



LA OBJECCIÓN DE CIENCIA FARMACÉUTICA: LA EVIDENCIA CIENTÍFICA DEL MEDICAMENTO COMO CRITERIO DEONTOLÓGICO EN LA LIBERTAD DE DISPENSACIÓN

SONSOLES NAVARRO-RUBIO COELLO DE PORTUGAL
Máster de Bioética de la Universidad Rey Juan Carlos, 2015-2016. Madrid.

1. Introducción

Ante la falta de una doctrina jurisprudencial que clarifique con carácter general las situaciones de Objeción de Conciencia Farmacéutica a la dispensación de la “píldora del día después”, y sin menospreciar la necesidad de tutela que el Tribunal Constitucional hace del derecho a la libertad de conciencia, en el caso concreto de la Sentencia 145/2015 del 25 junio del 2015, se propone una alternativa legal existente, no sólo de protección, sino también, de concienciación.

2. Material y métodos

Se ha estudiado el concepto novedoso de “Objeción de Ciencia”, y la posibilidad de que, mediante éste, se logre una sensibilización ética que promueva, en el gremio farmacéutico, la libertad y la responsabilidad de dispensación, amparándose en el artículo 16 CE y su propia *lex artis*. (LOPS 44/2003, art. 4-5).

Siendo la salud del paciente el fin último del quehacer profesional de todo agente sanitario, se plantea la “concepción unitaria de la Verdad” subyacente en la Ciencia y en la Conciencia, como incentivo y brújula

de rectitud y de lealtad a la realidad del medicamento, instrumento de salud en sí mismo que, con una farmacología inherente, accesible y condicionante de su función sanadora, debe ser buscado, defendido y promovido por el farmacéutico, en cada dispensación.

3. Resultados

Por tanto, al incluir la “Objeción de Ciencia” en el deber de dar consejo farmacéutico -facilitando información del medicamento veraz, completa e íntegra- se comprueba que es posible reorientar y formar al paciente en la decisión de compra, siempre que, con preocupación fundamentada, se busque el bien que el mismo fármaco pretende.

4. Discusión y conclusiones

Inmersos en una sociedad relativista, sin creer en una verdad absoluta y objetiva que sea el norte del libre actuar particular, defendemos la necesidad de realismo acudiendo a la evidencia científica del medicamento como vía inmediata de acceso a la verdad.



NUEVAS ESTRATEGIAS PARA EL DISEÑO DE FÁRMACOS: UNA CONTRIBUCIÓN A LA SALUD, AMBIENTAL Y VIRTUAL

MARÍA FONT ARELLANO

Dpto. de Química Orgánica y Farmacéutica, Sección de Modelización Molecular. Universidad de Navarra, Facultad de Farmacia y Nutrición

1. Introducción

El desarrollo de nuevos fármacos, que en el escenario más favorable requiere de doce a quince años y una inversión mínima de un millón de euros, (sólo una de cada 10000 moléculas diseñadas llega a fases clínicas) conlleva problemas de impacto ambiental al ser compuestos químicos con, en ocasiones, procesos de síntesis complejos y aparición de residuos de difícil gestión y alto impacto ecológico. Además, la evaluación biológica del fármaco, los estudios de toxicidad, de farmacocinética, etc. requieren del empleo de herramientas biológicas, desde los ensayos *in vitro* hasta los ensayos *ex vivo* e *in vivo*, que conllevan no solo el empleo de reactivos muy costosos, con su correspondiente impacto ambiental, sino también el uso de imprescindible y controlado de animales (roedores, no roedores, homínidos no humanos) y, en último término, humanos.

2. Desarrollo

Se realiza un somero repaso de las distintas aproximaciones/fases del desarrollo de un fármaco, desde su

diseño hasta la puesta en mercado, señalando los aspectos relativos a la seguridad ambiental y sanitaria y aspectos éticos, que pueden aparecer en cada una de estas fases, tanto en caso de una correcta ejecución de las mismas como en el posible desarrollo incorrecto. Se presentan dos ejemplos concretos de diseño, el basado en la estructura de la diana biológica o base molecular de la patología y el reposicionamiento de fármacos (repurposing drugs), que ilustran las mejoras aportadas por estas técnicas para corrección/prevención de problemas.

3. Conclusiones

La evolución del conocimiento en distintas áreas ha permitido el desarrollo de nuevas herramientas de diseño, de forma que, además de una mayor eficacia y selectividad (mejora de la salud), se reducen de manera significativa los plazos y costes (mejoras económicas y menor impacto ecológico) y se amplían las formas de prevención/control de los posibles impactos negativos.



