visando los partes de baja y emitiendo un dictamen que se puede considerar vinculante para el jefe de la unidad, quien es formalmente el que concede la baja y es el iniciador con sus informes del proceso para declarar las incapacidades parciales (apto con limitaciones) o permanentes para el servicio.

Salvo esta última función, el personal sanitario ejerce las funciones referidas de forma plena y única cuando está en operaciones, además de ejercer de enlace con formaciones y centros sanitarios de otra nacionalidad. El código de deontología de la sanidad militar francesa recoge varios de estos cometidos (prevención, diagnóstico, cuidados, pericia, evaluación de la aptitud, y control de bajas), en especial para la especialidad de medicina<sup>17</sup>.

En ocasiones, esto provoca una falta de diferenciación clara entre los diversos cometidos, que pueden requerir soluciones diferentes. Por ejemplo, la decisión de continuar en la misión asumiendo un riesgo aumentado para su salud, desde el punto de vista del militar como paciente, corresponde al ámbito de la autonomía del militar como paciente, así como la información que se genera en su asistencia clínica. Sin embargo, la misma situación valorada desde el punto de evaluación laboral o de protección de la salud de terceros, limita el ámbito de decisión del militar, porque corresponde a otros la decisión de asumir un riesgo tanto para él como para terceros o la misión.

Esta limitación del ámbito de decisión y otros deberes y derechos está recogida en los principios y códigos deontológicos mencionados, pero de forma más clara en el *Código ético para los profesionales de la salud laboral* de la Comisión Internacional para la Salud Laboral<sup>18</sup>. Así, según su art. 10 los exámenes prescritos por la legislación o la reglamentación nacional solo deben «[...] en lo concerniente a la aptitud para el trabajo previsto, o a las limitaciones necesarias desde el punto de vista médico para la asignación de tareas o en la exposición a determinados riesgos laborales, con énfasis en las propuestas para adecuar las tareas y condiciones de trabajo

---

<sup>17</sup> Ministerio de la Defensa (Francia). (2008). Décret n.º 2008-967 du 16 septembre 2008 fixant les règles de déontologie propres aux praticiens des armées. *Journal Officiel de la République Française*, n.º 0218 18.09.2008.

<sup>18</sup> Comisión Internacional para la Salud Laboral. (2014). *Código ético para los profesionales de la salud laboral*, rev. 2014. [Fecha de la consulta 20.06.2022]. Disponible en: <https://www.icohweb.org/site/core-documents.asp#>

a las aptitudes. En la medida que sea necesario para garantizar la protección de la salud, y previo consentimiento informado del trabajador involucrado, se podrá facilitar información de carácter general sobre la aptitud laboral, o en relación con la salud, o los probables efectos de los riesgos del trabajo [...]».

Para complementarlo, el art. 11 trata de los peligros para terceros, estableciendo que «[...] en el caso de darse situaciones particularmente peligrosas, se debe informar a la dirección de la empresa y a la autoridad competente, si así lo establece la legislación nacional, sobre las medidas necesarias para proteger a otras personas. En su recomendación, el profesional de la salud laboral debe tratar de conciliar el empleo del trabajador involucrado con la seguridad y la salud de terceros que pudieran estar en peligro».

Teniendo claras estas premisas será más fácil decidir, deontológica y éticamente, la continuidad o no en la misión y a quién corresponde esta responsabilidad. Así, aunque la decisión final corresponde al mando militar, la oportuna información por parte del personal sanitario distinguirá en este ámbito de decisión un permitido espacio de discrecionalidad frente a otro donde, las limitaciones presentes y el riesgo para el paciente o terceros, no permite tomar una decisión distinta que el interés inmediato de tratamiento y/o baja del paciente en la operación, de forma temporal o definitiva.

Esta misma necesidad de información del mando se produce ante la necesidad de una evacuación hacia centros sanitarios de mayor nivel en zona de operaciones o en territorio nacional, donde la decisión debe tener en cuenta el balance riesgo/beneficio, los posibles medios para llevarlo a cabo y su grado de disponibilidad y coste, evitando el empleo de medios desproporcionados a la urgencia y necesidades del paciente (lo que está en línea con la actuación guiada por el buen gobierno y la equidad contemplada en el art. 23 del CDM).

Una guía clara de cómo separar funciones en la actividad diaria y documentación diferenciada es indispensable para facilitar las decisiones, teniendo actualmente un margen de mejora que debe ser abordado. En mi opinión, entendiendo lo anterior, se facilita la respuesta a la mayoría de los denominados conflictos de intereses entre los objetivos militares y las necesidades del paciente<sup>19</sup>.

