

IMPLICACIONES ÉTICAS Y JURÍDICAS DE LA DETERMINACIÓN DE ALCOHOLEMIA EN URGENCIAS

ETHICAL AND LEGAL IMPLICATIONS OF THE DETERMINATION OF BLOOD ALCOHOL CONTENT IN THE EMERGENCY DEPARTMENT

Diego Real de Asúa^a, Jesús González-Cajal^b
*Servicio de ^(a) Medicina Interna y ^(b) Psiquiatría.
Hospital Universitario La Princesa. Madrid.*

Resumen

El alcohol es el tóxico más consumido en España. Su consumo excesivo es culpable de un elevado número de consultas a los servicios de Urgencias. Éstas pueden no sólo tener graves consecuencias médicas, sino también considerables implicaciones jurídicas. La mayoría de los servicios de Urgencias carecen de protocolos específicos sobre la correcta determinación de alcoholemia. El presente trabajo pretende revisar y sintetizar los problemas técnicos, éticos y jurídicos asociados a dicha determinación. Dado que la molécula de alcohol se metaboliza en la sangre periférica, la extracción de la muestra debería estar estandarizada, con el objeto de garantizar la cadena de custodia. Se debería considerar realizar una determinación urgente de alcoholemia bajo dos supuestos: en casos de una alteración del nivel de conciencia de origen incierto (situaciones en que el profesional actúa por el bien del paciente) o en casos de accidentes o traumatismos de judicialización incierta (situaciones en que el profesional actúa por el bien de la sociedad). Éstas últimas incluyen controles o accidentes de tráfico, accidentes laborales, actividades delictivas y conductas lesivas en el ámbito doméstico. Si bien el profesional sanitario es responsable de mantener la confidencialidad respecto a la información clínica del paciente, existen ciertos límites

Autor para correspondencia: Diego Real de Asúa, Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario La Princesa, C/ Diego de León 62, 28006 Madrid. Número de teléfono: +34 91 5202200 (extensión 20130). Correo electrónico: diego.realdeasua@gmail.com.

al secreto profesional, como aquellas situaciones en que se pretende evitar un daño o ante un imperativo legal. Es necesario promover una toma consciente de decisiones morales por parte de los profesionales sanitarios, para evitar que la responsabilidad de preservar el secreto se supedita exclusivamente al contexto jurídico.

Palabras clave: alcohol, servicios de urgencias, confidencialidad, relación médico-paciente.

Abstract

Alcohol is the most widely consumed toxic in Spain. Excessive alcohol intake is responsible for a significant number of visits to emergency departments (EDs), and what occurs may not only have severe medical consequences, but also serious legal implications. Most Spanish EDs lack specific protocols concerning the correct determination of blood alcohol content (BAC). The present work aims to review the technical, ethical and legal problems surrounding this test. Since ethanol is metabolized in peripheral blood, blood extraction should be standardized in order to preserve the proper chain of custody. An emergency test for BAC should be performed in two scenarios: patients with an altered level of consciousness of unknown origin (when health-care professionals act for the good of the patient), and situations which may be penalized by law (when health-care professionals act for the good of the community). The latter would include traffic controls and traffic accidents, job-related accidents, criminal activities or harmful domestic behaviour. Health-care professionals are responsible for treating patients' clinical information with due respect and confidentiality. However, professional secrecy may be overridden by legal imperative in certain situations. It is necessary to promote conscious ethical decision-taking by the health-care professional, so that this responsibility does not solely depend on the juridical context.

Keywords: ethanol, emergency medical services, confidentiality, physician-patient relations.

1. Introducción

El alcohol es, por delante del tabaco, la sustancia tóxica más consumida en España¹. Según el informe EDADES del

Plan Nacional Sobre Drogas (informe 2007/2008), la mayoría de la población española lo consumió habitualmente y la prevalencia de «bebedores de riesgo» en nuestra población fue del 3.4 % en el periodo analizado. Si bien en los últimos

1 Delegación del gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. Ministerio de Salud y Consumo [Publicación en línea]. «Informe de la encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas en España

(EDADES) 2007/2008». 6-14. 2008. <<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/InformeEdades2007-2008.pdf>> [consultado 15 enero 2012].

diez años los porcentajes de consumo han ido disminuyendo paulatinamente, las cifras actuales continúan siendo alarmantes.

