COMITÉ De ETICA ASISTENCIAL
Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada

Rechazo al tratamiento

PROTOCOLO de ACTUACIÓN

JUNTA DE ANDALUCIA
Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada

Rechazo al tratamiento. Protocolo de Actuación.
Comité de Ética Asistencial Sur de Granada. Autores,
Gloria Pena (et al.) Motril. GRANADA. Área de Gestión
Sanitaria Sur de Granada. (2013) 64p. ; 21X15 cm.
1. Bioética 2. Protocolo de actuación 3. Rechazo
de tratamiento I Comité de Ética Asistencial Sur de
Granada II. Gloria Pena III. Motril. Area Sanitaria Sur de
Granada

RECHAZO AL TRATAMIENTO.
PROTOCOLO DE ACTUACIÓN.

Coordinación

Autores

Gloria Pena
Miriam Alcántara

Edita
Comité de Ética Asistencial.
Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada

ISBN:

DEPÓSITO LEGAL

Diseño y maquetación
Fabiola Ojeda

Impresión

Rechazo al tratamiento

PROTOCOLO de ACTUACIÓN

PRESENTACIÓN

En la actualidad, ha cambiado de forma muy significativa la relación médico-paciente, pasando de ser una relación paternalista, en la que el profesional tomaba las decisiones que consideraba más adecuadas, a una relación en la que se reconoce la autonomía del paciente y su derecho a gestionar su salud.

En esta nueva relación, el profesional debe informar de forma clara al paciente, deliberando con él, para que éste pueda decidir libremente, aunque esta decisión ponga en peligro su vida; todo esto presuponiendo que el paciente es capaz para tomar estas decisiones.

De este modo, el paciente puede rechazar un tratamiento de forma parcial o total y el profesional debe aceptarlo, facilitándole otras alternativas de tratamiento si las hubiera.

En ocasiones, esto podría derivar en conflictos entre el paciente y el profesional.

Desearíamos que este protocolo fuera de utilidad a los profesionales para entender y aplicar estos nuevos conceptos.

ÍNDICE

Consideraciones Generales 7

Definición..... 10

Fundamento Legal 10

Fundamento Ético 12

Situaciones posibles ante un rechazo de tratamiento: 13

1. Por parte del paciente: 14
   Paciente adulto 15
   Paciente menor 16

2. Por parte del profesional: 17
   Aceptación..... 17
   Oposición 18
   Objeción de conciencia 18

3. Por parte de la administración 19

Conclusión 20

Procedimiento 21

Bibliografía 25

Consideraciones GENERALES

Las **decisiones clínicas** se basan en el **respeto a la voluntad de los enfermos** y no sólo en la eficacia contra la enfermedad.

La evolución hacia el **reconocimiento de la autonomía de los pacientes** lleva actualmente a los profesionales a enfocar su actuación hacia el mantenimiento de una calidad de vida aceptable por y para el paciente y no a conservar la vida del paciente "a toda costa".

Todos los seres humanos adultos y competentes tienen el **derecho y el deber de gestionar libre y responsablemente su vida y su muerte**.

Hoy en día, el **consentimiento informado** (CI) es la **piedra angular** de la actividad sanitaria, ya que muestra los nuevos **derechos de las personas y**, por lo tanto, los nuevos **deberes profesionales**. Esto no siempre se tiene presente y, todavía hoy, resulta difícil asumir la novedad que representa, sobre todo en el caso de pacientes que rehúsan un tratamiento eficaz y vital para ellos. Sin embargo, la libertad del ciudadano es la base de la convivencia y **estar enfermo, no puede significar la pérdida de este derecho**, es más, se le debe ayudar a poder hacerlo en su situación de vulnerabilidad.

El **rechazo al tratamiento** puede ser **total** o **parcial,** es decir, se puede aceptar con limitaciones. Esta decisión **puede suponer**, en algunas ocasiones, **un conflicto ético** entre lo que decide el paciente (valores del paciente) y lo que debe hacer el profesional desde el punto de vista científico-técnico, en el sentido de que al no aplicarlo, vulnere sus propios valores.

