

Comitè d'Ètica Assistencial d'ACEBA

Conducta sexual de risc i rebuig de prevenció

INFORME DEL CEA D'ACEBA DAVANT L'ASSUMPTE: PACIENT QUE REFEREIX CONDUCTES SEXUALS GRUPALS DE RISC DE FORMA REPETIDA I REBUTJA PREVENCIÓ

Sol·licitant: Professional sanitari

Data: març de 2026

1. OBJECTE DE L'INFORME

Emetre una recomanació ètica davant la consulta plantejada per l'equip assistencial respecte a un pacient adult, competent, que demana anàlisi general i, en el curs de l'anamnesi, refereix conducta sexual d'alt risc amb rebuig persistent de l'ús de mètodes de barrera i de controls reglats, acceptant únicament el cribratge puntual.

2. EXPOSICIÓ SINTÈTICA DEL CAS

Pacient sense parella estable, amb relacions sexuals amb múltiples parelles i pràctiques grupals mensuals. Refereix no utilitzar preservatiu en sexe vaginal, oral ni anal. Coneix els riscos, però rebutja l'ús de mètodes de barrera per reducció del plaer i baixa percepció de risc personal. Nega clínica d'ITS i no realitza controls periòdics. Homologació física sense troballes.

Intervenció professional realitzada:

- Proposta i sol·licitud de cribratge d'ITS.
- Informació sobre ITS asimptomàtiques i riscos individuals/comunitaris.
- Recomanació explícita i reiterada de l'ús de preservatiu.
- Proposta de seguiment i derivació a unitat especialitzada d' ITS, rebutjada pel pacient.

Conflicte percebut:

- Respecte a l'autonomia del pacient informat vs deure professional de prevenir dany i preocupació pel risc a tercers i salut pública.

3. PREGUNTA ÈTICA

1. S'ha de respectar la decisió del pacient (rebuig de mesures preventives) tot i ser clínicament no desitjable?
2. Quines obligacions ètiques i deures professionals subsisteixen davant d'un risc elevat de transmissió a tercers, quan no hi ha diagnòstic confirmat i el pacient rebutja control reglat?
3. Quins són els límits del professional i quin curs d'acció deliberatiu es recomana?

4. IDENTIFICACIÓ DEL PROBLEMA ÈTIC I DELS VALORS EN CONFLICTE

El cas es conceptualitza com un conflicte de valors entre:

Valors i deures que empenyen a "intervenir més"

- **Beneficència:** promoure conductes preventives, reduir risc individual.
- **No maleficència:** evitar dany previsible, incloent-hi transmissió a tercers.
- **Responsabilitat comunitària / salut pública:** reduir riscos de transmissió a la comunitat.
- **Professionalitat:** actuar conforme a la bona pràctica i estàndards preventius.

Valors i deures que empenyen a "intervenir amb límits"

- **Autonomia:** dret del pacient competent a decidir sobre la seva vida íntima i mesures preventives. *En aquest sentit, l'article 3.1 de la Llei 21/2000, de 29 de desembre, dels drets d'informació concernent la salut, l'autonomia del pacient i la documentació clínica, diu textualment: "1. El titular del dret a la informació és el pacient. S'ha d'informar les persones vinculades al pacient en la mesura que aquest ho permet expressament o tàcitament."*
- **Dignitat i no estigmatització:** evitar moralització o discriminació per pràctiques sexuals.
- **Confidencialitat:** protecció d'informació sensible.
- **Proporcionalitat i no coerció:** evitar paternalisme indegut davant de decisions informades.
- **Relació terapèutica:** preservar el vincle com a recurs preventiu futur.

El nucli del conflicte és **com equilibrar deures professionals davant d'una negativa informada**, sense habilitació legal per a mesures coercitives i sense un dany cert i immediat identificable.

5. MARC DELIBERATIU DEL CEA (ANÀLISI ÈTICA)

5.1. Autonomia: abast i límits

- El pacient presenta **autonomia conservada**: comprèn, valora i decideix.
- La decisió és reiterada i consistent: rebutja preservatiu i seguiment; accepta cribratge puntual.
- L'autonomia inclou decisions "imprudents" o "no ideals" des d'un punt de vista sanitari.