El consumo excesivo de alcohol es responsable de un elevado número de consultas a los servicios de Urgencias, tanto en el ámbito de atención primaria como especializada². Entre ellas, las relacionadas con accidentes de circulación destacan por su frecuencia e impacto social. En la campaña de control de alcoholemia de diciembre de 2010, la Dirección General de Tráfico detectó que el 1.1% de los conductores circulaba con tasas de alcohol en aire espirado superiores a las permitidas³. Entre ellos, un 12.2% de las determinaciones «positivas» se obtuvieron después de una infracción o un accidente. Este porcentaje aumenta significativamente en los accidentes mortales, en los que se puede encontrar niveles elevados de alcoholemia hasta en un tercio de las víctimas⁴. Además, el consumo excesivo de alcohol también es causa de importantes conflictos de tipo psico-social, motivos éstos de frecuentes consultas a Urgencias. El 6.5% de los participantes de una encuesta de salud a

nivel nacional reconocieron diversos problemas sociales directamente atribuibles al alcohol, la mitad de los cuales fueron discusiones o alteraciones de conducta en la esfera de la agresividad⁵.

La particular importancia de las consultas urgentes motivadas por el alcohol estriba en que no sólo pueden tener consecuencias médicas, sino también jurídicas. De hecho dichas implicaciones legales pueden llegar a ser mucho más relevantes que las estrictamente clínicas. Por ello, algunos autores defienden que «ante un paciente con una posible intoxicación etílica, habrá que determinar en primer lugar si se encuentra en alguna de las situaciones en las que dicha intoxicación puede tener repercusiones legales»⁶. Sin embargo, no es habitual que los servicios de Urgencias cuenten con protocolos estandarizados sobre cuándo realizar la determinación de alcoholemia, cómo realizarla y qué uso hacer de los resultados⁷. La responsabilidad ética del profesional en relación a la declaración o no de dichos resultados también es fuente de frecuente confusión⁸. Existen escasas referencias en la literatura médica, tanto a nivel nacional como internacional, en relación con este tema.

2 Parejo R., Barca I., Julián A., Carrascoso E. «Aspectos médico-legales en Urgencias». En: Julián A, coordinador. *Manual de protocolos y actuación en urgencias*, Bayer Health Care, Madrid, 2005, 19-43.

3 Dirección General de Tráfico [Publicación en línea]. «Resultados de la campaña de intensificación de controles de alcoholemia». 1-2. 2010. <http://www.dgt.es/was6/portal/contenidos/documentos/prensa_campanas/notas_prensa/NotasDePrensa0086.pdf> [consultado 15 enero 2012].

4 Del Río M.C., Gómez J., Sancho M., Álvarez F.J. «Alcohol, illicit drugs and medicinal drugs in fatally injured drivers in Spain between 1991 and 2000». *Forensic Science International* 127, (2002), 63-70.

5 Álvarez F.J., Fierro I., Del Río M.C. «Alcohol-related social consequences in Castille and Leon, Spain». *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 30, (2006), 656-664.

6 Parejo y cols., *op.cit.* 37.

7 Patton R., Strang J., Birtles C., Crawford M.J. «Alcohol: a missed opportunity. A survey of all accident and emergency departments in England». *Emergency Medicine Journal* 24, (2007), 529-531.

8 Aberdeen Medical Group. «Drunken drivers: what should doctors do?» *Journal of Medical Ethics* 12, (1986), 151-155.

2. Objetivos

El presente trabajo tiene un doble objetivo. Por un lado, pretende revisar y sintetizar los problemas técnicos y jurídicos de la determinación urgente de alcoholemia, contestando a las preguntas ¿cómo debe realizarse la extracción de muestra?, ¿a quién realizar una determinación urgente de alcoholemia?, y ¿qué uso se debe hacer de dicha información? Por otro lado, pretende reflexionar sobre los conflictos éticos más relevantes que dicha determinación puede suscitar en los servicios de Urgencias.