Por lo tanto, hay **aspectos que afectan a la decisión del paciente**, otros que afectan **a la del profesional y** también aspectos que implican **a la administración.**

Por parte del paciente, se trataría de **comprobar que está "informado y capacitado"** para tomar esa decisión y que la toma en libertad.

Por parte del profesional, **puede recurrir,** en determinadas circunstancias, **a la "objeción de conciencia".**

Hay **dos excepciones para ejercer este derecho** en el caso de un paciente capaz (artículo 9.2 de la Ley 41/2002): **cuando existe riesgo para la salud pública** y **cuando existe riesgo inmediato y grave para la salud del paciente** y no es posible conseguir su autorización.

DEFINICIÓN

El "rechazo al tratamiento" se define como e**l derecho de los pacientes a rechazar una propuesta médica o a aceptar esa propuesta con limitaciones**, aún cuando dicha decisión suponga poner en peligro su vida.

FUNDAMENTO LEGAL

Poder rechazar una actuación médica no deseada es una forma de ejercer la libertad y es un derecho ya explicitado en la ley.

En la **Constitución Española de 1978,** en el artículo 15, se establece que todos tenemos derecho a la vida y a la integridad física y moral y en el artículo 43, se reconoce el derecho a la protección de la salud.

La Ley General de Sanidad (LGS, 17/1986) establece la denominada "*Carta de los Derechos de los Pacientes*", donde por primera vez se hace referencia específicamente al **consentimiento informado** (CI), dejando atrás el paternalismo para establecer una relación de reciprocidad entre médico y paciente en la que se pretende que éste cobre un protagonismo mayor.

El paso definitivo, en lo relativo a la autonomía del paciente, se refleja en el *Convenio del Consejo de Europa para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano respecto a las aplicaciones de la Biología y de la Medicina* (**Convenio de Oviedo de 1997**), que entró en vigor en España en el año 2000. Este documento regula cuestiones ausentes en la Ley General de Sanidad tales como la **revocabilidad del Consentimiento**, la posibilidad de **renuncia del paciente a la información**, las **voluntades anticipadas** o la relevancia de las **opiniones de menores e incapaces**. Es el precedente fundamental de la actual Ley 41/2002 .

Dicha **Ley (41/2002) básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica,** determina que cualquier intervención en el ámbito de la salud requiere que la persona afectada haya dado su consentimiento (CI) libremente, tras haber recibido la necesaria información, con la excepción de riesgo para la salud pública, o cuando en una situación de riesgo

inmediato no se pudiera obtener el consentimiento del paciente ni de sus familiares o allegados; en este último caso se deben tener en cuenta dos consideraciones: si hay una negativa previa del paciente no se debe actuar y si no hay negativa previa, pero no se puede obtener un consentimiento, se debe procurar realizar solamente aquellas actuaciones imprescindibles para preservar la vida (en la LGS el derecho al rechazo de tratamiento quedaba excluido en caso de urgencia).

Además, **esta ley supone un gran salto con respecto a la Ley General de Sanidad** (LGS) ya que en ésta la negativa al tratamiento propuesto suponía la obligación de solicitar el alta voluntaria; en caso contrario, la dirección del centro podría expedir el alta forzosa siguiendo el criterio del médico encargado del proceso; estas condiciones tenían un carácter coactivo y sancionador.

La Ley 41/2002 supera y regula el régimen de alta voluntaria de manera que en caso de que el centro pueda prestar tratamientos alternativos, aunque sean de carácter paliativo, aceptados por el paciente, no se producirá el alta forzosa; asimismo si el paciente no acepta ningún tratamiento pero no acepta el alta voluntaria, la dirección del centro tras comprobar el informe medico y oír las razones del paciente, pondrá la situación en conocimiento del juez que será quién se encargue de decidir. De esta manera, **quedan garantizados los derechos del paciente y se produce un avance significativo en la consideración de su autonomía en la toma de decisiones.**

Esta Ley (41/2002) define el **Consentimiento Informado** como ***"la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud"***.

