

## El 4 principis clàssics de la Bioètica

**Autonomia:** És la capacitat de les persones de deliberar sobre les seves finalitats personals i d'actuar sota la direcció de les decisions que pugui prendre. Tots els individus han de ser tractats com a éssers autònoms i les persones que tenen l'autonomia minvada tenen dret a la protecció.

**Beneficència:** "Fer el bé", l'obligació moral d'actuar en benefici dels altres. Guarir el dany i promoure el bé o el benestar. És un principi d'àmbit privat i el seu no compliment no està penat legalment.

**No-maleficència:** És el "primum non nocere". No produir dany, i prevenir-lo. Inclou no matar, no provocar dolor ni patiment, no produir incapacitats, no fer mal. És un principi d'àmbit públic i el seu incompliment està penat per la llei.

**Justícia:** Equitat en la distribució de càrregues i beneficis. El criteri per saber si una actuació és o no ètica, des del punt de vista de la justícia, és valorar si l'actuació és equitativa. Ha de ser possible per tots aquells que la necessitin. Inclou el rebuig a la discriminació per qualsevol motiu. És també un principi de caràcter públic i legislat.

Si es dóna un conflicte de principis ètics, els de No-maleficència i Justícia (de nivell públic i obligatori), estan per sobre dels de Beneficència i Autonomia (considerats de nivell privat).

*Membres del grup d'ètica:* Planes i Magriñà, Albert  
Almiñana i Riquè, Mònica  
Balagué i Gea, Luis  
De Castro i Vila, Carme  
Fernández de Sanmamed, M. José  
Llor i Vilà, Carles  
Marquet i Palomer, Roser  
Morera i Castell, Ramon  
Reguant i Fosas, Miquel  
Rubio i Montañès, M. Lluïsa

*Referents del grup d'ètica:* Adalid i Villar, Carmen  
Batalla i Martínez, Carme  
Bonet i Selga Lourdes  
Coll de Tuero, Gabriel  
Comín i Bertran, Eva  
Cunillera i Grañó, Ramon  
Da Pena i Álvarez, Josep M.  
Ezquerria i Lezcano, Matilde  
Jiménez i Villa, Josep  
Marín i Jiménez, Francisco  
Mercadé i Orriols, Josep  
Muñoz i Seco, Elena  
Pellejà i Pellejà, Joaquim  
Pujol i Salud, Jesus  
Solanas i Saura, Pascual  
Soler i Conde, Montserrat  
Subías i Loren, Pedro J.  
Vidal i Ruíz, Joan Enric  
Vila i Rigat, Rosa  
Violan i Fors, Concepció  
Zapater i Torras, Francesc

*Consultor extern:* Torralba, Francesc

## L'autonomia, el dret a decidir

**L**a Lluïsa de 38 anys, no vol seguir el tractament antineoplàstic indicat; el Lluís de 49 anys, obvia les recomanacions, d'utilitat reconeguda, sobre estil de vida per evitar l'accident vascular; la Clara no vol ni sentir parlar d'iniciar una teràpia per l'abús d'alcohol...

En totes aquestes situacions els metges de família ens trobem amb un conflicte pel que no estem especialment formats. Estem acostumats a saber què cal recomanar en cada situació, i a treballar amb una actitud terapèutica, educadora i/o sancionadora. Com acceptar la decisió del pacient?. Podem optar per demanar al pacient que canviï de metge, perquè nosaltres no volem assumir la responsabilitat d'un seguiment que no ens sembla adequat o podem continuar acompanyant-lo tot i no compartir les seves idees.

No sempre és tan senzill com triar entre aquestes dues opcions. Tenim una obligació deontològica de no abandonar el pacient encara que no accepti un tractament. En moltes situacions l'opció de canvi de metge només és clara i responsable quan s'ha perdut la relació de confiança, que es requereix entre el pacient i el metge. Però, d'altra banda, fins a quin punt estem disposats a acceptar el seguiment d'un pacient, quan no compartim les seves decisions?. On tenim el límit de tolerància en el respecte a les decisions de les persones que ens consulten?.