---

<sup>19</sup> Vollmuth, R. Healthcare Professionals between Medical Ethics and Military Duties. [Fecha de la consulta: 19.06.2022]. Disponible en: <https://military-medicine.com/article/3198-healthcare-professionals-between-medical-ethics-military-duties.html>; Weisfeld, N. et al. (2008). Military Medical Ethics: Issues Regarding Dual Loyalties: Workshop Summary. [Fecha de la consulta: 11.06.2022]. Disponible en: <http://www.nap.edu/catalog/12478.html>

La mayoría de los casos reseñados en la literatura son referidos a conflictos de media o alta intensidad, donde se toman decisiones que no tienen en cuenta solo los intereses de salud del paciente, y que excluyen a este de la toma de la decisión, como la reintegración de soldados a unidades de combate aun cuando su abordaje desde el punto de vista únicamente psiquiátrico aconsejaría otra decisión<sup>20</sup>.

En el caso español, los casos de imposición de continuación en la misión, en contra de los intereses sanitarios relevantes del paciente contra su voluntad, se pueden considerar inexistentes, aunque podrían llegar a darse un conflicto ético similar en un contexto de conflicto armado, no previsible, donde fuera necesario preservar la operatividad y combatividad que estuviera comprometida. Por el contrario, también en el caso español, el principio de precaución es máximo en situaciones de posible riesgo hacia el propio militar o terceros, sobre todo en las decisiones que implican la retirada de armas o el permiso de conducir, por el riesgo no solo derivado de la intencionalidad, sino de la accidentabilidad.

Los casos más frecuentes en nuestras operaciones son sensiblemente diferentes, donde se indica desde el punto de vista médico una limitación o restricción de actividades que se opone a la voluntad del interesado por seguir desarrollando su actividad o no aceptar la baja. Los motivos para ese rechazo son diversos, destacando los de lealtad y sentido del deber que le impulsan al cumplimiento de su misión, el de compañerismo que le impulsa a permanecer junto a su grupo, y el de beneficios para su carrera militar o económicos, esto último siendo también digno de ser tenido en consideración por cuanto pertenece a una aspiración razonable en lo personal. Esta decisión del militar de permanecer en la misión se verá normalmente apoyada por el propio mando del paciente, en parte por el beneficio operativo, pero en la mayoría de los casos por el sentido de protección y apoyo que se siente hacia los subordinados, mientras no exista un compromiso serio para la misión, el militar o terceros.

Por ello, para la toma de una decisión correcta, el paciente y el mando deben estar plenamente informados de la capacidad del interesado, sus limitaciones y la probabilidad de ocurrencia de los riesgos asumidos y los factores que lo incrementan (de lo que debe quedar constancia documental) para que la decisión se tome con todos los elementos relevantes. En todo caso, desde el punto de vista ético, el mando debería seguir la recomendación final del médico cuando el riesgo sea probable y de suficiente entidad<sup>21</sup>.

<sup>20</sup> Quinn, M. y Wilkes, S. N. et al. (2008). Military Medical Ethics: Privacy, Military Necessity, and the Dual Roles of Military Psychiatrists. *The American Journal of Psychiatry Residents' Journal*, junio 2020.

<sup>21</sup> Howe, E. G. Mixed Agency in Military Medicine: Ethical Roles in Conflict? *Military Medical Ethics*. Vol. 1 Washington, DC, Office of The Surgeon General at TMM Publications Borden Institute, Walter Reed Army Medical Center 20307-5001. [Fecha de la consulta: 15.05.2022]. Disponible en: <https://medcoe.army.mil/borden-tb-mil-med-ethics-vol1>

## El trato de detenidos, retenidos y prisioneros

Los principios y valores enunciados anteriormente marcan un imperativo moral de asistir sin distinción a fuerzas propias, aliadas o del enemigo. Por lo tanto, esa debe ser la guía de actuación y así está asumida en nuestra sanidad militar. El detenido, prisionero o retenido pasa a ser nuestra responsabilidad en el mismo grado que nuestras fuerzas, lo que no generará normalmente un conflicto si existen recursos suficientes, por lo que debe ser tenido en cuenta en la planificación de los recursos y el sostenimiento logístico para evitar crear en el personal sanitario desplegado un conflicto evitable.

Sin embargo, sería hipócrita esconder que pueden existir situaciones excepcionales derivadas de la limitación de recursos propios de los despliegues en el exterior que pueden confrontar valores y deberes éticos. En el despliegue en el exterior de personal militar español, el Estado, y en consecuencia la sanidad militar, adquiere un compromiso ético de ofrecer a dicho personal, la mayor protección, compromiso que está recogido en la doctrina nacional e internacional. Como se ha dicho, esa es la razón principal de la sanidad militar, garantizar en la medida de lo posible en los despliegues la calidad asistencial que es ofrecida en territorio nacional a todos los ciudadanos, sin ninguna distinción; tratando de dar el máximo amparo a aquel que se está sacrificando y poniendo en riesgo su vida en defensa de unos valores, en una misión que le ha sido encomendada por un gobierno emanado de la voluntad popular.