BIOLOGÍA SINTÉTICA Y BIOSEGURIDAD

LUCÍA GÓMEZ-TATAY, JOSÉ MIGUEL HERNÁNDEZ-ANDREU

Medicina Molecular y Mitocondrial, Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir

1. Introducción

La Biología Sintética es un campo interdisciplinar que combina Biología Molecular e Ingeniería para obtener nuevos sistemas biológicos. Recientemente, esta disciplina ha experimentado un importante crecimiento, realizándose numerosos avances en diferentes áreas y desarrollándose múltiples aplicaciones. Sin embargo, se plantean una serie de riesgos que deben ser abordados para prevenir consecuencias indeseadas y asegurar que su progreso se orienta al bien de todos.

2. Material y métodos

En esta comunicación nos centramos en los riesgos que podrían derivar de un mal uso de esta tecnología o de una liberación accidental de organismos sintéticos al medio. Para resolver estas cuestiones de bioseguridad utilizamos el personalismo ontológico como marco ético. Este enfoque defiende la vida humana como valor esencial y propone una serie de principios para garantizar la salvaguardia de este y otros valores que en él se fundamentan. Se realizarán búsquedas bibliográficas en *Pubmed* utilizando perfiles de búsqueda como ("Synthetic Biology") AND (ethic* OR moral*), ("Synthetic Biology") AND (biosecurity), etc.

3. Resultados

Ejemplos de un mal uso de la Biología Sintética serían la producción de armas biológicas, la producción de

organismos sintéticos para producir toxinas o la creación de nuevos patógenos. Algunos autores han afirmado que estos riesgos son lo suficientemente peligrosos como para poner en duda si la investigación y diseminación del conocimiento en este campo es correcta (1) o que la Biología Sintética podría ser más peligrosa que la tecnología nuclear (2). La posible liberación de organismos sintéticos al medio ambiente también plantea riesgos para la salud pública y el medio ambiente. El movimiento *do-it-yourself synbio*, que consiste en la práctica de la biología sintética en laboratorios domésticos, genera preocupaciones a este respecto (3).

4. Conclusiones

La biología sintética plantea riesgos reales para la salud humana y el medio ambiente, por lo que es necesario adoptar medidas de bioseguridad.

Referencias

- [1] Thomas DOUGLAS, Julian SAVULESCU. "Synthetic biology and the ethics of knowledge", *J Med Ethics*, 36(11), 687-693, 2010.
- [2] Michael SELGELID. "A tale of two studies: ethics, bioterrorism, and the censorship of science", *Hastings Cent Rep*, 37, 35-43, 2007.
- [3] PCSBI. "New directions. The ethics of synthetic biology and emerging technologies", Washington DC., 2010.



RESPECTO A LA DIGNIDAD HUMANA DESDE EL INICIO DE LA VIDA

NICOLÁS JOUVE DE LA BARREDA

Departamento de Biomedicina y Biotecnología, Universidad de Alcalá (Madrid), España

El Convenio de Oviedo (CO) de Abril de 1997 supuso un compromiso los países integrantes del Consejo de Europa para encauzar el desarrollo científico en los ámbitos de la Biología y la Medicina. Suponía el punto de arranque para el establecimiento de un marco normativo para las prácticas biomédicas basado en el ejercicio de la libertad, la igualdad y el respeto a la dignidad de la vida humana frente a desarrollos científicos que pudieran vulnerar estos principios.

El CO se aprobó en un momento crucial en que estaba en pleno desarrollo el Proyecto Genoma Humano, que planteaba importantes interrogantes respecto a sus aplicaciones biomédicas en el ámbito diagnóstico en las fases embrionaria, fetal o incluso postnatal. Del mismo modo se esperaban importantes avances en las aplicaciones terapéuticas y farmacológicas, con toda una serie de industrias biotecnológicas ávidas por desarrollar aplicaciones médicamente beneficiosas y económicamente rentables.

Veremos cómo, al margen de elementos ideológicos y emocionales, no todas las leyes desarrolladas en Europa, y particularmente en España, han tenido en cuenta los buenos propósitos de respeto a la dignidad de la vida humana en propuestas tan importantes como la autonomía del paciente, las técnicas de reproducción asistida, la Investigación Biomédica, o la legislación sobre el aborto.

