

REFLEXIONES DE LA PRÁCTICA COTIDIANA

Los cuatro principios clásicos de la Bioética

Autonomía: Es la capacidad de las personas de deliberar sobre sus finalidades personales y de actuar bajo la dirección de las decisiones que puedan tomar. Todos los individuos han de ser tratados como seres autónomos y las personas que tienen la autonomía reducida tienen derecho a la protección.

Beneficencia: *Hacer el bien*, la obligación moral de actuar en beneficio de los otros. Curar el daño y promover el bien o el bienestar. Es un principio de ámbito privado y su no cumplimiento no está penado legalmente.

No maleficencia: Es el *primum non nocere*. No producir daño y prevenirlo. Incluye no matar, no provocar dolor no sufrimiento, no producir incapacidades, no hacer daño. Es un principio de ámbito público y su incumplimiento está penado por la ley.

Justicia: Equidad en la distribución de cargas y beneficios. El criterio para saber si una actuación es o no ética, desde el punto de vista de la justicia, es evaluar si la actuación es equitativa. Ha de ser posible para todos aquellos que la necesiten. Incluye el rechazo a la discriminación por cualquier motivo. Es también un principio de carácter público y legislado.

Si se produce un conflicto de principios éticos, los de No Maleficencia y Justicia (de nivel público y obligatorio) están por encima de los de Beneficencia y Autonomía (considerados de nivel privado).

Miembros del grupo de ética:

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

Referentes del grupo de ética:

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 Ruiz, Joan Enric
Vila i Rigat, Rosa
Violan i Fors, Concepció
Zapater i Torras, Francesc

Consultor externo: Torralba, Francesc

LA AUTONOMÍA, EL DERECHO A DECIDIR

La autonomía, el derecho a decidir

Luisa, de 38 años, no quiere seguir el tratamiento antineoplásico indicado; Luis, de 49, obvia las recomendaciones, de utilidad reconocida, sobre el estilo de vida para evitar el accidente vascular; Clara no quiere ni oír hablar de iniciar una terapia para el abuso del alcohol...

En todas las situaciones, los médicos de familia nos encontramos con un conflicto para el que no estamos especialmente formados. Estamos acostumbrados a saber qué hace falta recomendar en cada situación y a trabajar con una actitud terapéutica, educadora y sancionadora. ¿Cómo aceptar la decisión del paciente? Podemos optar por pedir al paciente que cambie de médico porque nosotros no queremos asumir la responsabilidad de un seguimiento que no nos parece adecuado o podemos continuar acompañándolo aunque no compartamos sus ideas.

No siempre resulta tan sencillo como elegir entre una de estas dos opciones. Tenemos una obligación deontológica de no abandonar al paciente aunque no acepte un tratamiento. En muchas situaciones la opción de cambio de médico sólo es clara y responsable cuando se ha perdido la relación de confianza que se requiere entre el paciente y el médico. Pero, por otro lado, ¿hasta qué punto estamos dispuestos a aceptar el seguimiento de un paciente cuando no compartimos sus decisiones? ¿Dónde tenemos el límite de tolerancia en el respeto a las decisiones de las personas que nos consultan?

Marco legal

- Ley General de Sanidad de 1986, Pub. L. Núm. 14/1986. BOE 102 (29-4-1986).
- Convenio del Consejo de Europa Relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina firmado en Oviedo en 1997. Ratificado por el Parlamento español: BOE 251 (20-10-1999).
- Ley sobre los derechos de información concerniente a la salud y la autonomía del paciente y la documentación clínica de 2001, Pub. L. Núm. 21/2000. DOGC 3.303 (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. REFLEXIONES DE LA PRÁCTICA COTIDIANA

1. Importancia y definición del tema

Definimos **la autonomía** como la capacidad de una persona para pensar y actuar libremente, de forma consciente y voluntaria, conseguir sus objetivos y comunicarlos a los demás, asumiendo las consecuencias de sus actuaciones.

La autonomía es una característica dinámica, que cambia de grado (puede aumentar o disminuir) en diferentes momentos de la vida de una persona. La autonomía total, como la perfección, no existe.

La autonomía requiere ausencia de coacción, capacidad para distinguir entre diversas acciones posibles, capacidad de elección y aptitud para defender la elección en función de los valores escogidos individualmente. Es un aspecto de la salud de las personas que es necesario defender y promover desde la Atención Primaria y tenemos que ser conscientes de que nuestra actuación ante cada demanda puede reforzar o debilitar la autonomía del paciente.