El conflicto moral no nace, como se supone en muchos artículos sobre ética médica militar, por necesidades operacionales o la deshumanización o el desprecio por el adversario, sino por la sensación de abandono de ese compromiso ético y la natural inclinación de cualquier individuo a la protección de nuestros más próximos<sup>22</sup>. Ese conflicto interior se acentúa cuando se confronta con un enemigo que ha transgredido cualquier límite de respeto de la dignidad humana y se está en la tesitura de optar por salvar a unos u otros. En mi opinión, la aplicación ofrecida por Gracia Guillén debe ser un método válido de aproximación al conflicto.

Aunque existe un debate actual<sup>23</sup> sobre la posibilidad de que los presos participen en programas de experimentación médica, sí lo pueden hacer

<sup>22</sup> Gross, M. (2015). Kameraden zuerst? Militärische vor medizinischer Notwendigkeit. Den Gegner retten? *Militärärzte und Sanitäter unter Beschuss. Ethik und Militär* | Ausgabe 2015/1.

<sup>23</sup> El País digital. (2019). Expertos en bioética respaldan el experimento con presos violentos que paralizó Interior. Online 09.03.2019. Disponible en: [https://elpais.com/elpais/2019/03/08/ciencia/1552062521\\_588321.html](https://elpais.com/elpais/2019/03/08/ciencia/1552062521_588321.html). Fecha de la consulta 01.09.2022

en las mismas condiciones y con los mismos derechos<sup>24</sup>, basta recordar los dramáticos casos que motivaron en el siglo pasado la generación del código de Nuremberg<sup>25</sup>, para apoyar que esta posible admisibilidad no deba en ningún caso ser extendida al caso de retenidos o prisioneros durante un conflicto armado, es decir, de adversarios a cargo de una fuerza militar de otro país. El siguiente apartado recordará los criterios para incluir a sujetos en procesos de investigación y experimentación con seres humanos, en línea con lo señalado por Rodríguez Sendín y Torres León.

No me cabe duda de la negativa que daría cualquier miembro de nuestra sanidad militar a participar en procedimientos de tortura y tratos degradantes de prisioneros, pero también a cualquier acto que pueda favorecerlos<sup>26</sup>, independientemente del beneficio que se pudiera obtener. No obstante, se debe ser consciente y estar alerta, por la posible iniciación de un camino deslizante desde decisiones aparentemente irrelevantes o que buscan un beneficio aparentemente bueno, pero que van olvidando los principios que se deben seguir<sup>27</sup>.

Un caso particular es la alimentación forzada de prisioneros en caso de su negativa a la ingestión de alimentos que, como apunta Rodríguez Sendín, habría que admitir dentro del ámbito propio de la autonomía personal<sup>28</sup>, en línea con los principios y criterios deontológicos emitidos por las sociedades médicas internacionalmente<sup>29</sup>.

En este caso se plantearía un problema de legalidad, puesto que, diversas sentencias de nuestro Tribunal Constitucional emitidas de forma previa a la clarificación de estos criterios, no admitieron completamente esta autonomía personal cuando los motivos puedan no ser una verdadera intención de querer morir sino una forma de protesta (no se podría

---

<sup>24</sup> García Guerrero, J. (2010). Los presos como sujetos de investigación biomédica. *Cuad. Bioét.* XXI, 2010/2.<sup>a</sup>: 185-198. [Fecha de la consulta: 28.06.2022]. Disponible en: <http://aebioetica.org/revistas/2010/21/2/72/185.pdf>

<sup>25</sup> Shuster, E. (November 13, 1997). Fifty Years Later: The Significance of the Nuremberg Code. *N Engl J Med.* 1997; 337:1436-1440. doi: 10.1056/NEJM199711133372006.

<sup>26</sup> Lifton, R. J. (July 29, 2004). Doctors and Torture. *BMC Med Ethics* 22. *N Engl J Med.* 2004; 351:415-416, doi: 10.1056/NEJMp048065.

<sup>27</sup> Vollmuth, R. (2021). Die Gefahr der «schiefen Ebene»–Sanitätspersonal zwischen Medizinethik und militärischem Auftrag. *BMC Med Ethics* 22, 153. [Fecha de la consulta 18.05.2022]. <https://doi.org/10.1186/s12910-021-00723>

<sup>28</sup> Boyd, W. (October 2015). Ethics case: Force-Feeding Prisoners Is Wrong. *American Medical Association Journal of Ethics.* Volume 17, Number 10: 904-908.