3. Aspectos técnicos de la determinación urgente de alcoholemia

Una correcta valoración clínica, jurídica y moral de una determinada situación exige partir de unos datos exactos y de unos hechos ciertos. Esta máxima aparece recogida, por ejemplo, en el aforismo de derecho romano «*da mihi facta, dabo tibi ius*»⁹. Por este motivo es imprescindible conocer cómo debe realizarse una correcta recogida de muestras para la determinación de alcoholemia.

El objetivo principal de la recogida de muestras es garantizar una *cadena de custodia* adecuada¹⁰. Este término hace relación a la adopción de las medidas necesarias para asegurar que tanto el resultado como la validez a efectos judiciales de dichos análisis sean correctos. Es esencial consi-

derar que la determinación de alcoholemia es *tiempo-dependiente*, ya que la molécula de alcohol se degrada en la sangre periférica. El retraso en el análisis o su inadecuada recogida pueden variar mucho el resultado de la prueba, con importantes consecuencias tanto clínicas como judiciales. Por ello, será fundamental anotar la hora de la toma y recoger la sangre en tubos heparinizados con cierre hermético. Éstos se llenarán completamente y se agitarán suavemente durante aproximadamente 1 minuto. La extracción se realizará en presencia de la autoridad competente. La desinfección de la zona de la extracción se hará sólo con agua jabonosa y en ningún caso se utilizarán derivados alcohólicos. Se recogerán al menos 5 ml, repartidos en dos tubos, y empleando 0,05 gr de fluoruro sódico por cada 5 ml de sangre extraída, para evitar el metabolismo del alcohol. Si no fuese a analizarse de forma inmediata, la muestra se conservará en frío, entre 1 y 3 °C. Si no se dispusiese de un laboratorio adecuado, se enviarán las muestras a un centro donde sí se realice dicha determinación. Éstas no deberán entregarse a la Policía o a la Guardia Civil, sino que serán custodiadas por personal del centro emisor. El primer tubo se usará como análisis y el segundo se reservará para un posible contraanálisis posterior. Junto a las muestras se entregará un informe firmado por el facultativo donde quede constancia minuciosa del método de extracción de éstas, junto con la hora, fecha y lugar donde se realizó y la persona a quien se entregaron las mismas¹¹.

9 De los Reyes M. «Introducción a la bioética. Metodología para tomar decisiones en ética clínica». *Pediatría Integral* 11, (2007), 863-872.

10 Parejo y cols., *op.cit.* 39.

11 Parejo y cols., *op.cit.* 39-41.

4. Indicaciones de la determinación urgente de alcoholemia: la actuación del médico

Es apropiado realizar una determinación de alcoholemia en los servicios de Urgencias cuando de su resultado se puedan desprender bien implicaciones clínicas (diagnósticas, terapéuticas o pronósticas) o bien consecuencias legales.

Desde el punto de vista clínico, la determinación de alcoholemia está indicada ante una sospecha de intoxicación grave por alcohol o en procesos que cursen con alteraciones de la conciencia de etiología incierta (*casos de «interés clínico»*). Éstas son situaciones de urgencia médica, que pueden asociar un potencial riesgo vital. En el coma de origen incierto, la solicitud está justificada con fines diagnósticos, que posteriormente conllevarán actitudes terapéuticas y pronósticos diferentes. En una intoxicación etílica aislada, pese a que no existen una indicación diagnóstica ni medidas terapéuticas específicas, la determinación de alcoholemia permite establecer un pronóstico más exacto y, junto con otras pruebas complementarias que depuren el diagnóstico diferencial, podría evitar medidas terapéuticas potencialmente iatrogénicas. En estos casos de interés clínico, el facultativo, tras realizar el examen oportuno, deberá recoger las muestras que considere necesarias para determinar la patología actual e instaurar el tratamiento que el paciente precise, *sin que sea necesario solicitar el consentimiento del paciente*. La justificación moral para dicha actuación nace de la asunción de que este acto médico está dirigido a pre-

servar la salud del paciente inconsciente. Por este motivo, los resultados de estos análisis sólo serán enviados a las autoridades competentes si son posteriormente solicitados por un juez.

