



ACTA nº4 REUNIÓN GRUPO DE INTERÉS EN BIOÉTICA

Jueves, 23 de septiembre del 2021
Reunión virtual vía Zoom

Hora de inicio: 18.30 pm.

Asisten:

Dra. Nancy Carvajal
Dr. Andrés Glasinovic
Dra. Lucy Granda
Dra. Carmen Nadal A.

Inasistentes:

Dr. Joaquín Montero
A.S. Hardy Müller
Dra. Mónica Niveló

Tabla de reunión:

- Tema: ***La autonomía en el enfoque asistencial centrado en la persona.***
Presenta: Dra. Lucy Granda Mancuello
- Para reflexionar:
 - a) ¿ La elección de un tratamiento es una decisión técnica o personal del paciente ?
 - b) ¿ La elección del equipo tratante es una decisión de la organización o personal del paciente ?
 - c) ¿ Las creencias de los pacientes está por sobre la evidencia científica, para la toma de decisiones clínicas?
 - d) ¿ Está la autonomía del paciente limitada por las obligaciones contractuales del profesional, por la propia ideología del médico o del servicio que lo contrata, por la financiación del acto médico, por los incentivos, por el interés de terceros o por la ley ?
 - e) Siendo tan relevante este tema al desarrollar nuestro trabajo ¿Por qué no se forma desde el pregrado?

1. Lucy comienza introduciendo el esquema de la presentación: antecedentes, definiciones, cuestionamientos y conclusiones. Ella señala que preparando esta presentación se dio cuenta la importancia de la aplicación de la autonomía en la práctica asistencial, reafirmando que es un elemento esencial en la medicina familiar, pues lo aprendió con mayor énfasis en el posgrado que durante su pregrado en medicina.

2. La historia del discurso anti -paternalista comienza entre la década de los 60 y 70, basado en el respeto por la libertad del individuo en muchos aspectos de su vida, incluyendo la asistencia sanitaria. Esto generó una revolución en lo que se conocía como el encuentro entre el médico y el paciente, que ahora se conoce como el encuentro entre el paciente y el usuario del sistema de salud.

3. La autonomía personal tiene relación con la capacidad para hacer elecciones y asumir las consecuencias. Lo opuesto se conoce como heteronomía, es decir, las decisiones en relación a una persona, la toma otro basado en las creencias de quién está tomando la decisión y no en las creencias de quién se verá afectado por ella. Esto se asimila a la relación médico-paciente basado en un paternalismo excesivo donde el médico decide por el bien del paciente, sin considerar al paciente en la toma de decisiones.

4. Una autovalencia disminuida (incapacidad para realizar actividades de la vida diaria) no es equivalente a una autonomía disminuida. Es decir, la autonomía debe explorarse hasta el máximo potencial de la persona para tomar decisiones, aún implicando adecuar la comunicación acorde a las necesidades particulares. Dra. Nadal señala que el Bioeticista Diego Gracia siempre promueve esta máxima en bioética, respetando la dignidad de las personas, aún en condiciones de incapacidad.

5. La autonomía, según la tesis doctoral del Dr. Arrieta. (*"Autonomía del paciente. Una propuesta contextual y multidimensional de la autonomía en ética asistencial". 2016*), es un concepto que no tiene una única significación, adquiriendo un real sentido en el entorno práctico: en el contexto clínico- asistencial, en especial ante situaciones de personas dependientes de terceros. De esa manera, la autonomía tiene una base relacional-social, en el sentido que son los "otros" quienes reconocen la autonomía en una persona, u "otros" son los que deben subrogarla cuando esa persona no tiene la capacidad de decidir por sí misma. La autonomía se establece en una relación social (ligada a otros), que en un contexto sanitario, identifica al médico o al equipo sanitario, como aquellos responsables de respetar la autonomía de sus pacientes, y en caso que los pacientes no sean capaces de decidir, los médicos o el equipo tratante, recurrirá a quien mejor represente su interés.

6. Para comenzar a dar espacio a la autonomía de los pacientes, el médico debe comenzar por explorar la experiencia subjetiva del enfermo, esto se llama *dolencia*. La dolencia debe ser considerada una experiencia única, que puede ser compartida o no entre enfermos que sufren de una misma enfermedad. Por eso este conocimiento no está en los libros ni en las publicaciones, haciendo de cada sujeto que consulta, un desafío para atenderlo de forma individualizada, en la experiencia que está viviendo y con sus preocupaciones, sus creencias, sus expectativas, etc.

7. En las actuales normativas, la autonomía es considerada como un derecho, un modo de dar relevancia a las personas, y darles el control sobre sí mismos, siendo sustituidos sólo al comprobar que ellos no son capaces. Esto no implica anularlos. La autonomía subrogada es la representación de las preferencias de las personas, las cuales pueden discrepar de las del representante.