<sup>29</sup> Asociación Médica Mundial. Declaración de Malta de la AMM sobre las personas en huelga de hambre. Actualizada en octubre 2017. [Fecha de la consulta 19.07.2022]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-malta-de-la-amm-sobre-las-personas-en-huelga-de-hambre/>

admitir la huelga de hambre como forma de chantaje al Estado), por existir un deber especial de protección de esa persona por su condición de preso, o porque no se pueda corroborar, una vez perdida la consciencia, su voluntad de permanecer en su huelga de hambre<sup>30</sup>, argumentos que han sido muy criticados. En todo caso, el problema probablemente derivaría en una decisión judicial, que dependiendo del sentido de lo que se acuerde, podría suscitar incluso la objeción de conciencia por parte del personal sanitario.

### **La experimentación y la potenciación psicobiológica de capacidades**

La generación y evolución de los dilemas éticos derivados de la experimentación o el desarrollo de programas de potenciación de las capacidades psicológicas y fisiológicas han estado presentes y constituyen un campo de actuación claro de los comités de ética<sup>31</sup>, con valoraciones complejas como se señala en los artículos previos, plasmadas en las sucesivas modificaciones de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial<sup>32</sup> o el Convenio de Oviedo mencionado.

Una relación más indirecta y lejana con las operaciones tendrían los aspectos éticos que se suscitan en la experimentación con animales, en un mundo cada vez más concienciado en la necesidad de evitar el daño y malestar animal. No se profundizará en este tema, en el que al menos se tendrá que cumplir con la diferente normativa que se ha ido generando para su regulación<sup>33</sup>.

### **La proyección externa de la ética de la sanidad militar en operaciones La asistencia sanitaria a población civil**

En un estudio entre personal médico americano, las tasas de aquellos que tenían como factor determinante para su ingreso y permanencia en las Fuerzas Armadas la posible prestación de ayuda humanitaria, estaba en un 48 % y 62 % respectivamente, mientras que un 25 % lo consideraban un

<sup>30</sup> SSTC 120/90 de 27 de junio de 1990 y 137/90 de 30 de julio de 1990.

<sup>31</sup> Cho, M. K. et al. (2008). Strangers at the Benchside: Research Ethics Consultation. *Am J Bioeth.* 08.03.2008, (3): 4–13. doi: 10.1080/15265160802109322.

<sup>32</sup> Asociación Médica Mundial. (1964). Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Actualizada a octubre 2013. [Fecha de consulta: 19.07.2022]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

<sup>33</sup> Disponible en: <https://www.uab.cat/web/experimentacio-amb-animals/legislacion-y-guias-1345736970421.html>

factor negativo<sup>34</sup>. En el caso de nuestra sanidad militar, me atrevería a afirmar que dicho cometido es uno de los más gratificantes para nuestro personal militar y sanitario, fruto de la conciencia de servicio hacia los demás y de compasión ante el prójimo.

En la prestación de apoyo sanitario a población civil en una zona de operaciones las discusiones éticas han surgido desde dos planteamientos aparentemente contradictorios. Por una parte, desde el punto de los principios de las organizaciones médicas, el personal sanitario tiene un imperativo ético de asistencia hacia todos, especialmente al vulnerable y a cualquier persona en situación crítica. Por otra, un rechazo desde el punto de vista ético hacia la participación de fuerzas armadas en labores de ayuda humanitaria, incluida la participación de personal sanitario militar. ¿Cómo se pueden conjugar estas dos directrices de actuación?

A lo largo de las últimas décadas han ido apareciendo guías, directrices y protocolos con relación a la prestación de ayuda humanitaria, avalados por organizaciones internacionales, ya señaladas en otros artículos de este documento. Todas estas guías recogen los principios éticos que deben regir la ayuda humanitaria, tanto en zona de conflicto como en las crisis provocadas en casos de desastre, en la persecución de los dos objetivos principales de la ayuda humanitaria, salvar vidas y aliviar el sufrimiento. Estos principios son: humanidad (que es además un valor ético fundamental), imparcialidad, independencia y neutralidad.

Las dudas o críticas hacia la imposibilidad o dificultad de que los contingentes militares puedan aplicar los cuatro principios han propiciado un rechazo, o al menos una desconfianza y recelo hacia su participación en labores de ayuda humanitaria.

En general, no se observa ningún problema en entender que la sanidad militar es capaz de desarrollar una labor asistencial a población civil con humanidad. Las críticas surgen en relación a los otros tres principios ante un desastre humanitario (entendido está última como la no discriminación basada en la nacionalidad, raza, género, orientación sexual, religión o afiliación con un grupo político específico, dando prioridad a los más vulnerables), neutralidad (en especial en conflictos armados) al poder estar favoreciendo una de las partes, e independencia de intereses ajenos al puro de asistencia humanitaria.