Límit de l'autonomia: quan hi hagi dany greu, cert i imminent a tercers, o quan la llei habiliti actuacions excepcionals. En aquest cas, el risc a tercers és **alt però potencial**, no individualitzat ni immediat, i **no consta diagnòstic** que activi circuits específics de salut pública. [Sistema de malalties de declaració obligatòria \(MDO\). Agència de Salut Pública de Catalunya \(ASPCAT\)](#)

Valoració del CEA: l'autonomia ha de ser respectada; el professional no pot imposar prevenció primària si el pacient competent la rebutja.

5.2. Beneficència i no maleficència: deures del professional i suficiència de la intervenció

L'obligació ètica del professional és:

1. Informar adequadament (comprensible, veraç, orientada a decisions).
2. Recomanar de forma explícita mesures basades en evidència.
3. Oferir alternatives i facilitar accessos (cribratge, vacunació, recursos especialitzats).
4. Mantenir una actitud no punitiva i oberta a reintervencions futures.

L'equip ha complert els deures bàsics de beneficència/no maleficència. El malestar ètic apareix quan es confon el deure d'**oferir** amb l'obligació d'**aconseguir** el canvi conductual.

Valoració del CEA: la "no adherència" del pacient no transforma l'actuació professional en insuficient si les mesures han estat ofertades de manera adequada i documentada.

5.3. Justícia, salut pública i tercers: obligacions sense coerció

La dimensió comunitària és rellevant: conductes sense preservatiu amb múltiples parelles incrementen la probabilitat de transmissió, incloses ITS asimptomàtiques.

No obstant això, èticament s'ha de distingir:

- **Risc poblacional** (estadístic) vs **individual**
- **Amenaça concreta a tercers identificables** (situació que podria justificar excepcions en alguns marcs).

Sense diagnòstic i sense tercers concrets identificats, l'obligació ètica del professional s'orienta a:

- Prevenció secundària (cribratge) i terciària (tractament si apareix infecció).
- Educació sanitària i reducció de danys.
- Mantenir accessibilitat per a contactes futurs amb el sistema.

Valoració del CEA: el professional no està èticament autoritzat a vulnerar confidencialitat o a activar mesures extraordinàries sense base clínica/legal; sí que està obligat a actuar amb diligència preventiva i a utilitzar estratègies proporcionals.

5.4. Confidencialitat i estigma

Aquest tipus de casos exigeix cautela:

- Informació sexual és altament sensible.
- Intervencions reiterades, insistents o amb judici moral deterioren confiança i poden allunyar el pacient del sistema, incrementant risc.

Valoració del CEA: preservar confidencialitat i evitar estigmatització no són "concessions", sinó condicions ètiques per a una intervenció eficaç.

6. DELIBERACIÓ SOBRE CURSOS D'ACCIÓ

Alternativa A: Insistència intensiva i programar cites consecutives per "convèncer"

Pros: augmenta oportunitats de consell preventiu.

Contres: risc alt de coerció percebuda, deteriorament del vincle, abandonament assistencial; pot convertir-se en pressió moral.

Judici del CEA: només justificable si el pacient l' accepta explícitament com a estratègia de suport. Si s'imposa, pot ser desproporcionat.

Alternativa B: Acceptar la negativa i limitar-se a cribratges quan el pacient els sol·liciti (enfocament minimalista)

Pros: respecta autonomia i redueix confrontació.

Contres: perd oportunitat de reducció de danys i prevenció secundària sistemàtica.

Judici del CEA: insuficient si no incorpora mesures de reducció de danys i planificació prudent del seguiment ofert.

Alternativa C (recomanada): Reducció de danys + oferta estructurada i proporcional + manteniment del vincle

Components:

- Consell breu, és clar, no moralitzant.
- Facilitar cribratge periòdic pactat (sense "persecució").
- Vacunació segons indicació.

- Informació sobre signes d' alarma i accés ràpid.
- Material preventiu i opcions que minimitzin objeccions (p. ex., lubricants compatibles, preservatius de diferents tipus si el pacient està disposat a reconsiderar).
- Derivació a unitat ITS com a oferta disponible.
- Documentació clínica i pla de revisita.