La **capacidad o competencia** es la habilidad de una persona para afrontar y resolver una situación determinada. La evaluación de la competencia no se realiza en general, sino con relación a situaciones concretas. Y es en cada una de ellas donde hay que determinar si la persona es capaz de realizar una elección y tomar una decisión comprendiendo sus riesgos y beneficios. Los ejes en que se mueve la competencia son cuatro: la capacidad de elegir, la comprensión real de las cuestiones, el manejo correcto de la información y el reconocimiento de la naturaleza de la cuestión.

Así, por ejemplo, combinando los dos criterios de autonomía y competencia, podemos tener una persona, como, por ejemplo, alguien que sufre de esquizofrenia, con una autonomía muy comprometida y perfectamente capaz de tomar una decisión sobre hacer un tratamiento oral o parenteral o respecto a ir, o no, a un centro de día.

Determinar la capacidad o competencia de una persona es una situación que hacemos diariamente los sanitarios de manera espontánea. El conflicto se nos presenta cuando no son aceptadas nuestras indicaciones, sobre todo si la enfermedad es grave y

tenemos dudas sobre la capacidad del paciente. En estas situaciones de conflicto, nos pueden resultar útiles los criterios de incompetencia y las escalas para definir la competencia. En algunos casos, hay una actuación judicial que establece la incapacitación legal de una persona. Generalmente, la incapacitación legal define los ámbitos de incompetencia y no presupone que la persona deja de ser competente para el resto de acciones de su vida, como podría ser el caso de tomar decisiones sobre su salud.

Uno de los requisitos de la competencia es disponer de la **información necesaria** para poder tomar una decisión. Nuestra obligación como médicos es proporcionar toda la información, que ha de ser: **“verídica y se ha de dar de manera comprensible y adecuada a las necesidades y requerimientos del paciente, para ayudarlo a tomar decisiones de manera autónoma”**. La ley¹ habla de **información verídica** (quiere decir evitar la que tiene sesgos, la tendenciosa o la claramente falsa) y de información **comprensible y adecuada** (quiere decir asegurarnos de que el paciente entiende la información que recibe y que recibe la cantidad necesaria para poder tomar una respuesta autónoma). También considera el derecho del paciente a no recibir información si no quiere.

La autonomía y la información implican pedir al paciente su consentimiento, no en el sentido de un papel que tiene que firmar, sino en el hecho de conseguir que el paciente reciba y comprenda la información pertinente y que manifieste su conformidad, o no, con las propuestas del sanitario. Este es el consentimiento informado auténtico.

Los límites de la autonomía del paciente ante la toma de decisiones están marcados por los otros principios de la bioética y también por la propia definición del principio de autonomía, un concepto dinámico, frágil y vulnerable.

Así, el bien común (principio de **justicia**) actúa como techo de las decisiones libres de las personas en un sistema en el que los recursos son limitados. El principio de **no maleficencia** limita la decisión de un paciente para hacerse una exploración complementaria con riesgos cuando ésta no está justificada. Y el principio de **beneficencia** se sitúa por encima de la autonomía, por ejemplo, en una persona con un trastorno paranoide que se quiere suicidar.

La ley, en un contexto democrático, se entiende como el límite que la propia sociedad se autoimpone.

Algunos ejemplos concretos de situaciones en las que la autonomía queda limitada

¹ *Sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia, i la clínica del 2001*, Pub, L. No. 21/2000, DOGC 3.303 (gener 11, 2001).

- Una enfermedad grave, por sí sola o por la repercusión psicológica que genera (persona con un duelo patológico que quiere tomar decisiones importantes).
- Problemas sociales o económicos que comprometen la capacidad de actuar libremente (madre que sufre maltratos en su casa).
- Deficiencia en la información de que dispone el enfermo (pedir un antígeno prostático específico —PSA— sin explicar las repercusiones que puede tener. Dar un tratamiento sin explicar posibles alternativas).
- Incerteza médica del pronóstico de determinadas enfermedades o del beneficio del tratamiento (terapia con bupropión para dejar el hábito tabáquico).
- Personas con actitudes consumistas (paciente que pide una determinación de colesterol cada tres meses).
- Personas con valores socioculturales diferentes (personas emigrantes que han de tomar decisiones en el país de acogida en una cultura que desconocen y que los desconoce).
- La decisión del paciente comporta un peligro para terceras personas ("El médico ha de pedir, sin necesidad de autorización expresa de la gestante, las exploraciones analíticas necesarias dirigidas a proteger la salud del feto"²).