En el protocolo del CO sobre la protección del embrión humano quedaba prohibida expresamente la clonación humana, y toda forma de discriminación de las personas por su patrimonio genético (Art. 11). Esta

protección debe incluir la fase embrionaria (desde la fecundación hasta el final de la séptima semana) y la fetal (desde la octava semana hasta el parto). Sin embargo, los avances en la vertiente diagnóstica han hecho posible la detección de anomalías en el ADN o en la dotación cromosómica de los embriones y fetos. Aunque el CO en su Art. 12, señala que los análisis predictivos de enfermedades genéticas sólo podrán hacerse por motivos de salud cabe preguntarse si es esto lo que se está haciendo o si se ha tenido en cuenta en las leyes españolas desarrolladas después de 1997.

En el caso de la etapa fetal el Convenio de Oviedo no se pronunció sobre ningún motivo de aborto, y en su Art. 15 señalaba que las pruebas predictivas sólo podrían hacerse por motivos de salud o de investigación científica relacionada con motivos de salud, contando con un asesoramiento genético apropiado.

El CO en su Art. 18 señala que «*Cuando la experimentación con embriones in vitro esté admitida por la ley, ésta deberá garantizar una protección adecuada del embrión*» y a continuación dice que «*se prohíbe la creación de embriones humanos con fines de experimentación*», lo que fue tenido en cuenta en la sentencia C-34/10 del Tribunal de Justicia Europeo del 18 de Octubre de 2011. Muchas de las legislaciones desarrolladas con posterioridad al CO no han tenido en cuenta los criterios de protección a la vida humana establecidos y siguen sin atenderlos seis años después de la Sentencia de la Gran Sala del Tribunal Europeo de Justicia, en el procedimiento Greenpeace vs Brüstle.



DISLATES JURÍDICOS PRODUCIDOS EN LA FECUNDACIÓN IN VITRO

EDUARDO CORRAL GARCÍA

Área de Derecho Civil, Departamento de Derecho Privado, Facultad de Derecho de la Universidad de Cádiz, Jerez de la Frontera (Cádiz), España

1. Introducción

Tras la STS de 6.II.2014 y las STEDH de 25.VI. del mismo año sobre la filiación de los menores nacidos mediante gestación por sustitución, un nuevo frente judicial se ha abierto gracias a las demandas planteadas por los padres de dichos menores contra las resoluciones del INSS que deniegan la concesión del permiso de paternidad cuando el título que se alega para obtenerlo es la maternidad subrogada.

2. Discusión

La STS de 19.X.2016 ha concedido el permiso de maternidad, dando por buena la filiación por maternidad subrogada, y aplicando por analogía el art. 133 LGS; sin embargo, la existencia de votos particulares justifica la crítica a dicha resolución, ya que está ignorando el art. 10 LTRHA.

Por otra parte, el caso de una señora de 62 años que se sometió a una técnica de reproducción asistida

en el extranjero, fruto de la cual nacieron dos mellizos, de los cuales se le retiró la guarda y custodia, pone de manifiesto el agujero legal que supone el hecho de que la LTRHA solo imponga un mínimo de edad a las mujeres que quieran someterse a las técnicas de reproducción artificial, pero no se haya previsto ningún límite máximo. Siempre se podrá encontrar alguna clínica que no tenga escrúpulos a la hora de aceptar cualquier clienta –sea cual sea su edad– que quiera contratar sus servicios, algo que debería evitarse.

3. Conclusión

¿Existe un derecho constitucional a ser padre y o madre?, que incluiría el derecho a acudir a las técnicas de reproducción asistida sin ningún tipo de límite a la voluntad de los futuros padres. El interés del menor no justifica esa actuación voluntarista de los adultos, prescindiendo del principio de verdad biológica, aparte del daño que se produce al derecho a la identidad de los menores.



A VUELTAS CON LA METAFÍSICA DE LA DIGNIDAD HUMANA. A PROPÓSITO DEL XX ANIVERSARIO DE LA CONVENCIÓN DE OVIEDO SOBRE DERECHOS HUMANOS Y BIOMEDICINA

RAFAEL AMO USANOS

Departamento de Teología moral y praxis de la vida cristiana, Facultad de Teología, Universidad Pontificia Comillas

1. Introducción

Volver sobre el Convenio de Oviedo, su papel en el ordenamiento jurídico y en la ética profesional, implica volver sobre la dignidad humana y su valencia ética y jurídica.

La dignidad humana es un dato que aparece reiteradamente en el ordenamiento jurídico internacional y nacional, así como en el reciente bioderecho, tal y como muestran los estudios de Vila Coro, Luis González Moran o Roberto Andorno, entre otros.