### Marc legal

- Ley General de Sanidad de 1986, Pub. L. Núm. 14/1986. BOE 102 (29-4-1986).
- Conveni del Consell d'Europa Relatiu als Drets Humans i la Biomedicina signat a Oviedo el 1997. Ratificat pel Parlament espanyol: BOE 251 (20-10-1999).
- Llei sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica del 2001, Pub. L. Núm. 21/2000. DOGC 3303 (11-01-2001).
- Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. Codi de Deontologia. Normes d'Ètica Mèdica. Barcelona: Consell de Col·legis de Metges de Catalunya; 1997.
- Consejo General de Colegios de Diplomados de Enfermería de España. Código Deontológico de Enfermería. Madrid: Consejo General de Colegios de Diplomados de Enfermería de España; 1989.
- Ley Orgánica de protección del menor de 1996, Pub. L. Núm. 1/1996. BOE 15 (17-01-1996).

## 1. Importància i definició del tema

Definim l'**autonomia** com la capacitat d'una persona per pensar i actuar lliurement, de forma conscient i voluntària, aconseguir els seus objectius, i comunicar-los als altres, assumint les conseqüències de les seves actuacions.

L'autonomia és una característica dinàmica, que canvia de grau (pot augmentar o disminuir) en diferents moments de la vida d'una persona. L'autonomia total, com ara la perfecció, no existeix.

L'autonomia requereix absència de coacció, capacitat per distingir entre diverses accions possibles, capacitat d'elecció i aptitud per defensar l'elecció en funció dels valors individualment triats. L'autonomia és un aspecte de la salut de les persones que cal defensar i promoure des de l'Atenció Primària, i hem de ser conscients que la nostra actuació davant de cada demanda pot reforçar o debilitar l'autonomia del pacient.

**La capacitat o competència** és l'habilitat d'una persona per afrontar i resoldre una situació determinada. L'avaluació de la competència no es realitza en general sinó en relació a situacions concretes. És en cadascuna d'elles que s'ha de determinar si la persona és capaç de realitzar una elecció i prendre una decisió comprènent els seus riscos i beneficis. Els eixos en què es mou la competència són quatre: la capacitat de triar, la comprensió real de les qüestions, el maneig correcte de la informació i el reconeixement de la naturalesa de la qüestió.

Així, per exemple, combinant els dos criteris d'autonomia i competència, podem tenir una persona, com ara algú que pateixi d'esquizofrènia, amb una autonomia molt compromesa i perfectament capaç de prendre una decisió sobre fer un tractament oral o parenteral o respecte a anar, o no, a un centre de dia.

Determinar la capacitat o competència d'una persona és una actuació que fem diàriament els sanitaris d'una manera espontània. El conflicte se'ns presenta quan no són acceptades les nostres indicacions, sobretot si la malaltia és greu i tenim dubtes sobre la capacitat del pacient. En aquestes situacions de conflicte, ens poden ser útils els criteris d'incompetència i les escales per definir la competència. En alguns casos, hi ha una actuació judicial que estableix la incapacitació legal d'una persona. Generalment, la incapacitació legal defineix els àmbits d'incompetència i no pressuposa que la persona deixa de ser competent per a la resta d'accions de la seva vida, com podria ser el cas de prendre decisions sobre la seva salut.

Un dels requisits de la competència és disposar de la **informació necessària** per poder prendre una decisió. La nostra obligació com a metges és proporcionar tota la informació, que ha de ser: "**verídica i s'ha de donar de manera comprensible i adequada a les necessitats i requeriments del pacient, per ajudar-lo a prendre decisions de manera autònoma**". La llei<sup>1</sup> parla d'**informació verídica** (vol dir evitar la que té biaixos, la tendenciosa, o la clarament falsa), i d'**informació comprensible i adequada** (vol dir assegurar-nos que el pacient entén la informació que rep i que rep la quantitat necessària per poder prendre una resposta autònoma). També contempla el dret del pacient a no rebre informació, si no vol.