8. Lucy señala en su presentación, la historia y la relevancia del *método clínico centrado en las personas* como una forma práctica de entregar el espacio necesario para que las personas ejerzan su autonomía. En este método, la integralidad y la visión de la persona en su totalidad, sus enfermedades y sus circunstancias, son esenciales para tomar decisiones. Los estudios en relación a esta metodología han confirmado que mejora la calidad de la atención y generan un impacto mayor en la adherencia a los tratamientos, ya que primero individualiza cada caso, promueve una negociación para llegar a una decisión compartida, e impulsa la relación médico-paciente. Este método facilita la expresión emocional y la comprensión de cómo el paciente se explica su enfermedad, basado en sus creencias y expectativas. La responsabilidad es compartida entre médico y paciente, pues cada cual sabe qué esperar del otro. Lucy presenta el decálogo de la atención centrada en la persona.

Decálogo de la Atención Centrada en la Persona

1. Todas las personas tienen dignidad.
2. Cada persona es única.
3. La biografía es la razón esencial de la singularidad.
4. Las personas tienen derecho a controlar su propia vida.
5. Las personas con grave afectación cognitiva también tienen derecho a ejercer su autonomía.
6. Todas las personas tienen fortalezas y capacidades.
7. El ambiente físico influye en el comportamiento y en el bienestar subjetivo de las personas.
8. La actividad cotidiana tiene una gran importancia en el bienestar de las personas.
9. Las personas son interdependientes.
10. Las personas son multidimensionales y están sujetas a cambios.

9. Los presentes en la reunión debaten en relación a los cuidados espirituales y la importancia de tenerlos como pilar en la formación de los alumnos, pues la autonomía está directamente relacionada con la existencialidad y con los proyectos de vida. Las decisiones se dan dentro de contextos particulares y en relación a decisiones específicas. No hay una receta. Muchas veces las decisiones no se consensuan con los pacientes, por ejemplo, enfermos crónicos derivados a nutricionistas, o depresivos a psicólogos, cuando ellos expresan no querer asistir a esos controles. Esto parece una imposición, ya sea desde la organización o siguiendo una guía clínica, pero es contrario a lo expuesto en la “centralidad en las personas”.

9. El respeto por la autonomía de las personas, siendo una interacción social, es tan entrenable, como las habilidades comunicacionales. Dr. Glasinovic señala que son “entrenables y evaluables” dentro de la docencia. Por una parte, es necesario formar las profesiones sanitarias en este sentido, y a su vez, apoyar a que las personas entrenen su autonomía desde el inicio de su ciclo vital, siendo niños o adolescentes, (autonomía progresiva), para que una vez llegada la etapa adulta, sean capaces de tomar decisiones por sí mismos y para sí mismos. Dr. Glasinovic señala que en su experiencia como docente, él ha entrenado estas habilidades, haciendo de la bioética una disciplina práctica en

contextos clínicos. Dra. Carvajal señala que en las atenciones que ella realiza a menores de edad, intenta incluir a los niños dentro de las decisiones compartidas, por ejemplo, preguntarles si el antibiótico indicado lo prefieren en comprimidos o en jarabe. Estos son ejemplos prácticos de cómo el respeto por la autonomía y la dignidad de las personas, es mejorable dentro de la práctica clínica, lo señala la Dra. Nadal. En el caso de los adultos mayores ,que generalmente están acompañados por cuidadores durante los controles, el Dr. Glasinovic señala que dentro de su práctica asistencial, el prescribe “*favorecer la autonomía*” en una receta médica, de tal manera, represente una indicación para el núcleo cuidador de los pacientes mayores, aumentando el protagonismo de éstos en las decisiones médicas, aún si sus condiciones actuales lo permiten de forma parcial o subrogada.

10. Dra. Nadal señala la importancia de llegar al equilibrio, es decir, ni paternalismo excesivo ni autonomismo (“que el paciente decida”), el centro es el óptimo: favorecer la autonomía. Dentro de las decisiones autónomas es posible que el paciente prefiera que su médico tome la decisión, eso en sí mismo es una decisión autónoma...lo que se debe evitar, es imponérselo.

11. Lucy termina con sus conclusiones: Los pacientes, como mínimo, necesitan saber que el médico ha entendido cuál es su problemática, que se les ha hecho un diagnóstico y propuesto un tratamiento acertado, entendido cuál es su problemática y participado en la toma de decisiones sobre su salud. Tomar decisiones de forma compartida implica tener en cuenta las expectativas del paciente (en ocasiones también de la familia), proporcionar información actualizada según los últimos conocimientos, identificar las incertidumbres, invitar al paciente a expresar su preferencia y verificar que ha elegido lo más adecuado para sí.

Se cierra la sesión a las 19.35 pm.

Próxima reunión: **21 de octubre del 2021. Tema: Ética del cuidado.** Presenta Dra. Niveló