En las siguientes situaciones el consumo excesivo de alcohol puede tener repercusiones legales (*casos de «interés legal»*):

1. En el ámbito de la *conducción* se podrán plantear dos escenarios distintos:
 - a. Un *control rutinario* de alcoholemia: Si al conductor se le solicita una muestra de alcohol en aire espirado y se niega, estará frente a un delito por desobediencia grave (artículos 380 y 556 del Código Penal de 1995). Si accediese a la prueba y el resultado fuese positivo, el conductor podrá solicitar un contraanálisis, cuya muestra se extraerá en un centro de salud o en un servicio de urgencias. En estos casos, el Reglamento de Circulación establece la obligada colaboración del personal sanitario para realizar dicha determinación (RD 1428/2003, de 21 de noviembre, art. 26)¹².
 - b. Un *accidente*: Si el conductor estuviera consciente, se procederá

12 Boletín Oficial del Estado. [Publicación en línea] «Real Decreto 1428/2003, de 21 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento General de Circulación para la aplicación y desarrollo del texto articulado de la Ley sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial, aprobado por el Real Decreto Legislativo 339/1990, de 2 de marzo». 45693-45694. 2003. <http://www.msc.es/alcohol/jovenes/docs/estatal/RD1428_03.pdf> [consultado 15 enero 2012].

como en el supuesto previo. En caso de estar inconsciente, la determinación de alcoholemia sólo se podrá realizar tras la autorización verbal de un juez a las autoridades competentes. Éstas redactarán una diligencia policial con la que se realizará el análisis. Una copia de dicha diligencia quedará en el centro sanitario¹³.

- Existen otras situaciones de interés eminentemente legal que podrían precisar una valoración urgente como los *accidentes laborales*, las lesiones durante *actividades delictivas* o los casos de *conductas lesivas en el ámbito doméstico*. En estos casos, la determinación de alcoholemia tendría un interés exclusivamente jurídico (como prueba o elemento agravante) y no clínico. La actuación médica no estaría encaminada a preservar el bien del paciente, sino el bien social. Por este motivo, la determinación **sólo** se realizará *tras el consentimiento previo y por escrito* del paciente, al que se deberán explicar los fines y posibles implicaciones legales de dicho análisis. Los resultados de la prueba se podrán comunicar a la policía o a la autoridad judicial, según la Ley de Enjuiciamiento Criminal actualmente vigente¹⁴.

13 Parejo y cols., *op.cit.* 39-41.

14 Boletín Oficial del Estado. [Publicación en línea] «Real Decreto de 14 de septiembre de 1882 por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal». 70. 2010. <http://www.boe.es/aeboe/consultas/enlaces/documentos/leyes_procesales/ley_enjuiciamiento_criminal.pdf>. [consultado 15 enero 2012].

En resumen, el facultativo deberá plantearse la determinación urgente de alcoholemia en casos de disminución del nivel de conciencia de origen incierto o en accidentes o traumatismos de posible judicialización posterior. En los primeros no será necesario solicitar el consentimiento del paciente para realizar el análisis y la notificación de los resultados a la autoridad se hará sólo tras una orden judicial. En los segundos, la extracción de la muestra requerirá el consentimiento previo y por escrito del paciente siempre que esté consciente, quien deberá saber que sus resultados se comunicarán a la autoridad competente. En caso de que el paciente estuviera inconsciente, el clínico deberá actuar con arreglo a la *lex artis*. Posteriormente notificará estos resultados bien en caso de recibir una orden judicial, o bien tras obtener el consentimiento del propio paciente.