2. Cuestiones polémicas

Autonomía o autoritarismo en la relación médico-paciente. ¿Es siempre posible la toma de decisiones autónomas por parte de los pacientes? La autonomía, ¿la hemos de imponer o de potenciar?

Todavía seguimos practicando en nuestros actos profesionales una relación autoritaria o paternalista. Se nos presenta una corriente legal y ética de respeto a la autonomía de las decisiones de los pacientes, un modelo de relación clínica que considera al paciente como un ser autónomo.

Los pacientes pueden preferir tomar ellos mismos las decisiones, compartir la decisión con su médico o bien dejar la decisión en manos del médico. También hemos de considerar un acto de autonomía dejar la decisión en manos de otro: El paciente, autónomamente, puede decidir que su médico tome la decisión sobre lo que es mejor para su salud.

Además, aunque hay personas más o menos autónomas, todos somos ambivalentes respecto a la autonomía y, a veces, tomamos decisiones autónomas y en otros momentos de la vida, no.

De hecho, la actitud del médico, con la intención de que el paciente sea lo más autónomo posible, se ha de adaptar al paciente,

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.

entendiendo que hay situaciones en que se prefiere un estilo médico que respete mucho y favorezca la autonomía y otras en que se pide un estilo más paternalista de toma de decisiones.

La autonomía no se puede imponer (utilizando el paternalismo); la hemos de entender como un proceso que hay que potenciar dando a los pacientes información e impulsando la toma de decisiones por parte del paciente (*entrenándolo* en la toma de decisiones).

Si el paciente es autónomo en la toma de decisiones, ¿nuestra responsabilidad se limita a informar?

El respeto a la autonomía del paciente no se puede confundir con la delegación de nuestras responsabilidades profesionales, escudándonos en el "usted mismo, yo ya le informé de todo". No hemos de renunciar a nuestra responsabilidad de entender las motivaciones de los pacientes, sus preferencias, sus valores, sus limitaciones, etc. No podemos olvidar la importancia de la comunicación, la relación y la interacción terapéutica entre el profesional y el paciente.

El respeto a la autonomía no nos exime de intentar argumentar, convencer y mejorar nuestra comunicación (siempre que haya evidencia del beneficio de nuestro consejo) para conseguir actitudes y decisiones saludables en nuestros pacientes. Tampoco nos exime de continuar ejerciendo nuestro rol de médicos de cabecera y continuar acompañando al paciente.

¿Qué debemos hacer cuando la decisión adoptada por el paciente está en desacuerdo con lo que le aconsejamos?

A veces, las decisiones de los pacientes no se ajustan a la opción considerada como la mejor desde el punto de vista de la evidencia científica. En este caso, nos tenemos que asegurar de que el paciente dispone de todos los elementos para tomar la decisión y que ésta puede calificarse de libre y responsable.

La autonomía es un derecho del paciente y no una concesión que damos los profesionales. El paciente tiene derecho a elegir de acuerdo con su concepción de la vida y la mejor manera de disfrutarla según su criterio.

Ante el rechazo a un tratamiento necesario o a un cambio de hábitos, como por ejemplo que un paciente con cirrosis deje de beber, exploramos las causas y motivaciones de su decisión, revisamos si hay carencias por nuestra parte en la interacción terapéutica, en la comunicación y en la relación con el paciente. Revisamos también nuestra competencia, nuestros conocimientos sobre si el consejo que damos tiene evidencia científica de ser beneficioso (por ejemplo, no la tendría el consejo antitabáquico en un paciente con una enfermedad cancerosa avanzada o en una persona de 90 años).

También podemos ofrecer al paciente la posibilidad de discutir el asunto con otras personas que él decida.

En todo caso, no hemos de abandonar el seguimiento, ni romper la relación con el paciente; es posible que en otro momento dirija su decisión hacia otras propuestas más saludables.

¿Qué debemos hacer cuando la decisión adoptada por el paciente puede perjudicar a terceras personas?