Ahora bien, pasados veinte años del Convenio, este trabajo que se presenta afirma que mantiene su vigencia ética y jurídica porque se sustenta sobre la dignidad de la persona. Desde un punto de vista jurídico, la referencia a la dignidad humana confiere al documento un fundamento iusnaturalista que le garantiza su validez. Desde un punto de vista ético, al sustentarse en el principio universalizable de la dignidad, le confiere validez más allá del pluralismo ético.

2. Material y métodos

Se utilizará el método cualitativo para poner en relación el artículo de Melendo Granados titulado "Metafísica de la dignidad", donde afirma que la dignidad está compuesta por tres elementos integrados (entiende que la dignidad es aquella excelencia (1) correlativa a un tal grado de interioridad (2) que permite al sujeto mani-

festarse como autónomo (3)); con las obras de Boecio, Santo Tomás y de Xavier Zubiri para dar cobertura a las afirmaciones expuestas.

3. Resultados

La dignidad de la naturaleza siempre aparece personificada. Esto es, ese sujeto que es digno solo puede ser la persona, descrita en la metafísica que se quiera. Esta es la raíz de la fuerza del concepto. Así, por ejemplo, las metafísicas de la persona de Boecio y Zubiri son capaces de relacionar cada una de esas cualidades de la dignidad con un elemento de la persona

4. Conclusiones

En conclusión, la fuerza jurídica y ética del Convenio de Oviedo, tal y como se ha probado, descansa en la dignidad humana. Ahora bien, este concepto necesita ser profundizado hasta los niveles metafísicos para garantizar su solidez, de lo contrario se convertiría en una mera declaración de intenciones.

Referencias

- [1] Tomás Lorenzo MELENDO GRANADOS, "La metafísica de la dignidad", Anuario filosófico, 27, 15-34, 1994.
- [2] BOECIO, "Contra Eutiques", (Petit Montrouge, 1849).
- [3] TOMAS DE AQUINO "Suma Teologica" (BAC, 1987).
- [4] Xavier ZUBIRI, Sobre el hombre, Alianza, 1986.



¿QUÉ SUCEDE EN ECUADOR, SUDAMÉRICA, EN EL ÁMBITO DE LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA? UNA VISIÓN PREVENTIVA EN EL CONTEXTO EVALUATIVO DEL XX ANIVERSARIO DEL CONVENIO DE OVIEDO SOBRE DERECHOS HUMANOS Y BIOMEDICINA

JEANNETTE ROBLES MOREJÓN

Prof. Filosofía de la Ciencia. Seminario Mayor de Guayaquil, Ecuador, Sudamérica.

1. Introducción

El XX Aniversario de este Convenio es oportuno para revisar el escenario sudamericano en el ámbito del manejo legal y profesional de las TRA.

El objetivo de este trabajo es analizar cómo está siendo aceptada, por la práctica de la medicina privada en Ecuador, el manejo de las TRA.

2. Material y métodos

Se detectaron artículos concernientes a la defensa de la vida humana desde la concepción, contenidos en varios documentos declarativos y vinculantes para el estado ecuatoriano: la Convención sobre los derechos del Niño de 1959 y 1989, la Convención Americana sobre Derechos humanos (Pacto de San José, 1969), la Constitución de la República del Ecuador y su Ley Orgánica de Salud. Se realizó una búsqueda por internet identificando las clínicas privadas locales que trabajan las TRA.

3. Resultados

En ambos documentos de los Derechos del Niño se encontró la evidencia de la necesidad de protección y

cuidado incluso legal aún antes del nacimiento. El pacto de San José así como la Constitución del Ecuador garantizan el cuidado y protección desde la concepción. La ley orgánica de Salud consigna la prohibición de experimentar con embriones humanos.

Ocho clínicas de TRA ofrecían sus servicios en las principales ciudades del país: el 62.5% estaban asociadas a la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida; el 25% advertían los riesgos para la salud tanto para la madre como para los embriones; sólo una de ellas realizaba exclusivamente inseminaciones artificiales; el 50% reporta congelamiento de embriones; sólo una ofrecía sus servicios también a parejas homosexuales o mujeres solteras; sólo una expuso la lista de precios de los procedimientos

4. Conclusiones

Se requiere de estrategias para acercar cada vez más el nivel de las declaraciones al nivel de las realizaciones en este aspecto. Una de ellas ha sido dar a conocer a este foro la desprotección de la vida embrionaria en Ecuador. Oportunidad para tomar en consideración la situación aquí expuesta de quienes no tienen voz propia para tramitar su defensa.