Es el fundamento ético-legal de la nueva relación clínica: **no se puede actuar sobre nadie que no haya dado su consentimiento previo**. Con el CI, **los pacientes consienten o pueden rehusar una propuesta médica**. Por consiguiente, en principio debe aceptarse su rechazo a la propuesta, aunque ésta sea la óptima desde el punto de vista profesional. Para ello, **los profesionales deben aumentar la comprensión de los nuevos valores morales, la actitud de respeto y las habilidades de comunicación.**

"Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito". Ley 41/2002

Comité de Ética Asistencial Sur de Granada

FUNDAMENTO ÉTICO

El rechazo de un tratamiento indicado **enfrenta dos valores** fundamentales: **la libertad** y **la vida.**

Al profesional sanitario se le plantea un conflicto entre el deber de proteger la vida del paciente, proporcionando los tratamientos necesarios (principio de beneficencia) y la obligación de respetar la libertad del paciente para aceptar o rechazar tratamientos (principio de autonomía); mediante su elección, el paciente escoge lo que considera bueno para él. Además dichos principios están delimitados por la obligación de no hacer daño (principio de no maleficencia) y la distribución equitativa de recursos (principio de justicia).

Cualquier persona tiene derecho a defender sus propios valores y anteponer, si así lo estima, el derecho a la libertad sobre el derecho a la vida.

El **rechazo de un tratamiento** por una **persona adulta capaz, libre e informada** adecuadamente **debe ser respetado,** aún si este rechazo conduce a un daño importante al individuo, **siempre que** su elección **no perjudique a terceras personas.**

Evaluar la capacidad de los pacientes para la toma de decisiones, resulta en ocasiones **complicado** para el médico.

La capacidad puede ser "de derecho o legal" y "de hecho o natural":

- La **"capacidad de derecho o legal"** es un término jurídico y significa el reconocimiento legal de las aptitudes psicológicas para tomar determinadas decisiones.
- La **"capacidad de hecho o natural"** (competencia) es un término psicológico y clínico que define las aptitudes psicológicas necesarias para tomar aquí y ahora, una determinada decisión. Es la que evalúan los médicos, psiquiatras, psicólogos y también los notarios.

Se trata de aptitudes psicológicas internas que permiten a una persona gobernar efectivamente su vida, concluyendo que sus decisiones son auténticas, reflejan su personalidad y su autonomía moral.

La capacidad natural debe presumirse siempre, salvo que exista una sentencia de incapacitación. Por eso, **de un paciente siempre hay que demostrar su incapacidad,** no su capacidad, que se le presume siempre. **En caso de duda, la presunción de capacidad debe prevalecer.**

La responsabilidad última de la evaluación de la capacidad corresponde al "médico responsable" (art. 9.3 de la Ley 41/2002) y no a psicólogos ni a psiquiatras que tienen solo una función pericial.

Situaciones posibles ante un rechazo de tratamiento

A - **Por parte del paciente**

1 - Paciente **adulto**
- Capaz
- Incapaz
- Incapacitado

2 - Paciente **menor**

B - **Por parte del profesional**

1. **Aceptación**: activa o pasiva
2. **Oposición**
3. **Objeción** de conciencia

C - **Por parte de la administración**

1. **Garantizar el derecho a la negativa** de los pacientes
2. **Garantizar que** la negativa **no supondrá ningún abandono**
3. **Garantizar el derecho al tratamiento alternativo**
4. **Garantizar una distribución equitativa** de recursos
5. Considerar y **actuar ante la objeción de conciencia** de los profesionales.

A SITUACIONES POSIBLES del PACIENTE ante la TOMA de DECISIONES

1-PACIENTE ADULTO

Capaz

Una persona bien informada, libre y capaz, puede no aceptar una actuación sanitaria bien indicada que se le propone para su salud o para salvar su vida. **El rechazo se tiene que admitir incluso una vez empezada la actuación** y, ante esto, se tiene que suspender.