Fruto de ello, existen posturas drásticas que exigen una exclusión de las Fuerzas Armadas en apoyo de cualquier acción humanitaria en apoyo de la sociedad civil. Posturas aún más maximalistas incluso rechazan esta posibi-

---

<sup>34</sup> Driftmeyer, J. E. et al. (2004). Humanitarian service and recruitment and retention of uniformed services medical personnel. *Mil Med.* 2004 May; 169(5):358-60. doi: 10.7205/milmed.169.5.358.

lidad para organizaciones como las Naciones Unidas, porque en muchos de los conflictos señala responsabilidades y culpables, lo que según su criterio rompería el principio de neutralidad, defendiendo que la ayuda sanitaria debe estar solamente dedicada a los objetivos de salvar vidas y aliviar el sufrimiento. La consecuencia es desligar completamente la prestación de ayuda sanitaria no solo de los esfuerzos por dotar de estabilidad o seguridad, sino también incluso de la defensa de los derechos humanos<sup>35</sup>.

Además, a favor de esta postura contraria a la participación de fuerzas militares en esta función, existen experiencias negativas de su empleo por varios países o coaliciones en programas con participación del personal sanitario militar. Estos programas se concibieron inicialmente desde el punto de vista estratégico y operacional como una forma incruenta y civilizada de ganar «mentes y corazones» entre la población. Las críticas han surgido principalmente en torno a dos problemas de indudable raíz ética.

En primer lugar, un problema derivado del motivo en la razón de su creación, que no ha sido la ayuda sanitaria a la población sino un puro interés estratégico, si no hubiera misión militar no se habría planteado en ningún caso. Esto ha motivado que no se realizaran tras un estudio detallado de necesidades y situación sanitaria de la población, ni en coordinación con autoridades, organismos y organizaciones que sean responsables de las estructuras y programas asistenciales en la zona, en detrimento de los objetivos que cualquier iniciativa de ayuda humanitaria o al desarrollo debe plantearse de forma racional. Este déficit de planeamiento no ha sido único de la parte militar, sino que ha sido observado en diferentes tipos de organizaciones o iniciativas de apoyo.

En segundo lugar, motivado principalmente por su defecto de origen, estos programas han presentado una falta de desarrollo de planificación en medios, capacidades y objetivos concretos. Las misiones militares de muchos países no han considerado lo que un verdadero programa en apoyo a la población supone, lo que ha significado escasos medios, cuando no inadecuación de los recursos empleados, dando lugar a apoyos meramente cosméticos o contraproducentes<sup>36</sup>.

Frente a estas experiencias negativas, y sin entrar en los argumentos a favor de la posibilidad de actuar en la prestación de la ayuda humanitaria con respeto a los cuatro principios, la realidad demuestra que renunciar

---

<sup>35</sup> Von Pilar, U. & Redepenning, B. (2015). Respekt und Distanz - Ärzte ohne Grenzen und das Militär. Den Gegner retten? Militärärzte und Sanitäter unter Beschuss. *Ethik und Militär* | Ausgabe 2015/1.

<sup>36</sup> Eagan Chamberlin, S.M. (2013). The complicated life of a physician-soldier: Medical readiness training exercises & the problem of dual loyalties. *Den J. Biomedical Science and Engineering*, 6, pp. 8-18 JBiSE. <http://dx.doi.org/10.4236/jbise.2013.610A1002>

a capacidades militares difíciles de ser aportadas por organizaciones civiles, o por resultar estas limitadas e insuficientes, supondría negar a una población necesitada recursos que objetivamente podrían salvar vidas y aliviar el sufrimiento, algo que éticamente puede ser difícil de defender, tanto en operaciones puras de ayuda humanitaria y apoyo a destares, como participando en misiones de mantenimiento o imposición de la paz o, algo más improbable, como parte en una guerra declarada.

Por ello, las principales guías emanadas de Naciones Unidas lo que hacen es establecer criterios restrictivos, pero no prohibitivos para la participación de fuerzas armadas en labores de ayuda humanitaria. Entre ellas aquellas referidas a alivio de desastres<sup>37</sup> y escenarios complejos<sup>38</sup>. En línea con estas referencias se han establecido unas directrices y guías de intervención por la Comisión Europea<sup>39</sup> y el Consejo de la Unión Europea<sup>40</sup>. También deben ser mencionados los 24 Principios y Buenas Prácticas de la iniciativa *Good Humanitarian Donorship* que engloba actualmente a 42 países y organizaciones<sup>41</sup>, de los que España forma parte, que incluye los mismos parámetros

---

<sup>37</sup> UNOCHA. (2006). Guidelines On The Use of Foreign Military and Civil Defence Assets In Disaster Relief - «Oslo Guidelines». Updated November 2006 (Revision 1.1 November 2007). [Fecha de la consulta: 17.05.2022]. Disponible en: <https://www.unocha.org/sites/unocha/files/OSLO%20Guidelines%20Rev%201.1%20-%20Nov%2007.pdf>