A veces, el paciente puede tomar una decisión que puede afectar a terceras personas, como en el caso de un paciente alcohólico conductor de autobús que no quiere hacer un tratamiento de deshabituación, o como es el caso de un médico enfermo. En estos casos, ¿hasta qué punto hemos de respetar la autonomía de la persona? El principio de no maleficencia a otros pasa por delante de la autonomía del paciente y nuestra actitud como médicos no puede ser la de inhibirnos del problema, sino que hemos de implicarnos y tomar decisiones.

Ahora bien, las acciones que hay que tomar se han de medir adecuadamente buscando tanto el beneficio para el paciente como para terceros, evaluando los riesgos y beneficios que comportará saltarnos la autonomía del paciente y las posibles vías sociales existentes para intervenir y resolver la situación de peligro. Hemos de intentar siempre que sea el paciente quien adopte la decisión adecuada e informar de que si él no lo hace, nos veremos obligados a hacerlo nosotros.

¿Qué debemos hacer cuando la decisión adoptada por el paciente entra en conflicto con nuestros principios morales?

Cuando el médico es requerido por el paciente para hacer algo con lo que está moral o ideológicamente en desacuerdo, se genera un conflicto de valores entre la autonomía del paciente y la autonomía del médico. Esta situación se puede producir, por ejemplo, en el uso de la *píldora del día siguiente*, en la información sobre un posible aborto o en el uso de vacunas por parte de médicos naturistas.

Los conceptos que hay que tener en cuenta ante este conflicto son: la legalidad de la demanda, el derecho a la equidad en el uso de servicios por parte del paciente (que no puede estar sometido a los valores morales de su médico) y el derecho del profesional a la objeción de conciencia.

¿Cómo combinar estos tres conceptos para que la autonomía del paciente y la autonomía del profesional puedan conciliarse?

Un médico puede tener un problema de conciencia ante una demanda, pero si la demanda es legal y está en la cartera de servicios del sistema sanitario y de su institución, el médico sólo puede objetar siempre que la demanda y la necesidad del paciente quede cubierta. Puede enviar al paciente a otro compañero sin objeción de conciencia o hacer las actuaciones pertinentes para resolver el conflicto acordadas previamente por el equipo. Así, en

cuanto a la interrupción del embarazo, el Código Deontológico del Consell de Col.legis de Metges de Catalunya es claro: "El médico tiene derecho a negarse a interrumpir un embarazo, pero nunca podrá, ni alegando razones de conciencia, eludir la información objetiva y completa sobre la posibilidad de hacerlo, respetando la libertad de las personas de buscar el consejo de otros médicos".

¿Qué debemos hacer en situaciones de conflicto entre la autonomía del paciente y la opinión de la familia?

Hay múltiples situaciones en que se pueden producir conflictos con la familia del enfermo. Cada situación requiere una actuación concreta y diferente por parte del profesional. De todas formas, hay una serie de principios generales que nos pueden ayudar:

- Podemos considerar que la familia no es respetuosa con la autonomía y que no actúa en beneficio del paciente. No obstante, hemos de utilizar los recursos de comunicación de que disponemos para debatir con los familiares y hacer un esfuerzo para poder actuar conjuntamente. Pero en caso de que no se llegue a un acuerdo, es necesario no perder de vista que nuestra responsabilidad y compromiso es para con el paciente, incluso en lo referente a la información. Esto también queda claro desde el punto de vista legal: la nueva ley del Parlamento de Cataluña³ dice explícitamente que el titular del derecho a la información es el paciente.
- En todo caso, es bueno partir de que en la mayoría de situaciones, quien mejor conoce y más desea el bien para el paciente es su propia familia (en ética, como en casi todo, es bueno situarnos en el contexto cultural que vivimos). Por lo tanto, en general, es la familia la que nos puede orientar sobre la mejor manera de tratar la información e ir introduciéndola para que la recepción, por parte del paciente, sea más favorable para su salud. Sin embargo, cuando la familia nos pide un *pacto de silencio*, *no lo hemos de aceptar. Tener preparada una respuesta del tipo "Lo lamento mucho, pero no puedo adquirir este compromiso con usted, porque estoy aquí para hacer lo que el paciente desee y le informaré de lo que quiera y cuando quiera"* puede resultarnos de mucha utilidad.
- En todos los casos, y especialmente cuando el paciente es un adolescente, entrenamos a la familia para que entienda la necesidad de respetar la autonomía del paciente, incluso en las decisiones más banales. Esto facilitará el respeto a la autonomía en las situaciones más graves y trascendentes.