El rechazo tiene que ser individual y no colectivo. Aunque puede estar amparado en un grupo con una determinada ideología política, moral o religiosa, se tiene que comprobar que es individual. Los valores que dan coherencia al rechazo son los que se encuentran incorporados en la construcción personal, aunque provengan de una influencia del entorno.

El rechazo a una actuación clínica indicada correctamente y que es importante para la salud o la vida del enfermo **obliga a explorar los requisitos de una decisión autónoma** si las consecuencias lo recomiendan y **aunque eso suponga una cierta intromisión en la intimidad, y siempre que no se haga coacción.**

Incapaz

- Cuando el rechazo **se ha manifestado anticipadamente**. Se aplica el **"Criterio Subjetivo"** (lo que esa persona quería).

  - **Es vinculante la voluntad expresada en el documento de Voluntades Vitales Anticipadas** (VVA). Los profesionales deben aceptarlo y tenerlo en cuenta en la decisión como lo establecen las leyes de autonomía del paciente.

  Los documentos de CI y VVA son una ayuda tanto para los ciudadanos como para los profesionales.

- El **rechazo por sustitución**. Consentimiento informado por representación.

Cuando no existe VVA, la toma de decisiones será llevada a cabo por su representante legal tal y como queda reflejado en el art. 10.1 de la Ley 2/2010.

  - **Los representantes tienen que defender los valores de los enfermos** y no los propios. Se aplica el **"Criterio del Juicio Sustitutivo"** (lo que esa persona querría)

Paciente

- **Cuando esto suscite dudas**, puede ser de ayuda **buscar fuentes fiables** (por la proximidad afectiva y la ausencia de intereses personales o colectivos) que corroboren los valores y la voluntad del enfermo.

A veces, en circunstancias vitales, s**e puede considerar cuestionable la idoneidad de los sustitutos o representantes designados**, y de las decisiones que éstos toman; sobre todo si contradicen los indicios conocidos de la voluntad del enfermo o de sus allegados, o bien cuando no se les ve suficientemente atentos a los intereses y proyectos de quien representan.

Si la idoneidad de los representantes y su negativa al tratamiento son cuestionadas, los profesionales pueden **pedir su sustitución a la autoridad judicial, después de consultar, si es posible, al Comité de Ética Asistencial (CEA**) Es mejor eso, si hay tiempo, que no que los profesionales apliquen directamente su indicación general.

- En algunas ocasiones, **cuando se desconoce "lo que esa persona querría"**, se puede aplicar el **Criterio del Mayor beneficio o Mejor interés"** (lo que profesionales y familiares creen que es mejor para ella).

INCAPACITADO

- Una persona puede haber sido declarada incapacitada judicialmente por muchos motivos. Siendo una persona tutelada, se tendrá que contar con el criterio de su tutor legal, pero teniendo en cuenta que la incapacitación legal, a priori, no excluye la capacidad para tomar decisiones concretas sobre el propio cuerpo (art. 10.2 y art. 10.3 de la Ley 2/2010).

2-PACIENTE MENOR

De acuerdo con el art. 9.3c de la Ley Básica de Autonomía 41/2002 y el art. 11 de la Ley 2/2010 de Andalucía:

- En los **menores de 12 años** de edad, l**a decisión la tomará el representante legal** del menor.
- En los menores de edad **entre los 12 y los 16 años**, la decisión la tomará **el representante legal una vez oída la opinión del menor.**
- En el **menor de 16 años emancipado y en los mayores de 16** años, la Ley dice que **no cabe decisión por representación siempre que el menor sea capaz,** pero añade que **en las situaciones de grave riesgo, a criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión tenida en cuenta.**

En situaciones de emergencia, según el art. 9.2b de la Ley 2/2010,"**los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente**, sin necesidad de contar con su consentimiento, cuando exista riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, **consultando, cuando las circunstancias lo permitan a sus familiares o personas vinculadas de hecho a él**".