UNOCHA. (2018). Recommended Practices for Effective Humanitarian Civil-Military Coordination of Foreign Military Assets (FMA) in Natural and Man-Made Disasters. Version 1.0, 05 September 2018. [Fecha de la consulta: 16.05.2022]. Disponible en: <https://resourcecenter.undac.org/wp-content/uploads/2021/02/Guidance.Practices-for-Humanitarian-CMCoord-of-FMA-in-Natural-and-Man-Made-Disasters.pdf>

<sup>38</sup> UNOCHA. (2003). Guidelines on the Use of Military and Civil Defense Assets to Support United Nations Humanitarian Activities in Complex Emergencies. Marzo 2003 – revisado en junio 2006. [Fecha de la consulta: 17.05.2022]. Disponible en: <https://www.unocha.org/sites/unocha/files/01.%20MCDA%20Guidelines%20March%2003%20Rev1%20Jan06.pdf>

UNOCHA. (2004). Inter-Agency Standing Committee (IASC) Reference Paper on Civil-Military Relationships in Complex Emergencies. 28 junio 2004. [Fecha de la consulta: 21.05.2022]. Disponible en: <https://reliefweb.int/report/world/civil-military-relationships-complex-emergencies-iasc-reference-paper>.

<sup>39</sup> European Commission. (2018). The European Consensus On Humanitarian Aid. The humanitarian challenge. Ver. 1.0, 05.09 2018. [Fecha de la consulta: 10.06.2022]. Disponible en: [https://ec.europa.eu/echo/files/media/publications/consensus\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/echo/files/media/publications/consensus_en.pdf)

<sup>40</sup> Consejo de la Unión Europea. Military support to EU disaster response - identification and coordination of available assets and capabilities. Doc. 9462/3/06 REV 3 and doc. 14540/06 + COR 1. [Fecha de la consulta: 09.06.2022]. Disponible en: <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-9462-2006-REV-3/en/pdf>

<sup>41</sup> Good Humanitarian Donorship (GHD). 24 Principles and Good Practice of Humanitarian Donorship. Online actualizado junio 2018. [Fecha de la consulta: 23.05.2022]. Disponible en: <https://www.ghdinitiative.org/ghd/gns/principles-good-practice-of-ghd/principles-good-practice-ghd.html>

descritos e incluye entre sus principios la promoción del Código de Conducta de la Cruz Roja de 1994 en el alivio de desastres<sup>42</sup>.

Los criterios básicos principales de dicha participación se resumen en tres: uso de capacidades militares como último recurso, que no haya alternativa comparable y suficiente en el ámbito civil y que, aunque control de esas capacidades permanezca en la cadena de mando militar, y que la actuación se someta a la dirección y coordinación de la organización humanitaria, principalmente UNOCHA, responsable del apoyo humanitario de forma global en esa zona.

Estos criterios son, en el nivel de planificación y objetivos de una misión, directamente aplicables al uso de capacidades sanitarias no solo en misiones puras de apoyo humanitario sino en apoyo de operaciones de estabilidad<sup>43</sup>, tanto en apoyos de reformas para la seguridad<sup>44</sup>, como en el de reconstrucción y desarrollo<sup>45</sup>. En los casos de conflicto armado de media y alta intensidad, cuando la presencia de una coordinación civil en zona sea complicada o imposible se realizarán también todos los esfuerzos posibles para favorecer la dirección y coordinación por parte de organizaciones internacionales como UNOCHA.

Para evitar la discrepancia entre el deber de actuar del personal sanitario hacia toda persona en necesidad y esta limitación de la participación de las Fuerzas Armadas y, por inclusión, de la sanidad militar en apoyo de la población civil hay que tener en cuenta que esta limitación se efectúa en la propia planificación y conducción, por lo que la responsabilidad de su ejecución corresponde a decisiones políticas y de la cadena militar.

Cuando el foco de la responsabilidad lo trasladamos a las Fuerzas Armadas y al personal sanitario que ya ha sido desplegado, los valores y principios siguen siendo los mismos, pero su peso y aplicabilidad varían, se actúa no por una programación deliberada, sino como reacción ante casos

---

<sup>42</sup> Comité Internacional de la Cruz Roja y Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja. (1994). The Code of Conduct for the International Red Cross and Red Crescent Movement and Non- Governmental Organisations (NGOs) in Disaster Relief. [Fecha de la consulta: 09.06.2022]. Disponible en: <https://www.ifrc.org/sites/default/files/2021-07/code-of-conduct-movement-ngos-english.pdf>

<sup>43</sup> Bricknell, M. C. y Hanhart, T. N. (2007). Stability operations and the implications for military health services support. *J R Army Med, Corps.* 2007 Sep; 153(1):18-21, doi: 10.1136/jramc-153-03-04.

<sup>44</sup> Bricknell, M. C. y Thompson, D. (2007). Roles for international military medical services in stability operations (security sector reform). *J R Army Med, Corps.* 2007 Sep; 153(2): 95-98, doi: 10.1136/jramc-153-02-04.