³ Este documento no aborda los problemas éticos en cuestiones o temas no legales, como la eutanasia.

- Tanto el paciente como nosotros necesitamos a la familia por el beneficio y la cura del enfermo; en consecuencia, hemos de escuchar y dialogar con la familia, buscando el pacto y ayudándoles en situaciones de desbordamiento y claudicación.

¿Qué debemos hacer con los pacientes que no pueden decidir o tienen dificultad para hacerlo?

- En el caso de personas **incompetentes** (como pacientes con demencia o minusvalías psíquicas importantes) la actuación es clara si se ha hecho el proceso judicial correcto: el tutor tiene un reconocimiento legal para actuar. Pero hay algunas situaciones que es necesario matizar. La declaración de incapacitación legal ha de definir en qué campos lo es; la justicia puede declarar incapaz a una persona para administrar su dinero, pero no por eso es incapaz de tomar otras decisiones que le afecten, como por ejemplo, su salud (si no lo refleja específicamente la sentencia). Puede ser adecuado el nombramiento de un tutor legal que sea el encargado de tomar las decisiones. En todo caso, las decisiones que los tutores legales tomen siempre han de ser a favor del paciente y no pueden autorizarse intervenciones que no sean estrictamente en este sentido.
- Ante **maltratos** o **abandonos** (niños, abuelos, etc.) es responsabilidad nuestra detectarlo. Hay que analizar la intencionalidad, estimación/amor y peligrosidad de la situación, hay que pensar en todas las salidas posibles y en sus consecuencias. Hay soluciones legales, pero no siempre son las más adecuadas para la víctima: la separación de un menor de su familia y su ingreso en un centro tutelado por la Administración puede resultar peor que la situación original. Hay que ser exhaustivos en la búsqueda de salidas no judiciales y buscar la colaboración de otros servicios sanitarios y sociales. En cada situación hay que utilizar los medios que creemos que nos pueden ayudar a encontrar la mejor solución, pero sin renunciar a recorrer a la justicia ordinaria si la gravedad de la situación lo requiere.
- Ante un **ingreso contra la voluntad del paciente**, en situaciones urgentes o en casos de enfermos graves (por ejemplo, problemas agudos graves, paciente en situación terminal, complicaciones agudas, etc.), si la familia desea el ingreso, deberíamos tener la certeza muy firme de que interpretamos correctamente el sentimiento del paciente para podernos negar a ello. En cualquier caso, será una situación difícil de controlar. Si estamos en situación de claudicación del cuidador, o si la familia quiere el ingreso, deberemos tener en cuenta el principio de no maleficencia (si dejamos al paciente

en su domicilio quizá no estaremos ofreciéndole la mejor atención posible). En estos casos, tendremos que negociar con la familia, utilizando la ayuda que necesitemos de otros servicios sociosanitarios. Por desgracia, a veces, a pesar del deseo previo del paciente, resulta inevitable hacer un ingreso cuando la familia claudica.

- En el caso de **ingreso en residencia contra la voluntad del paciente**, estaremos en una situación similar a la anterior. Nuestro esfuerzo ha de ir dirigido, en primer lugar, a buscar la permanencia de la persona en su domicilio. Pero si la familia no puede o no quiere atenderle, tendremos que negociar, trabajando coordinadamente con otros profesionales. Hay una legislación que obliga a los hijos a estar económicamente a cargo de los padres en situación apurada, pero no se dice nada al respecto de que tenga que ser en el domicilio o en un centro. Desgraciadamente, ante la negativa familiar a hacerse cargo de un paciente y teniendo en cuenta la precariedad de las ayudas sociales actuales, difícilmente podremos evitar el ingreso.
- En el caso de **ingreso forzado por enfermedad psiquiátrica**, en las situaciones urgentes y graves, consideraremos al paciente como incompetente y, en su beneficio, haremos el ingreso directamente. Con posterioridad, se lo comunicaremos a la autoridad judicial. En situaciones no tan graves o peligrosas, se harán ingresos con autorización judicial; nuestra tarea será de apoyo técnico e informaremos por escrito de la situación al juzgado. Hay que agotar todos los recursos posibles antes de un ingreso forzado por orden judicial, teniendo en cuenta las posibles consecuencias que puede comportar para la posterior integración social del paciente.