5. El «problema» de la confidencialidad: el compromiso médico con el paciente

La relación clínica se fundamenta en la confianza mutua entre el paciente y el médico¹⁵. Es una relación interhumana asimétrica, en la que una de las partes está necesitada de ayuda y confía en la otra, que ofrece su ayuda y establece un compromiso de lealtad. Por este compromiso, que vincula a ambos agentes morales, se permite al profesional sanitario acceder

15 Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. [Publicación en línea] «Código de Deontología Médica. Guía de ética médica». 27. 2011. <http://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf>. [consultado 15 enero 2012].

a datos de múltiples ámbitos de la vida del paciente¹⁶, quizás ni siquiera relacionados con el proceso actual. De hecho, la RAE define la confidencialidad como «la cualidad de lo que se hace o se dice en confianza o con seguridad recíproca entre dos o más personas»¹⁷.

El *secreto profesional* hace referencia al compromiso de no revelar la información obtenida en la relación clínica¹⁸. El binomio confidencialidad-secreto ha sido un pilar esencial de la relación clínica desde sus inicios, aunque no siempre ha sido entendido de la misma manera. Hasta el siglo XVIII, el secreto fue entendido exclusivamente como una responsabilidad autoimpuesta del médico, cuyos límites él mismo regulaba. A partir de entonces, coincidiendo con el nacimiento de los derechos subjetivos del hombre —a la libertad de conciencia, a la intimidad, etc.—, se produjo un radical cambio de paradigma: se comenzó a tener conciencia del individuo como sujeto autónomo, portador de derechos¹⁹. Este cambio de mentalidad condujo a considerar el secreto profesional no sólo una marca de excelencia moral del profesional sino también una expresión del derecho del

ciudadano a la intimidad. Se produjo la transformación del secreto como un deber personal del profesional en un deber social, fundamentado en esa posibilidad de acceso a la vida de otros. Esta nueva visión de respeto a la confidencialidad se basaba en el reconocimiento del valor moral único del paciente como persona, es decir, en el reconocimiento de su dignidad. No sólo nacía de los conceptos de autonomía y de libertad individual, sino que era absolutamente imprescindible para su completo desarrollo²⁰. Así queda actualmente recogido en el Código de Deontología Médica (arts. 27.1 y 27.2): «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 [...] y tenga relación con la salud y la intimidad del paciente[...]»²¹.

No obstante, el concepto actual de secreto va más allá del derecho de confidencialidad. En determinadas situaciones, el médico tiene el deber de no respetar la confidencialidad (p. ej. para evitar un daño seguro a terceros) y en otras situaciones tiene el deber de respetarla aunque el paciente le autorice a no hacerlo (artículo 30 g del Código de Deontología Médica)²².

16 Júdez J., Nicolás P., Delgado M.T., Hernando P., Zarco J., Granollers S. «La confidencialidad en la práctica clínica, la historia clínica y la gestión de la información». En: Gracia D., Júdez J. eds. *Ética en la práctica clínica*. Triacastela, Madrid, 2004, 75-126.

17 Real Academia Española [Publicación en línea] Diccionario de la lengua española, 2001. <<http://www.rae.es/rae.html>> [consultado 15 enero 2012].

18 Júdez y cols., *op.cit.*, 75-126.

19 Gracia D. «La confidencialidad de los datos clínicos». En: Gracia D. *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética*. Triacastela, Madrid, 2004, 303-318.

20 Moskop J.C., Marco C.A., Larkin G.L., Geiderman J.M., Derse A.R. «From Hippocrates to HIPAA: privacy and confidentiality in emergency medicine-Part I: conceptual, moral, and legal foundations». *Annals of Emergency Medicine* 45, (2005), 53-59.

21 Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, *op.cit.*, 25.

22 *Ibid.*, 25.