CIENCIA Y PROFESIÓN ANTE LA NATALIDAD: UNA PERSPECTIVA TEMPORAL

PILAR LEÓN SANZ

Facultad de Medicina, Universidad de Navarra.

1. Introducción

A lo largo del siglo XX se ha producido un trascendental cambio en el concepto y en los tipos de contracepción, sobre todo a partir del desarrollo de la píldora de Pincus-Rock, y de otros dispositivos, que han permitido un control de la natalidad impensable en épocas anteriores, y que ha tenido importantes repercusiones humanas, políticas, sociales, culturales o económicas. Desde los años noventa, ha sido creciente el número de estudios sobre esta cuestión. Algunas investigaciones se han centrado en las biografías de los protagonistas de los cambios; otros, en el enfoque moral, o en el socio-político. También se ha estudiado la perspectiva de género, ya que la píldora anticonceptiva ha sido considerada la "gendered drug" por excelencia. También se ha observado la influencia de la anticoncepción en la industria farmacéutica y en la publicidad de fármacos y otros productos sanitarios. Se trata de una cuestión de características transnacionales.

2. Desarrollo

Ofrecemos un análisis desde un punto de vista de las profesiones de la salud. Revisamos el origen del término "contracepción" y el contexto médico en el que se desarrolló. Así como los debates que se suscitaron y la evolución de las posturas profesionales sobre el binomio contracepción/aborto.

3. Conclusiones

Se analizan las implicaciones profesionales derivadas del desarrollo de las drogas contraceptivas y/o anticonceptivas. Se establecieron nuevas definiciones de los términos "concepción" y "embarazo" que fueron acogidas por las grandes instituciones sanitarias, profesionales de la salud y de la especialidad de Ginecología y Obstetricia.



CONTROVERSIAS MÉDICAS Y ÉTICAS EN TORNO A LA MEDICINA ESTÉTICA

EMILIO GARCÍA-SÁNCHEZ

Departamento de Ciencias Políticas, Ética y Sociología. Facultad de Derecho, Empresa y Sociología. Universidad CEU Cardenal Herrera

1. Introducción

La medicina estética promueve y mejora el embellecimiento corporal para lograr un mayor bienestar personal. Con la aparición del paciente estético surgen dudas sobre si es un paciente real. Existen controversias acerca de si el acto estético es un acto médico, si se trata de una actividad que responde a los fines de la medicina como ciencia basada en evidencias. Si este nuevo paciente no padece alteración de su salud y si se trata de una medicina que no atiende dolencias objetivas ¿puede considerarse verdadera medicina? Existen también dudas deontológicas y éticas en el modo en cómo se ejecutan algunas intervenciones estéticas si consideramos que los destinatarios son pacientes sanos que pueden ver arriesgada su salud física y psíquica.

2. Material y métodos

Revisar revistas de cirugía y de medicina estética para analizar las características con las que definen y delimitan el "acto médico estético" y el "paciente estético". Analizar en revistas de bioética las dudas éticas que están suscitando estos nuevos conceptos y su aplicación.

3. Resultados

Actualmente en el ámbito médico existe un debate abierto en torno a la veracidad y legitimidad de la medicina estética y del paciente estético. Algunos médicos proponen vincular el acto estético más a un acto de salud que a un acto médico. Y sugieren asociar el paciente estético a un usuario.

Por su parte los médicos estéticos sostienen que sus actos responden plenamente a la medicina amparándose entre otros en la definición de salud de la OMS. Proponen la belleza como categoría médica y al paciente estético

como una persona necesitada de aquella para su pleno bienestar. Respecto a los conflictos éticos no creen que sean mayores que los que se dan en otras áreas médicas.

4. Discusión

Algunos cirujanos plásticos y otros médicos cuestionan la formación de los médicos estéticos para realizar sus intervenciones quirúrgicas. Pero estos últimos reivindican un estatus y una profesionalidad propia que les capacita para sus actividades. La nueva relación médico/paciente estético está generando situaciones en las que no hay un respeto claro sobre la autonomía del paciente y se duda de la beneficencia de algunos procedimientos.

5. Conclusiones

La ambivalencia detectada en las intervenciones de la medicina estética en cuanto a los efectos de sus actos está cuestionando conceptos como *paciente*, *fines de la medicina*, *acto médico*. Por otra parte representa un nuevo escenario médico en donde en ocasiones se cuestiona la correcta aplicación de los principios de la bioética.