¿Qué debemos hacer cuando un paciente pide exploraciones, derivaciones o tratamientos no justificados?

En primer lugar, asegurar la no idoneidad de la demanda según las normas de buena praxis médica (evidencia científica, protocolos, guías clínicas, etc.). En segundo lugar, tener en cuenta las circunstancias personales que rodean a la persona que hace la petición (miedo, angustia, falta de información o información inadecuada, etc.).

Una vez que hemos entendido al paciente, el principio de justicia distributiva se impone al de autonomía, sobre todo cuando la asistencia es pública o mutual y debemos ser capaces de decir que no, con tacto y sin herir la sensibilidad del paciente. Por otro lado, una prueba no justificada puede comportar riesgos para el paciente y en nuestras decisiones el principio de no maleficencia también tiene que estar presente.

Es importante informar y que el paciente entienda por qué no es necesaria una prueba o tratamiento. De esta manera, se pueden reconducir actitudes consumistas hacia otras más responsables y respetuosas con la distribución de los recursos al mismo tiempo que evitamos riesgos inútiles.

Muchas veces, estas demandas injustificadas provienen de indicaciones de otros especialistas y la aparición de un *triángulo asistencial* (especialista, médico de familia, paciente) puede generar confusión al paciente e incómodas situaciones de ambivalencia a los profesionales. En estos casos, si la evidencia científica demuestra claramente que la demanda es injustificada, podemos negarnos a complacerla, pero en todos los casos nuestra obligación será informar, dar nuestra visión y dejar la decisión en manos del paciente, comunicándole nuestra voluntad de continuar el seguimiento sea cual sea su decisión.

En algunas situaciones, puede ser aconsejable aceptar demandas aparentemente no justificables. Por ejemplo, en situaciones en las que creemos que la actuación reclamada puede ser útil para desangustiar al paciente o pensamos que puede ser necesaria para pactar y mejorar la relación médico-paciente, en busca de beneficios futuros.

¿Qué debemos hacer ante discrepancias entre el paciente y el médico sobre la indicación de incapacidad temporal (IT)?

El reposo puede ser necesario en el proceso terapéutico y, a veces, comporta la separación temporal de la actividad laboral. En este sentido, podemos considerar la IT como una herramienta terapéutica. Como norma, y en el caso de cualquier herramienta terapéutica, hay que partir de la base de que si no está indicada no se ha de prescribir y que, incluso, su indicación injustificada puede ser iatrogénica. Es importante tratar el tema de las incapacidades como un acto médico responsable con el control y seguimiento que requiere por parte del profesional que ha iniciado el proceso.

Las IT no justificadas por problemas de salud plantean dilemas éticos relacionados con la justicia distributiva y con la doble lealtad, por una parte con el paciente y, por otra, con la sociedad. La mayor parte de las demandas de incapacidad transitoria que no están justificadas responden a una problemática familiar o socioeconómica (por ejemplo, la enfermedad de un familiar). Indicar IT en estas ocasiones impide a los pacientes buscar respuestas más sanas para abordar sus problemas *no médicos* y exime a la sociedad de legislar excepciones laborales por motivos sociales y hacer propuestas para que estos problemas sean considerados desde un marco social, sin la necesidad de recurrir a *convertirlos en enfermedades*.

Es responsabilidad del profesional detectar si la problemática social comporta riesgo para la salud del paciente y si una baja puede prevenir un trastorno adaptativo o un trastorno de ansiedad reactivo a la estresante sociedad. Si es éste el caso, la baja está indicada y,

en caso contrario, hay que animar a los pacientes a buscar otras soluciones y hacer un abordaje interdisciplinario con la implicación de los servicios sociales.

Por otro lado, cuando un enfermo tiene indicación de IT y no la acepta, tenemos la obligación de prescribirla y así está previsto legalmente. Cuando hay riesgo para terceras personas (por ejemplo un guardia de seguridad con un trastorno de conducta), el principio de no maleficencia (a terceros) pasa por delante del de autonomía.