L'autonomia i la informació impliquen demanar al pacient el seu consentiment, no en el sentit d'un paper per signar, sinó en el fet d'aconseguir que el pacient rebi i compregui la informació pertinent i que manifesti la seva conformitat, o no, amb les propostes del sanitari. Aquest és el consentiment informat autèntic.

**Els límits de l'autonomia del pacient** davant la presa de decisions estan marcats pels altres principis de la bioètica i també per la pròpia definició del principi d'autonomia, un concepte dinàmic, fràgil i vulnerable.

Així, el bé comú (principi de **justícia**) actua com a sostre de les decisions lliures de les persones en un sistema on els recursos són limitats. El principi de no **male-**

**ficència** limita la decisió d'un pacient per fer-se una exploració complementària amb riscos, quan aquesta no està justificada. I el principi de **beneficència** se situa per sobre de l'autonomia, per exemple, en una persona amb un trastorn paranoide que es vol suïcidar.

La llei, en un context democràtic, s'entén com el límit que la pròpia societat s'autoimposa.

## Algunes exemples concrets de situacions on l'autonomia queda limitada

- Una malaltia greu, per si mateixa o per la repercussió psicològica que genera (*Persona amb un dol patològic que vol prendre decisions importants*).
- Problemes socials i/o econòmics que comprometen la capacitat d'actuar lliurement (*Mare que pateix maltractaments a la llar*).
- Deficiències en la informació de què disposa el malalt (*Demana un PSA sense explicar les repercussions que pot tenir. Donar un tractament sense explicar possibles alternatives*).
- Incertesa mèdica del pronòstic de determinades malalties o del benefici del tractament (*Teràpia amb bupropió per deixar l'hàbit tabàquic*).
- Persones amb actituds consumistes (*Pacient que demana una determinació de colesterol cada tres mesos*).
- Persones amb valors socioculturals diferents (*Persones emigrants que han de prendre decisions en el país d'acollida en una cultura que desconeixen i que els desconeix*).
- La decisió del pacient comporta un perill per a terceres persones (*"El metge ha de demanar, sense necessitat d'autorització expressa de la gestant, les exploracions analítiques necessàries adreçades a protegir la salut del fetus"*<sup>2</sup>).

## 2. Qüestions polèmiques

### **Autonomia o autoritarisme en la relació metge-pacient. És possible sempre la presa de decisions autònomes per part dels pacients? L'autonomia l'hem d'imposar o potenciar?**

Encara continuem practicant en els nostres actes professionals una relació autoritària o paternalista. Se'ns presenta un corrent legal i ètic de respecte a l'autonomia de les decisions dels pacients, un model de relació clínica que considera el pacient com un ésser autònom.

Els pacients poden preferir prendre ells mateixos les decisions, compartir la decisió amb el seu metge o bé deixar la decisió en mans del metge. També hem de considerar un acte d'autonomia deixar la decisió en mans d'un altre: El pacient,

1. Sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica del 2001, Pub. L. No. 21/2000, DOGC 3303 (Gener 11, 2001).

2. Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. Codi de Deontologia. Normes d'Ètica Mèdica. Barcelona. Consell de Col·legis de Metges de Catalunya; 1997.

autònomament, pot decidir que el seu metge prengui la decisió sobre allò que és millor per a la seva salut.

A més, tot i que hi ha persones més o menys autònomes, totes les persones som ambivalents respecte de l'autonomia i de vegades prenem decisions autònomes i en altres moments de la nostra vida, no.

De fet, l'actitud del metge, tot i intentant que el pacient sigui el més autònom possible, s'ha d'adaptar al pacient, entenent que hi ha situacions en què es prefereix un estil mèdic que respecti molt i afavoreixi l'autonomia i d'altres en què es demana un estil més paternalista de presa de decisions.

L'autonomia no es pot imposar (utilitzant el paternalisme), l'hem d'entendre com un procés que cal potenciar donant als pacients informació i impulsant la presa de decisions per part del pacient ("entrenant-lo" en la presa de decisions).