Paciente MENOR

B POSIBLES SITUACIONES DEL PROFESIONAL ANTE UN RECHAZO DE TRATAMIENTO

Es necesario que los profesionales entiendan el **cambio cultural** que representa el hecho de que ya **no pueden actuar sobre una persona sin su consentimiento** ya que todo el mundo tiene derecho a la integridad y a la libertad de elección.

En el caso de rechazo del tratamiento, los profesionales no tienen el deber de intervenir, incluso en situación de riesgo vital causado por la negativa. **Los pacientes, ejerciendo su derecho a la negativa, eliminan el deber de los profesionales a actuar**. Por tanto, no hay sanción para quien respeta el rechazo.

Los pacientes, ejerciendo su derecho a la negativa, eliminan el deber de los profesionales a actuar.

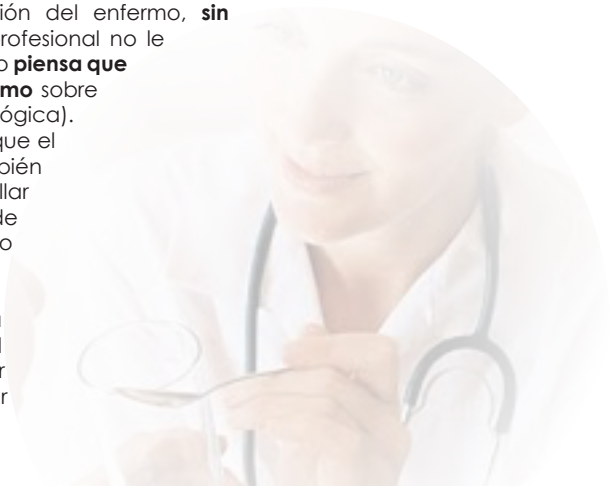
Los profesionales ante un rechazo al tratamiento pueden plantearse una de las siguientes ACTITUDES:

1. Aceptación:

- Aceptación **ACTIVA** de la decisión del enfermo, después de **revisar los aspectos técnicos** y de realizar correctamente el **proceso de decisión informada**. Esta actitud es correcta.

- Aceptación **PASIVA** de la decisión del enfermo, **sin someterla a ninguna crítica.** Al profesional no le importan los motivos de la decisión o **piensa que no tiene que dialogar con el enfermo** sobre esos asuntos (neutralidad axiológica). Esta es una actitud incorrecta porque el profesional tiene que atender también a los valores del enfermo y desarrollar adecuadamente el proceso de decisión informada, de acuerdo con la buena práctica clínica.

Cuando el profesional se muestra sinceramente preocupado por el bienestar de su paciente puede tener más capacidad para ayudar a tomar decisiones



PROFESIONAL

2. Oposición frontal a la decisión, que puede conducir a una de las siguientes acciones:

- **Imposición del tratamiento** a la fuerza o mediante coacción o engaño.

  En ningún caso se puede imponer un tratamiento que ha sido rechazado, inclusive alegando motivos de conciencia. Tampoco se puede aplicar el tratamiento una vez el enfermo haya perdido su capacidad (por ejemplo, esperar a que esté inconsciente).

- **Abandono,** negativa a asistir al enfermo y desentendimiento. Tampoco es una actitud admisible en un profesional sanitario.

- **Proponer alta voluntaria** o dar alta forzosa. Son formas intolerables de coacción o de castigo hacia el enfermo, cuando existen otras alternativas o se tienen que aplicar otras medidas, por ejemplo de tipo paliativo.

- **Negativa a asistir a determinados colectivos** cuyos miembros pueden rechazar algún tipo de tratamiento.

3. Declaración de objeción de conciencia ante la negativa o la limitación al tratamiento

La objeción de conciencia es la negativa al cumplimiento de un deber jurídico por razones de conciencia (obedecer el deber de conciencia antes que el deber legal).