6. Los límites de la confidencialidad: el compromiso médico con la sociedad

Pese a existir un consenso general acerca de la importancia de la confidencialidad y los motivos para preservarla, ésta puede verse lesionada en determinadas situaciones de conflicto para preservar otros valores más importantes. Dichos supuestos se podrían resumir en dos grandes grupos: aquellas situaciones en que se pretende evitar un daño (ora al propio paciente ora a terceros) y aquellas situaciones en que prima un imperativo legal. En estas circunstancias, la ruptura de la confidencialidad tiene como objetivo intentar preservar los valores «vida» o «justicia», que cristalizan en aquellos dos principios mínimamente exigibles a todos: la no-maleficencia y la justicia.

El imperativo legal apareció con el nacimiento de la medicina legal a finales del siglo XVIII. La medicina empezó a tomar un papel decisivo a la hora de aportar un criterio científico-técnico en la resolución de determinados juicios y la investigación de delitos comenzó a fundamentarse en argumentos clínicos objetivos. Sin embargo, este desarrollo fue, a la vez, una ventaja y una condena para la ciencia médica, porque obligó a la misma a subordinar su «sacra» confidencialidad a la justicia, en aras a la protección del bien común. Desde entonces el secreto médico quedó relegado a una categoría diferente de la de abogados, procuradores y ministros de culto, como se reflejó posteriormente en los artículos 262 y 263 de la Ley de

Enjuiciamiento Criminal de 1882²³.

También en el siglo XIX, John Stuart Mill defendió que la libertad personal podía ser coartada para prevenir un daño hacia otras personas²⁴. Esta noción fue más tarde adoptada comúnmente, y tuvo todavía un mayor refuerzo jurídico después del dramático caso Tarasoff, en 1974²⁵. El Tribunal Constitucional ha expresado esta misma idea de la siguiente manera: «los derechos fundamentales pueden ceder, desde luego, ante bienes, e incluso intereses constitucionales relevantes, siempre que el recorte que experimenten sea necesario para lograr el fin legítimo previsto, proporcionado para alcanzarlo y, en todo caso, sea respetuoso con el contenido esencial del derecho fundamental restringido»²⁶.

En los últimos años, el desarrollo tecnológico en el campo de la investigación biomédica ha puesto a prueba la teoría de la confidencialidad de la información clínica. Los datos médicos de los pacientes contienen información cada vez más «sensible», especialmente tras la aparición de técnicas de diagnóstico genético. Por este

23 Boletín Oficial del Estado. «Real Decreto de 14 de septiembre de 1882 por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal», *op.cit.*, 70.

24 Mill J.S. *Sobre la libertad*, Alianza, Madrid, 1970.

25 Supreme Court of California. [Publicación en línea] «Vitaly Tarasoff v. The Regents of the University of California». 1976. <<http://www.lawandethics.info/Tarasoff.html>> [consultado 15 enero 2012].

26 Tribunal Constitucional. [Publicación en línea] «Sentencia 57/1994, de 28 de febrero». 1994. <http://www.boe.es/aeboe/consultas/bases_datos/doc.php?coleccion=tc&id=SENTENCIA-1994-0057>. [consultado 15 enero 2012].

Tabla 1
Comparación de las teorías de protección de datos de carácter biomédico

TEORÍA	BLINDAJE DÉBIL	BLINDAJE FUERTE
AGENTE MORAL	JUEZ	MÉDICO
LÍMITES DE CONFIDENCIALIDAD	NO MALEFICENCIA IMPERATIVO LEGAL	NO MALEFICENCIA
PRESENTE EN	LEGISLACIONES	CÓDIGOS DEONTOLÓGICOS
MARCO GEOGRÁFICO	ANGLOSAJÓN	FRANCÓFONO

motivo ha comenzado a hacerse especial hincapié en la necesidad de aumentar la protección del secreto médico y ha tenido reflejo en la legislación de diversos países europeos²⁷. No obstante, pese al reconocimiento común de la necesidad de una protección especial para los datos biomédicos, no existen todavía criterios unánimes sobre la extensión de los límites de la confidencialidad. A este respecto, el profesor Gracia defiende la existencia de, al menos, dos teorías (TABLA 1)²⁸. Una primera postura defiende un «blindaje débil» de los datos biomédicos. Esta posición afirma que la confidencialidad debe ceder en casos de conflicto con otros derechos fundamentales, siendo el juez quien determina en qué situaciones deben revelarse el secreto médico. Esta primera postura se defiende en la mayoría de legislaciones vigentes, especialmente en los países de tradición anglosajona²⁹. Frente