### **Si el pacient és autònom en la presa de decisions, la nostra responsabilitat es limita a informar?**

El respecte a l'autonomia del pacient no es pot confondre amb la delegació de les nostres responsabilitats professionals, escudant-nos en el "vostè mateix, jo ja el vaig informar de tot". No hem de renunciar a la nostra responsabilitat d'entendre les motivacions dels pacients, les seves preferències, els seus valors, les seves limitacions, etc. No podem oblidar la importància de la comunicació, la relació i la interacció terapèutica entre el professional i el pacient.

El respecte a l'autonomia no ens eximeix d'intentar argumentar, convèncer i millorar la nostra comunicació (sempre que hi hagi evidència del benefici del nostre consell) per aconseguir actituds i decisions saludables en els nostres pacients. Tampoc ens eximeix de continuar exercint el nostre rol de metges de capçalera i continuar acompanyant el pacient.

### **Què hem de fer quan la decisió adoptada pel pacient està en desacord amb el que li aconsellem?**

De vegades, les decisions dels pacients no s'ajusten a l'opció considerada com la millor des del punt de vista de l'evidència científica. En aquest cas, cal assegurar-nos que el pacient disposa de tots els elements per prendre la decisió i que aquesta pot qualificar-se de lliure i responsable.

L'autonomia és un dret del pacient i no una concessió que donem els professionals. El pacient té dret a triar d'acord amb la seva concepció de la vida i la millor manera de gaudir-la segons el seu criteri.

Davant d'un rebuig a un tractament necessari o a un canvi d'hàbits, com ara deixar de beure en un pacient amb una cirrosi, explorem les causes i motivacions de la seva decisió, revisem si hi ha mancances per la nostra part en la interacció terapèutica, en la comunicació i en la relació amb el pacient. Revisem també la nostra competència, els nostres coneixements sobre si el consell que donem té evidència científica de ser beneficiós (per exemple, no la tindria el consell antitabàquic en un pacient amb una malaltia cancerosa avançada o en una persona de 90 anys).

També podem oferir al pacient la possibilitat de discutir el tema amb altres persones que ell decideixi.

En tot cas no hem d'abandonar el seguiment, ni trencar la relació amb el pacient, és possible que en un altre moment adreci la seva decisió cap a propostes més saludables.

### **Què hem de fer quan la decisió adoptada pel pacient pot perjudicar a terceres persones?**

De vegades, el pacient pot prendre una decisió que pot afectar a terceres persones, com en el cas d'un pacient alcohòlic conductor d'autobusos que no vol fer un tractament de deshabitació, o com és el cas d'un metge malalt. En aquests casos, fins a quin punt hem de respectar l'autonomia de la persona?. El principi de no-maleficència a d'altres passa per davant de l'autonomia del pacient i la nostra actitud com a metges no pot ser inhibir-nos del problema, sinó que hem d'implicar-nos i prendre decisions.

Ara bé, les accions que cal prendre s'han de mesurar adequadament cercant tant el benefici per al pacient com per als tercers, valorant els riscos i beneficis que comportarà el saltar-nos l'autonomia del pacient i les possibles vies socials existents per intervenir i resoldre la situació de perill. Hem d'intentar sempre que sigui el pacient qui adopti la decisió adequada i informar que si ell no ho fa ens veurem obligats a fer-ho nosaltres.

### **Què hem de fer quan la decisió adoptada pel pacient entra en conflicte amb els nostres principis morals?**

Quan el metge és requerit pel pacient a fer quelcom amb el que està moralment i/o ideològicament en desacord es genera un conflicte de valors entre l'autonomia del pacient i l'autonomia del metge. Aquesta situació es pot produir, per exemple, en l'ús de la "píndola del dia després", en la informació sobre un possible avortament, o en l'ús de vacunes per part de metges naturistes.

Els conceptes que cal tenir en compte davant d'aquest conflicte són: la legalitat de la demanda, el dret a l'equitat en l'ús dels serveis per part del pacient (que no pot estar sotmès als valors morals del seu metge) i el dret del professional a l'objecció de consciència.