<sup>45</sup> Bricknell, M. C. y Gadd, R. D. (2007). Roles for international military medical services in stability operations (reconstruction and development). *J R Army Med, Corps.* 2007 Sep; 153(3):160-4, doi: 10.1136/jramc-153-03-04.

concretos que se presentan localmente. Ante esto, nos vamos a encontrar ante el compromiso de actuar por la vía del deber ético que tenemos como personal sanitario.

Esta actuación tiene dos motivos de peso para ser ofrecido de forma limitada, la justificación a la que se ha recurrido siempre de los recursos sanitarios limitados de los que se dispone, pero también la necesidad de cumplir el código de conducta y los criterios restrictivos de empleo de las Fuerzas Armadas. En esas situaciones concretas también nos debemos plantear si somos el último recurso, sin una alternativa presente y no estamos interfiriendo con las capacidades sanitarias locales o de organizaciones de apoyo. Un procedimiento que en muchos países y organizaciones como la OTAN o la Unión Europea se ha establecido es determinar, con carácter previo ya en la planificación, las denominadas reglas médicas de elegibilidad (MROE por sus siglas en inglés) que determinan a quién, y en qué prioridad se atiende en una formación sanitaria militar de tratamiento, sea un hospital de campaña o de entidad más reducida.

En general se prioriza a heridos y enfermos de las propias fuerzas, junto a los prisioneros, a los heridos civiles como consecuencia de acciones propias y finalmente a las emergencias vitales o de alto riesgo de pérdida de miembros o sentidos en otros grupos. La controversia nace en la priorización interna que se hace entre estos grupos. Autores como el ya mencionado Gross no solo defienden la priorización de los propios camaradas en situaciones extremas basado en los lazos de conectividad social y emocional, sino que incluso rechazan de forma censurable la asunción de responsabilidad sobre las víctimas civiles fruto de daños colaterales por acciones de las fuerzas propias<sup>46</sup>, lo que es rebatido por autores como Miller<sup>47</sup>. Con objeto de evitar los debates y conflictos éticos derivados de estas reglas de elegibilidad, en muchos casos se ha optado por suprimirlas, como en la operación BARKHANE<sup>48</sup>. Aunque la opinión de los participantes en este artículo es favorable a tal decisión, dejando la decisión individual en cada caso, no debemos olvidar que el conflicto ético seguirá existiendo<sup>49</sup>.

---

<sup>46</sup> Gross, M. L. Saving Life, Limb, and Eyesight: Assessing the Medical Rules of Eligibility During Armed Conflict. *Am J Bioeth*, 17:10,40-52, doi: 10.1080/15265161.2017.1365186

<sup>47</sup> Miller, J. P. (2017). A Care Ethics Approach to Medical Eligibility in Armed Conflict. *Am J Bioeth*. 17.10.2017 (10):61-63, doi: 10.1080/15265161.2017.1367867. PMID: 29020555.

<sup>48</sup> Lamblin, A. et al. (2021). Ethical challenges faced by French military doctors deployed in the SAHEL (Operation BARKHANE): a qualitative study. *BMC Med Ethics*. 22, 153 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12910-021-00723-2>

<sup>49</sup> Tobin, J. (2005). The challenges and ethical dilemmas of a military medical officer serving with a peacekeeping operation in regard to the medical care of the local population. *J Med Ethics*. 2005; 31:571-574. doi: 10.1136/jme.2004.008839.

También es objeto de debate ético el curso diferente en los cuidados que, tras la atención de las urgencias y emergencias, que van a seguir los pacientes en función de su pertenencia a un grupo u otro, siendo los heridos o enfermos de las fuerzas militares desplegadas evacuados a sus países de origen (normalmente con mayores estándares de asistencia sanitaria) mientras otros son remitidos en la mayoría de los casos a las estructuras sanitarias locales. Esta situación lo que refleja es una realidad innegable, las diferencias de los niveles asistenciales que existen entre los diferentes países del mundo, y no es un problema ético específico de los contingentes sanitarios desplegados, que no pueden ni deben pretender suplir las carencias globales de un sistema. En nuestro sistema, las decisiones de evacuación a territorio nacional por motivos humanitarios pertenecen al ámbito político, que responden normalmente a petición de organizaciones o iniciativas civiles, y al que corresponde ponderar los valores en juego.

### **La formación sanitaria de otras fuerzas armadas y cuerpos de seguridad**

Las actividades de instrucción, adiestramiento y enseñanza de fuerzas armadas en desarrollo en otros países por parte de las Fuerzas Armadas españolas siempre incluyen la transmisión de una cultura ética en base al derecho internacional humanitario; por este motivo es importante resaltar que las actividades de formación sanitaria son especialmente propicias para llevar asociada esta función educadora, sobre todo en los niveles más básicos de instrucción. Los resultados de imbuir esta enseñanza ética dentro de otras actividades formativas han resultado siempre satisfactorios y muestran la conveniencia de que el personal que lo imparta sea plenamente consciente de dicha función y capaces, no solo de dar de la forma más extensa posible respuestas a las inquietudes éticas del personal formado, sino de suscitar estas inquietudes si no surgirán motu proprio.