Estarían **en conflicto** entre sí dos deberes del profesional: **el deber legal** que obliga a respetar la decisión del enfermo de rechazo al tratamiento y **el deber de conciencia** de proteger la vida aplicando ese tratamiento. Esta situación de conflicto entre deberes **es también un conflicto entre valores** (la voluntad autónoma del enfermo frente a la protección de la vida) y **supone un problema ético para el profesional,** que opta a veces por declararse objetor de conciencia.

La objeción de conciencia es excepcional y tiene que ser justificada. Es legítima la objeción de conciencia, no la de conveniencia. El Código de Deontología Médica señala en su artículo 33.1 que ***"La objeción de conciencia ha de operar siempre con un sentido moral por lo que se deben rechazar, como actos de verdadera objeción, aquellos que obedezcan a criterios de conveniencia u oportunismo".***

No se puede confundir la objeción de conciencia con la "objeción emocional", que surge cuando el profesional siente inseguridad y temor ante una situación para la que no está preparado y que no está dispuesto a experimentar.

No es admisible el abandono del enfermo; para poder ejercer la objeción, tienen que existir alternativas, de forma que, respetándose el rechazo a un tratamiento, el paciente **reciba por parte de otros profesionales la asistencia necesaria**, como puede ser un tratamiento paliativo, cirugía sin transfusión, etc.

C ACTUACIONES DE LA ADMINISTRACION

La Administración Pública está **obligada a garantizar el derecho de los ciudadanos** a recibir una atención sanitaria en los términos establecidos normativamente (respetando , si es el caso, su negativa a recibir tratamiento) y los directivos de los centros asistenciales tienen que **velar por hacer compatible el servicio a los ciudadanos con el ejercicio de la objeción de conciencia de los profesionales**, resolviendo el problema de manera prudente y facilitando por parte de otro profesional no objetor la asistencia que sea necesaria **respetando a la vez el rechazo de tratamiento.**

Cuando no exista alternativa, la Administración estará obligada a hacer que prevalezca el derecho del enfermo a rechazar el tratamiento sobre el derecho del profesional a objetar en conciencia.

La intención de objetar tiene que ser comunicada a los responsables del centro, garantizando la confidencialidad y **con antelación suficiente para no causar una demora en la asistencia**, ni ningún prejuicio al paciente.

La institución debe dar a conocer a los ciudadanos su disposición a respetar los valores de los pacientes. Concretamente, su disposición a:

a) **Garantizar que** el derecho a **la negativa de los pacientes se respetará**, a no ser que haya razones suficientes y objetivas sobre la falta de autonomía.

b) **Garantizar que la negativa no supondrá ningún abandono,** que siempre tendrá médico responsable y atención de enfermería y que, en esta situación, se hará un uso respetuoso del alta, voluntaria o no, que la ley prevé (artículo 21 de la Ley básica 41/2002), siempre adaptada al beneficio y a las necesidades de cada paciente, y no como coacción o castigo en contra.

c) **Garantizar el derecho al tratamiento alternativo**, incluso paliativo, **si lo necesitan y lo aceptan,** siempre que sea posible en su ámbito. Y, si no es así, organizar el traslado donde el tratamiento alternativo sea asumible.

d) **Animar a que la actuación, con las limitaciones que puedan poner los enfermos, se pacte en una atención personalizada** que comporte una valoración profesional y responsable de los riesgos y de los beneficios.

e) **Respetar el pacto clínico** que haya podido surgir en cada caso, con los límites y las formas que tenga, y las vías de regulación y de ayuda interprofesional (sesión clínica, CEA) que se hayan decidido seguir.