### **Com combinar aquests tres conceptes perquè l'autonomia del pacient i l'autonomia del professional puguin conciliar-se?**

Un metge pot tenir un problema de consciència davant d'una demanda, però si la demanda és legal i està en la cartera de serveis del sistema sanitari i de la seva institució, el metge sols pot objectar sempre que la demanda i necessitat del pacient quedi coberta. Pot adreçar el pacient a un altre company sense objecció de consciència, o fer les actuacions pertinents per resoldre el conflicte acordades prèviament per l'equip. Així, quant a la interrupció de l'embaràs, el Codi Deontològic del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya és clar: "El metge té dret a negar-se a interrompre un embaràs, però mai no podrà, ni que sigui al·legant raons de consciència defugir l'objectiva i complerta informació sobre la possibilitat de fer-ho, respectant la llibertat de les persones de cercar el consell d'altres metges".

### **Què hem de fer en situacions de conflicte entre l'autonomia del pacient i l'opinió de la família?**

Hi ha múltiples situacions en què es poden produir conflictes amb la família del malalt. Cada situació requereix una actuació concreta i diferent per part del professional. De tota manera, hi ha una sèrie de principis generals que ens poden ajudar:

- Podem valorar que la família no és respectuosa amb l'autonomia ni actua en benefici del pacient. En aquests casos hem de decidir-nos clarament a favor del pacient. No obstant, hem d'utilitzar els recursos de comunicació de què dis-

posem per debatre amb els familiars i fer esforços per poder actuar conjuntament. Però en cas que no s'arribi a un acord, cal no perdre de vista que la nostra responsabilitat i compromís és amb el pacient, fins i tot pel que fa referència a la informació. Això queda clar també des del punt de vista legal: la nova llei del Parlament Català<sup>3</sup> deixa explícit que el titular del dret a la informació és el pacient.

- En tot cas, és bo partir de què en la majoria de situacions, qui millor coneix i qui més desitja el bé per al pacient, és la pròpia família (en ètica, com en gairebé tot, és bo situar-nos en el context cultural en el que vivim). Per tant, en general, és la família qui ens pot orientar sobre la millor manera de tractar la informació i anar-la introduint perquè la recepció, per part del pacient, sigui la més favorable per a la seva salut. Tot i això, quan la família ens demana un pacte de silenci no ho hem d'acceptar. *Tenir preparada una resposta del tipus de "Ho lamento molt però jo no puc adquirir aquest compromís amb vostè, perquè joestic aquí per fer el que el pacient desitgi i l'informaré del que ell vulgui i quan vulgui", pot ser-nos de molta utilitat.*
- En tots el casos, i especialment quan el pacient és un adolescent, entrenem a la família a entendre la necessitat de respectar l'autonomia del pacient, fins i tot en les decisions més banals. Això facilitarà el respecte a l'autonomia en les situacions més greus i transcendents.
- Tant el pacient com nosaltres necessitem a la família pel benefici i la cura del malalt; per tant, hem d'escoltar i dialogar amb la família, buscant el pacte i ajudant-los en situacions de desbordament i claudicació.

### Què hem de fer amb els pacients que no poden decidir o tenen dificultats per fer-ho?

- En el cas de persones **incompetents** (com ara pacients amb demència o minusvàlues psíquiques importants) l'actuació és clara si s'ha fet el procés judicial correcte: el tutor té un reconeixement legal per actuar. Però hi ha algunes situacions que cal matisar. La declaració d'incapacitació legal ha de definir en quins camps ho és; la justícia pot decretar incapaç a una persona per administrar els seus diners però no per això és incapaç per a altres decisions que l'afectin, com per exemple la seva salut (si no ho reflecteix específicament la sentència). Pot ser adient promoure el nomenament d'un tutor legal que sigui l'encarregat de prendre les decisions. En tot cas, les decisions que els tutors legals prenguin sempre han de ser a favor del pacient i no poden autoritzar-se intervencions que no siguin estrictament en aquest sentit.
- Davant de **maltractaments** i/o **abandonaments** (nens, avis, etc.) és responsabilitat nostra detectar-ho. Cal valorar la intencionalitat, estimació/amor i perillositat de la situació, cal pensar en totes les sortides possibles i en les seves conseqüències. Hi ha solucions legals però no sempre són les més adequades per a la víctima: la separació d'un menor de la família i el seu ingrés en centres tutelats per l'administració pot ser pitjor que la situació original. Cal ser exhaustius en la cerca de sortides no judicials i buscar la col·laboració d'altres serveis sanitaris i socials. En cada situació cal usar els mitjans que creiem ens poden ajudar a trobar la millor solució, però sense renunciar a recórrer a la justícia ordinària si la gravetat de la situació ho requereix.
- Davant d'un **ingrés contra la voluntat del pacient**, en situacions urgents o en cas de malalts greus (per exemple, problemes aguts greus, pacient en