### **Sistematización de la aplicación de los parámetros éticos en sanidad militar en operaciones**

La disposición a un comportamiento ético de nuestros profesionales sanitarios es manifiesta e indiscutible, como lo es la actitud de respeto por parte de la estructura de mando militar a la actuación del personal sanitario de acuerdo con la legalidad y a su sujeción a los códigos deontológicos y principios nacional e internacionalmente aceptados. Sin embargo, como se ha pretendido mostrar en este documento de trabajo, existen razones para defender la necesidad de implementar medidas que garanticen un abordaje sistematizado y reglado que garanticen siempre una respuesta óptima, la excelencia que nos recordaba Gracia Guillén.

La primera de estas razones es que, como hemos visto, las responsabilidades van más allá del personal sanitario. La segunda, es que los problemas que se presentan en muchos de los casos son complejos, no pueden o no deben resolverse mediante decisiones individuales y deben apoyarse en casos previos y la aproximación ética de órganos especializados<sup>50</sup>. La tercera es que, esta aproximación sistematizada, limita las posibilidades de presión inadecuada en la toma de decisiones, pero también evita una libertad desproporcionada que lleve a decisiones del personal sanitario de carácter individual no justificadas. Por último, la evidencia de que en países de nuestro entorno dichas medidas han tenido un efecto beneficioso.

Varias de dichas medidas ya han sido defendidas y apuntadas en los documentos anteriores:

- Reforzar la educación en ética tanto en la enseñanza de formación como en la de perfeccionamiento.
- Elaboración de guías éticas de actuación, entre otras:
  - 3 Una guía dirigida a mandos que proporcione un mejor conocimiento del marco ético del personal sanitario, en relación con las decisiones de las que puedan ser responsables.
  - 3 Una guía ética y/o protocolos para el personal de apoyo sanitario, sobre todo dirigida a los que puedan actuar de forma aislada sin supervisión.
  - 3 Un repositorio de casos que sirva de referencia y facilite no repetir planteamientos equivocados.
  - 3 Acceso telemático a los recursos<sup>51</sup>.
- Conformación de un comité de ética sanitaria militar, similar al ya existente en los hospitales militares, que realice análisis de la situación, contribuya a establecer las necesidades de formación y los programas adecuados, y sirva de órgano de referencia para la resolución de conflictos. Este comité debería tener la conexión adecuada con los comités de deontología de los correspondientes colegios profesionales.
- Valoración de un posible código deontológico de la sanidad militar, que aceptando la validez de aplicación íntegra de los códigos deontológicos de cada profesión, los integre e incida en los aspectos específicos de la sanidad militar.

---

<sup>50</sup> Howe, E. G. Medical Education. (October 2007). Teaching Military Medical Ethics at the Uniformed Services University of the Health Sciences. *Virtual Mentor. American Medical Association Journal of Ethics*. Volume 9, Number 10: 688-691.

<sup>51</sup> British Medical Association. Ethical decision-making for doctors in the armed forces: a tool kit Guidance from the BMA Medical Ethics Committee and Armed Forces Committee. [Fecha de la consulta: 22.06.2022]. Disponible en: <https://www.bma.org.uk/media/1218/bma-armed-forces-toolkit-oct-2012.pdf>

## Conclusión

El personal que proporciona el apoyo sanitario en las Fuerzas Armadas ha demostrado siempre una conducta dirigida a actuar bajo los más exigentes estándares éticos; y ha contado con el apoyo de los mandos a todos los niveles. Sin embargo, no se puede olvidar que cada día se presentan casos donde existen conflictos entre valores que son difíciles de abordar. Su aproximación y la justificación de las soluciones óptimas pueden experimentar variación a lo largo del tiempo y finalmente, surgen nuevos dilemas fruto de la evolución de la propia sociedad. Estos condicionantes apoyan la idea de implementar un sistema que mejore las capacidades de análisis ético para lograr la excelencia de nuestras decisiones y comportamientos y la búsqueda de la satisfacción interna o personal y externa o hacia la sociedad.



## Composición del grupo de trabajo

### Presidente

**D. José María Delgado Pérez**  
*General de brigada CMS (R)*

### Autores

**D. Juan Manuel Torres León**  
*Coronel CMS (reserva)*

**Doctor D. Juan José Rodríguez Sendín**

**Doctor D. Diego Gracia Guillén**

**D. David Cobo Prieto**  
*Coronel CMS*