a ella se posiciona la teoría del «blindaje fuerte», en la cual es el propio médico quien determina las excepciones al secreto profesional, que serán eminentemente de índole profesional. Esta teoría tiene más calado entre la profesión médica que entre los juristas, y más en los códigos deontológicos que en las legislaciones. La teoría del «blindaje fuerte» no pretende promover la independencia del profesional respecto al sistema judicial, sino estimular la necesaria deliberación moral sobre la revelación de determinados datos clínicos antes de delegar esta decisión en unos supuestos legales. Se trata de defender la toma responsable de decisiones morales por parte de los profesionales sanitarios, para evitar que dicha responsabilidad se supedite exclusivamente a un contexto jurídico³⁰. Para finalizar, quedan otros conflictos éticos pendientes en relación con la determinación urgente de alcoholemia en nuestro medio: ¿es justo que la carga económica de una determinación de alcoholemia en urgencias por motivos legales recaiga sobre el erario público? O ¿debería pagarlo el individuo involucrado?

27 Romeo C.M., ed. *Código de leyes sobre genética*, Universidad de Deusto/Fundación BBV/ Diputación Foral de Bizkaia, Bilbao, 1997.

28 Gracia, op.cit., 303-318.

29 Gentilello L.M., Samuels P.N., Henningfield J.H., Santora P.B. «Alcohol screening and intervention in trauma centers: confidentiality concerns and legal considerations». *Journal of Trauma and Acute Care Surgery* 59, (2005), 1250-1255.

30 McConnell T. «Confidentiality and the law». *Journal of Medical Ethics* 20, (1994), 47-49.

Este trabajo pretende ser una llamada de atención acerca de un problema frecuente, grave y complejo en los servicios de Urgencias. Existe un escaso debate moral sobre las responsabilidades de los profesionales en relación a esta cuestión. Esta falta de reflexión puede estar condicionada por la actitud desbordada de los profesionales o por la mala relación entre las instancias implicadas. En muchas ocasiones los profesionales están escasamente formados en estos temas, algo más alejados del ámbito estrictamente clínico. Pese a poder existir el sentimiento de ser piezas demasiado pequeñas en un engranaje demasiado grande, los profesionales deben defender su responsabilidad frente al paciente y anteponer (que no contraponer) la deliberación moral a los supuestos legales vigentes actualmente.

7. Conclusiones

La determinación urgente de alcoholemia debe realizarse con una técnica y procedimiento minuciosos, que deberían estar protocolizados en los distintos servicios de Urgencias. Las principales indicaciones para realizarla son de índole clínica, en el contexto de un coma de etiología incierta, o jurídica, ante un accidente o traumatismo con posibles consecuencias judiciales. Si bien el profe-

sional es responsable de mantener la confidencialidad respecto a la información clínica del paciente, existen ciertos límites al secreto profesional. Las situaciones en que es preciso plantear la ruptura del secreto son aquellas en que se pretende evitar un daño o ante un imperativo legal. Dada la especial sensibilidad de los datos médicos, es necesario fomentar la deliberación moral sobre estos temas, especialmente en aquellos profesionales que se ven frecuentemente implicados en situaciones similares, como en los servicios de Urgencias.

Agradecimientos:

Al Comité Ético para la Asistencia Sanitaria del Hospital Universitario La Princesa, por motivar este trabajo. A la Dra. Carmen de Arco, por su revisión crítica.

Conflictos de intereses:

Los autores declaran tener ningún conflicto de interés relevante para la preparación o publicación de este artículo. No se ha contado con fuentes externas de financiación.

Recibido: 03/04/2011
Aceptado: 15/07/2012