3. Aquest document no aborda problemes ètics en qüestions o temes no legals, com ara l'eutanàsia.

situació terminal, complicacions agudes...), si la família desitja l'ingrés, hauríem de tenir una certesa molt ferma de què interpretem correctament el sentiment del pacient per poder-nos negar. En qualsevol cas, serà una situació difícil de controlar. Si estem en situació de claudicació del cuidador, o si la família vol l'ingrés ens caldrà tenir en compte el principi de no maleficència (si deixem el pacient a domicili potser no estarem oferint al pacient la millor atenció possible). En aquests casos ens caldrà negociar amb la família, tot utilitzant els suports que precisem d'altres serveis socio-sanitaris. Malauradament, a vegades, malgrat el desig previ del pacient, es fa inevitable fer un ingrés quan la família claudica.

- En el cas d'**ingrés en residències contra la voluntat del pacient**, estarem en una situació similar a l'anterior. El nostre esforç ha d'anar adreçat a buscar, en primer lloc, la permanència de la persona en el seu domicili. Però si la família no pot o no vol tenir cura d'ell, ens caldrà negociar, treballant coordinadament amb altres professionals. Hi ha una legislació que obliga els fills a tenir cura econòmica dels pares en situació apurada, però no hi ha res que digui que això ha de ser a domicili o en un centre. Desgraciadament, davant d'una negativa familiar a tenir cura d'un pacient i tenint en compte la precarietat dels ajuts socials actuals, difícilment podrem evitar l'ingrés.
- En el cas d'**ingrés forçat per malaltia psiquiàtrica**, en les situacions urgents i greus, valorarem al pacient com a incompetent i, en el seu benefici, farem l'ingrés directament, comunicant-ho posteriorment a l'autoritat judicial. En situacions no tan greus i/o perilloses es faran ingressos amb autorització judicial; la nostra tasca serà de suport tècnic, informant per escrit al jutjat de la situació. Cal esgotar tots els recursos possibles abans d'un ingrés forçat per ordre judicial, tenint en compte les possibles conseqüències que pot comportar per a la posterior integració social del pacient.

### Què hem de fer quan un pacient demana exploracions, derivacions o tractaments no justificats?

Assegurar, en primer lloc, la no idoneïtat de la demanda segons les normes de bona praxi mèdica (evidència científica, protocols, guies clíniques, etc.). En segon lloc, tenir en compte les circumstàncies personals que envolten a la persona que fa la petició (por, angoixa, manca d'informació o informació inadequada, etc.).

Una vegada que hem entès al pacient, el principi de justícia distributiva s'imposa al d'autonomia, sobretot quan l'assistència és pública o mutual i hem de ser capaços de dir no, acuradament i sense ferir la sensibilitat del pacient. D'altra banda, una prova no justificada pot comportar riscos per al pacient i en les nostres decisions el principi de no maleficència també ha d'estar present.

És important informar i que el pacient entengui el per què no li cal aquella prova o tractament. D'aquesta manera es poden reconduir actituds consumistes cap a d'altres més responsables i respectuoses amb la distribució dels recursos al mateix temps que evitem riscos inútils.