Ideas clave

- La autonomía es un aspecto de la salud de las personas y su respeto, un derecho.
- La autonomía no puede ser una imposición; se ha de entender como un proceso que hay que potenciar proporcionando herramientas para su consecución gradual.
- Ser competente para resolver situaciones y disponer de la información necesaria son las condiciones básicas para poder ser autónomo.
- Informar y promover la autonomía del paciente es una inversión eficiente, ya que, a largo plazo, las personas autónomas tienen más capacidad de autocuidado.
- La resolución de conflictos en la relación clínica se ha de hacer mediante el diálogo, la negociación y el pacto. Esto requiere unas habilidades en comunicación imprescindibles para los profesionales de Atención Primaria.
- Si estamos convencidos de que la persona tiene la información suficiente y es competente, como médicos de familia tendremos que seguir ayudándola en su proceso de salud-enfermedad, aceptando sus decisiones, aunque sean discordantes con nuestras propuestas.
- En el marco de la asistencia sanitaria pública y mutual, cuando hay un conflicto por demandas no justificadas, el principio de justicia distributiva se sitúa por encima de la autonomía del paciente.

Consejos prácticos

- Aprendamos a realizar una anamnesis general sobre la concepción de la salud y la enfermedad, la vida y la muerte de nuestros pacientes, para analizar mejor sus necesidades.
- Informemos siempre, aunque nos pueda parecer evidente o innecesario, para convertirlo en un hábito.
- Potenciamos la autonomía en las pequeñas decisiones de cada día y no sólo en las importantes. "Si está de acuerdo, ahora le auscultaré". "Creo que sería conveniente realizarle un análisis de orina para ver si hay infección. Le parece bien si...?".
- Formémonos en cómo dar la información. No es fácil, sobre todo si son malas noticias.

- Desarrollemos habilidades de negociación. Entrenémonos a decir no. Con tacto y sin que el paciente se sienta agredido.
- Potenciamos que el paciente haga por su salud todo lo que esté a su alcance y, por nuestra parte, hagamos únicamente la intervención sanitaria que sea justificada y que el paciente no pueda hacer.
- Escuchemos y dialoguemos con la familia, busquemos el pacto. Aceptemos su rol de conocedora del paciente, pero también hagámosle ver nuestro papel como defensores de la autonomía del paciente.
- Pensemos siempre más en el interés del paciente que en lo que a nosotros, como profesionales, nos gustaría que hiciese.
- Intentemos ponernos en la otra silla. Pensemos cómo le gustaría al paciente que actuase su médico de familia. No tanto cómo nos gustaría que actuase nuestro médico, porque fácilmente podemos tener gustos o necesidades diferentes.
- No nos acostumbremos a usar el *consentimiento informado* (entendido como un impreso para rellenar). Más bien, asegurémonos de que el paciente está debidamente informado de lo que le proponemos.
- Hagamos promoción de las *voluntades anticipadas* para poder respetar las decisiones de los pacientes cuando no sean competentes.

Bibliografía recomendada

Gracia D. Fundamentos de Bioética. Madrid: Eudema Univ; 1989. (Es un libro fundamental, un clásico de la bioética española. Está agotado: hay que consultarlo en bibliotecas especializadas).

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

(En este artículo se desarrolla, de forma muy completa, lo que significa este deber.

Fundació Víctor Grifols i Lucas. Libertad y Salud. Cuaderno nº 1.

Barcelona: Fundació

Grifols i Lucas; 1999.

(Lleno de ideas sugerentes sobre la autonomía. Recoge conferencias sobre salud y libertad de H.T. Engelhardt, S. Rodotà y M. Palacios. Presentación de Victòria Camps).

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

(Expone, de forma clara y exhaustiva, los límites del principio de autonomía desde diferentes ámbitos).

Drane JF. Las múltiples caras de la competencia. En: Cruceiro A. Bioética para clínicos.

Madrid: Triacastella; 1999; 163-76.

(Drane profundiza en la complejidad de la valoración de la competencia y proporciona pautas de actuación. En el resto del libro hay artículos de autores anglosajones y españoles, que muestran la diferente manera de abordar los problemas bioéticos).

Servei de responsabilitat professional del Col.legi Oficial de Metges de Barcelona.

Assistència a menors, adolescents i maltractaments. Professió 1999; 2: 1-8.

(Aborda aspectos legales y de responsabilidad del médico en la atención a menores, incluyendo la atención en situaciones de maltrato).

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

(Revisa brevemente la responsabilidad ética del médico de familia en la modificación de los estilos de vida de los pacientes y se refiere a cómo garantizar los cuatro principios bioéticos en este ámbito).

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

(Un clásico. La primera edición es de 1979. Completa exposición de los cuatro principios básicos).