Referencias

- Edmonds, A., Can Medicine Be Aesthetic? Disentangling Beauty and Health in Elective Surgeries. *Medical anthropology quarterly*, vol. 27, issue 2, pp. 233–252, 2013.
- Maio, G., Is aesthetic surgery still really medicine? An ethical critique. *Handchir Mikrochir Plast Chir*, 39:189-194, 2007.
- De Roubaix JAM., Beneficence, non-maleficence, distributive justice and respect for patient autonomy e reconcilable ends in aesthetic surgery? *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 64, 11-16, 2011



TRANSEXUALIDAD EN CONSULTAS DE ATENCION PRIMARIA

M. CARMEN DE LA FUENTE HONTAÑÓN

Medicina Familiar y Comunitaria. Máster Bioética. SACYL

1. Introducción

El acceso a las diferentes especialidades en el Sistema Nacional de Salud, se realiza por derivación del Médico de Familia. La demanda de información y petición de cambio de sexo está siendo ya una realidad en la consulta de Medicina Familiar, la cual se convierte en un observatorio privilegiado. Los datos científicos plantean que la transexualidad no es simplemente una construcción psicosocial, sino que refleja una compleja interacción de factores biológicos, ambientales y culturales. Nos proponemos hacer visible esta realidad y las implicaciones éticas y legales que conllevan en la asistencia.

2. Desarrollo

En España el Sistema Público de Salud cubre total o parcialmente el acceso a la reasignación de sexo en

seis Comunidades Autónomas y el quirúrgico en dos. Realizamos un estudio descriptivo de la demanda de cambio de sexo en las consultas de Medicina Familiar y Comunitaria, y las actuaciones diagnósticas en las derivaciones a las Especialidades implicadas (Psiquiatría, Genética, Endocrinología, Urología y Ginecología). Los avances científicos así como la evolución de los tratamientos, hace necesario actualizar el contenido del Consentimiento Informado.

3. Conclusiones

La responsabilidad profesional de ofrecer a nuestros pacientes información veraz acerca de la demanda de cambio de sexo, ha de basarse en el estado actual de la ciencia, que implica conocimiento de las bases neurológicas y mentales que propician este trastorno.



EL CONSENTIMIENTO INFORMADO: ALGO NO RESUELTO EN EL ÁMBITO PENITENCIARIO

JULIO GARCÍA GUERRERO

Centro Penitenciario de Castellón I. Servicios Médicos

1. Introducción

Hay discrepancias en nuestro ordenamiento sobre el alcance del Consentimiento Informado (CI), en el ámbito penitenciario..

2. Material y Método

Revisión de la normativa legal y doctrina constitucional sobre CI. Revisión de las resoluciones judiciales recaídas por consultas de los centros penitenciarios cuando un preso se niega a un tratamiento médico.

3. Resultados

Normativa sobre CI (Ley 41/2002 y Convenio de Oviedo): Excepto en casos de urgencia y daños a terceros, cualquier persona competente y capaz puede decidir sobre su vida y salud, y esa decisión debe ser respetada.

Normativa Penitenciaria (Ley 1/1979, orgánica, general penitenciaria, Reglamento Penitenciario): La Administración debe velar por la vida y salud de los presos y tiene el derecho/deber de adoptar todas las medidas a su alcance para conseguir ese objetivo.

Doctrina constitucional:

Sentencias del Tribunal Constitucional (STC) 120/1990; 137/1990 y 11/1991: se ampara la legitimidad constitucional de la alimentación forzada a un huelguista de hambre, justificada por la necesidad de preservar el bien superior de la vida humana y por la obligación de la Administración de velar por la vida y salud de los internos.

STC 37/2011(FJ 5): *"...el consentimiento del paciente a cualquier intervención sobre su persona es algo inherente, entre otros, a su derecho fundamental a la integridad física, a la facultad que éste supone de impedir toda intervención no consentida sobre el propio cuerpo,..."*

Resoluciones judiciales (juzgados de Instrucción y de Vigilancia Penitenciaria): todas ellas autorizan el tratamiento médico forzoso de un preso cuando, a criterio médico, su vida o su salud corran peligro.

4. Conclusiones

Los presos ven limitado el ejercicio del derecho al CI en casos extremos en que su vida o salud están amenazadas. Esta práctica es un mandato judicial que atenta contra el derecho fundamental constitucional a la integridad física y contra la legislación común sobre CI.