Moltes vegades aquestes demandes injustificades provenen d'indicacions d'altres especialistes, i l'aparició d'un "triangle assistencial" (especialista, metge de família, pacient) pot generar confusió al pacient i incòmodes situacions d'ambivalència als professionals. En aquests casos, si l'evidència científica demostra clarament que la demanda és injustificada podem negar-nos a complaure-la, però en tots els casos la nostra obligació serà informar, donar la nostra visió i deixar la decisió a les mans del pacient, tot comunicant la nostra voluntat de continuar el seguiment sigui quina sigui la seva decisió.



En algunes situacions pot ser aconsellable acceptar demandes aparentment no justificables. Per exemple, en situacions en les que creiem que l'actuació reclamada pot ser útil per desangoixar el pacient o pensem que pot ser necessària per pactar i millorar la relació pacient-sanitari, buscant beneficis futurs.

### **Què hem de fer davant discrepàncies entre el pacient i el metge sobre la indicació d'incapacitat temporal (IT)?**

El repòs pot ser necessari en el procés terapèutic i a vegades comporta la separació temporal de l'activitat laboral; en aquest sentit, podem considerar l'IT com un eina terapèutica. Com a norma, i com en el cas de qualsevol eina terapèutica, cal partir de la base que si no està indicada no s'ha de prescriure i que fins i tot, la seva indicació injustificada pot ser iatrogènica. És important tractar el tema de les incapacitats com un acte mèdic responsable amb el control i seguiment que requereix per part del professional que ha iniciat el procés.

Les IT no justificades per problemes de salut plantegen dilemes ètics relacionats amb la justícia distributiva i amb la doble lleialtat, per una part amb el pacient i per l'altra amb la societat. La major part de les demandes d'incapacitat transitòria que no estan justificades, responen a una problemàtica familiar i/o socioeconòmica (per exemple malaltia d'un familiar). Indicar l'IT en aquestes ocasions impedeix als pacients cercar respostes més sanes per abordar el seus problemes "no mèdics" i exigeix a la societat de legislar excepcions laborals per motius socials i fer propostes perquè aquests problemes es contemplin des d'un marc social, sense necessitat de recórrer a "emmalaltir-les".

És responsabilitat del professional detectar si la problemàtica social comporta risc per a la salut del pacient i si una baixa pot prevenir un trastorn adaptatiu o un trastorn d'ansietat reactiu a l'estressant social. Si aquest és el cas, la baixa està indicada, i en cas contrari cal encoratjar els pacients a cercar altres solucions i fer un abordatge interdisciplinari implicant els serveis socials.

D'altra banda, quan un malalt té indicació d'IT i no l'accepta, tenim l'obligació de prescriure-la, i així està previst legalment. Quan hi ha risc per a terceres persones (exemple guàrdia de seguretat amb un trastorn de conducta), el principi de no maleficència (a tercers) passa per davant del d'autonomia.

## Idees clau

- L'autonomia és un aspecte de la salut de les persones i el seu respecte un dret.
- L'autonomia no pot ser una imposició, s'ha d'entendre com un procés que cal potenciar donant eines per a la seva consecució gradual.
- Ser competent per resoldre situacions, i disposar de la informació necessària, són les condicions bàsiques per poder ser autònom.
- Informar i promoure l'autonomia del pacient és una inversió eficient ja que a llarg termini les persones autònomes tenen més capacitat d'autocura.
- La resolució de conflictes en la relació clínica s'ha de fer mitjançant el diàleg, la negociació i el pacte. Això requereix d'unes habilitats en comunicació imprescindibles pels professionals d'Atenció Primària
- Si estem convençuts de què la persona té la informació suficient i és competent, caldrà, com a metges de família, seguir-lo ajudant en el seu procés de salut-malaltia, tot acceptant les seves decisions, encara que siguin discordants amb les nostres propostes.
- En el marc de l'assistència sanitària pública i mutual, quan hi ha conflicte per demandes no justificades, el principi de justícia distributiva se situa per sobre de l'autonomia del pacient.