Pros: maximitza benefici possible sense vulnerar autonomia; protegeix relació terapèutica; redueix dany realista.

Contres: pot generar sensació professional de "no fer suficient", que ha de ser reenquadrada.

7. RECOMANACIÓ DEL COMITÈ

7.1. Sobre l'autonomia

El CEA recomana respectar la decisió del pacient de rebutjar mètodes de barrera i controls reglats, atès que hi ha:

- Competència conservada.
- Informació adequada.
- Absència de coacció.
- Absència de diagnòstic confirmat o amenaça individualitzada immediata.

7.2. Sobre les obligacions professionals

El CEA recomana mantenir un **pla assistencial proporcional**, centrat en:

1. **Prevenció secundària pactada:** cribratge d'ITS ofertat amb periodicitat raonable i acordada (en funció de pràctiques i disponibilitat del pacient).
2. **Reducció de danys:** consell focalitzat, pragmàtic i repetible sense confrontació.
3. **Oferta de recursos especialitzats:** derivació a unitat ITS com a opció accessible, evitant que la negativa tanqui la porta a futurs accessos.
Derivació a Programa Pre exposició a HIV:
<https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/PrEP.htm>
Grupo de trabajo sobre tratamientos de HIV
<https://www.sefh.es/escuela-de-pacientes-recursos-digitales-detalle/webs/17>
4. **Vacunació:** valorar i oferir vacunes rellevants (p. ex., hepatitis A/B, VPH segons edat/indicació i protocols locals).

5. **Accés ràpid davant de símptomes/exposició:** circuit clar de consulta preferent si apareixen símptomes o contacte de risc percebut.
6. **No discriminació:** garantir atenció integral sense condicionar assistència a l'acceptació de mesures preventives.

7.3. Sobre el risc a tercers i salut pública

El CEA recomana:

- Reforçar el component educatiu sobre transmissió asimptomàtica i responsabilitat relacional
- Si es diagnostica una ITS, aplicar els circuits clínics i de salut pública corresponents (tractament, consell, notificació a parelles segons normativa/protocols), preservant confidencialitat i seguint la legislació vigent.

El risc comunitari, encara que elevat, no legitima coacció ni ruptura de confidencialitat en absència de diagnòstic o habilitació normativa específica.

8. RECOMANACIONS OPERATIVES PER A L'EQUIP (IMPLEMENTACIÓ)

8.1. Guió d'intervenció breu (model deliberatiu i no coercitiu)

- Validar: "Entenc la seva preferència i que ho ha valorat."
- Informar amb precisió: "Moltes ITS poden ser asimptomàtiques i transmetre's igualment."
- Recomana explícitament amb claredat: "Li recomano ús de preservatiu en vaginal/anal i barreres en oral."
- Oferir reducció de danys: "Si ara no ho contempla, podem acordar almenys controls periòdics i vacunació."
- Mantenir porta oberta: "Si canvia d'opinió, ho reprenem sense problema."

8.2. Documentació

Registrar a Història Clínica:

- Contingut d'informació.
- Recomanació explícita de preservatiu.

- Decisió del pacient i rebuigs concrets.
- Mesures acceptades (cribratge),
- Pla pactat.

8.3. Seguiment

Proposta de visites:

- Proposta de revisió pactada (p. ex., calendari orientatiu),
- Recordatori d' accés ràpid si símptomes,
- Reavaluació periòdica de disposició al canvi.

8.4. Suport al professional

El CEA suggereix sessió clínica breu per:

- Normalitzar frustració professional.
- Revisar biaixos i estigmes inadvertits.
- Consensuar abordatge comú de l'equip.

9. CONCLUSIÓ FINAL

El deure ètic és assegurar informació, recomanació, oferta de recursos i continuïtat assistencial, implementant un enfocament de reducció de danys. En absència de diagnòstic confirmat o risc immediat individualitzat, escau respectar l'autonomia i sostenir intervencions proporcionals, evitant coerció, moralització i ruptura del vincle terapèutic.