## Consells pràctics

- Aprenquem a fer una anamnesi general sobre la concepció de la salut i la malaltia, la vida i la mort dels nostres pacients, per valorar millor les seves necessitats.
- Informem sempre, encara que ens pugui semblar evident o innecessari, per tal de convertir-ho en un hàbit.
- Potenciem l'autonomia en les petites decisions de cada dia, i no només en les grans decisions. *"Si vostè està d'acord, ara l'auscultaré?". "Crec que seria convenient fer-li una anàlisi d'orina per veure si hi ha una infecció. Li sembla bé...?"*
- Formem-nos en com donar la informació. No és fàcil, i més si són males notícies.
- Desenvolupem habilitats de negociació. Entrenem-nos a dir "no". Amb cura i sense que el pacient se senti agredit.
- Potenciem que el pacient faci per la seva salut tot allò que sigui del seu abast, i per la nostra part fem únicament la intervenció sanitària que sigui justificada i que el pacient no pugui fer.
- Escoltem i dialoguem amb la família, busquem el pacte. Acceptem el seu rol de coneixedora del pacient, però també fem-la veure el nostre rol com a defensors de l'autonomia del pacient.
- Pensem, sempre, més en l'interès del pacient que en allò que a nosaltres, com a professionals, ens agradaria que fes.
- Intentem posar-nos en l'altra cadira. Pensem com li agradaria al pacient que actués el seu metge de família. No tant com ens agradaria a nosaltres que actués el nostre metge, perquè fàcilment podem tenir gustos o necessitats diferents.
- No ens acostumem a usar el "consentiment informat" (entès com un imprès per emplenar), més aviat assegurem-nos que el pacient està degudament informat d'allò que li proposem.
- Fem promoció de les "voluntats anticipades" per poder respectar les decisions dels pacients quan no siguin competents.

## Bibliografia recomanada

Gracia D. Fundamentos de Bioética. Madrid: Eudema Univ; 1989.

*És un llibre fonamental, un clàssic de la bioètica espanyola. Està exhaurit: cal consultar-lo a biblioteques especialitzades).*

Borrell F. El deber de no abandonar al paciente. Medicina Clínica 2001; 117: 262-273.

*En aquest article es desenvolupa, de forma molt complerta, el que significa aquest deure.*

Fundació Víctor Grifols i Lucas. Libertad y Salud. Cuaderno nº 1. Barcelona: Fundació Grifols i Lucas; 1999.

*Ple d'idees suggerents sobre l'autonomia. Recull conferències sobre salut i llibertat d'H. T. Engelhardt, S. Rodotà i M. Palacios. Presentació de Victòria Camps.*

Torralla F. Los límites del principio de autonomía. Consideraciones filosóficas y bioéticas. Labor Hospitalaria 2001; 251: 19-31.

*Esposa, de forma clara i exhaustiva els límits del principi d'autonomia, des de diferents àmbits.*

Drane JF. Las múltiples caras de la competencia. En: Cruceiro A. Bioética para clínicos. Madrid: Triacastella; 1999; 163-76.

*Drane aprofundeix en la complexitat de la valoració de la competència i dona pautes d'actuació. A la resta del llibre hi ha articles d'autors anglosaxons i espanyols, que mostren la diferent manera d'abordar els problemes bioètics.*

Servei de responsabilitat professional del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Assistència a menors, adolescents i maltractaments. Professi6 1999; 2: 1-8.

*Aborda aspectes legals i de responsabilitat del metge en l'atenció a menors, incloent l'atenció a situacions de maltractament.*

Delgado T. Modificaci6n de estilos de vida. En: Documentos de la semFYC 7. Sobre bioética y medicina de familia. Palma de Mallorca: semFYC; 1996: 69-74.

*Revisa breument la responsabilitat ètica del metge de família en la modificaci6n dels estils de vida dels pacients, tot referint-se a com garantir els 4 principis bioètics en aquest àmbit.*

Beauchamp TL, Childress JF. Principios de ética biomédica. Barcelona: Masson; 1999.

*Un clàssic. La primera edici6n és del 1979. Completa exposici6n dels 4 principis bàsics.*