Cuando no exista alternativa, la Administración estará obligada a hacer que prevalezca el derecho del enfermo a rechazar el tratamiento sobre el derecho del profesional a objetar en conciencia.

f) **Aceptar la variabilidad** que puede representar cada caso concreto, sin llegar a actuaciones inútiles pero tampoco a abstencionismos a priori no justificados por el caso concreto.

g) **Detectar y revertir,** si hace falta, **estados de opinión contrarios a minorías o grupos de pacientes que formulan demandas especiales y no admitir la discriminación negativa** no justificada en casos concretos.

h) **Analizar,** con criterios de equidad con respecto a otras situaciones clínicas equivalentes, **el aumento de coste que representa el cuidado de enfermos que rechazan o limitan el tratamiento.**

i) **Implicarse en la ayuda y formación de los profesionales sobre los nuevos derechos de los pacientes**, y sobre el alcance y las implicaciones que tienen en la práctica: la negativa de los pacientes al tratamiento es un ejemplo paradigmático.

CONCLUSION

Cualquier enfermo siempre **puede rechazar un tratamiento o parte del mismo**, en el ejercicio de su libertad de conciencia.

Cuando un enfermo rechaza un tratamiento vital, **excepcionalmente el médico podrá declarar y justificar su objeción de conciencia** y **podrá retirarse del caso siempre que otros profesionales se hagan cargo del mismo**, resultando inaceptables tanto la imposición del tratamiento como el abandono del paciente o retraso injustificado en su asistencia.

Tanto la imposición del tratamiento como el abandono del paciente o el retraso injustificado en su asistencia son inaceptables.

La administración velará para que se puedan ejercer ambos derechos. Cuando no exista alternativa, **la objeción de conciencia del profesional deberá ceder paso a la decisión libre y autónoma** del enfermo que rechaza el tratamiento.

Protocolo de ACTUACIÓN

El paciente ha de estar correctamente informado, actuar voluntariamente y estar capacitado para poder tomar una decisión. Debemos dejar constancia escrita del rechazo de tratamiento

PROCEDIMIENTO A SEGUIR ANTE UN PACIENTE QUE RECHAZA EL TRATAMIENTO

El ejercicio de la autonomía de los pacientes exige que se cumplan al menos las siguientes condiciones:

1.- El paciente debe estar correctamente informado. Este proceso debe ir precedido por parte de los profesionales de la aportación de la información necesaria y suficiente para la toma de la decisión, adaptada al nivel cultural y a la situación emocional del paciente en cada caso (información comprensible).

Los profesionales tienen que basarse en el respeto: **hay que respetar las decisiones aún cuando comporten graves riesgos**; **no debatir** con los pacientes ni personas de su entorno s**obre creencias ni ideologías**; **no discriminar**.

2.- El paciente debe actuar voluntariamente, libre de coacciones externas. Es recomendable **realizar la entrevista a solas** con el paciente para evitar influencias externas.

3.- El paciente debe ser capaz, esto es, poseer unas aptitudes psicológicas (cognitivas, volitivas y afectivas) **para poder tomar una decisión.**

La capacidad para la toma de decisiones en al ámbito sanitario **no es un concepto absoluto, sino relativo.** Sólo en situaciones extremas (coma, demencia avanzada, etc.) encontraremos personas absolutamente incompetentes para todo. En el resto de circunstancias **la capacidad natural de la persona debe presumirse siempre.**

En el proceso de valoración de la capacidad para aceptar o rechazar un tratamiento, se deben **tener en cuenta los siguientes criterios:**

- **Comprensión de la información** relevante para la decisión a tomar.
- **Expresar una elección**: capacidad para expresarse a favor o en contra de un tratamiento o prueba diagnóstica.
- **Apreciación de la situación actual** (enfermedad, decisión a tomar) y sus consecuencias.
- **Uso racional de la información,** utilizando procesos lógicos para evaluar riesgos y beneficios de tomar una decisión determinada (de aceptación o rechazo).

No hay herramientas objetivas suficientes que midan la capacidad del paciente. Una pauta para evaluar la competencia podría ser seguir los siguientes pasos:

- ¿El paciente **es capaz de comunicar la decisión** de aceptación o rechazo?
- ¿**Comprende la enfermedad** para la que se le propone el tratamiento?
- ¿**Comprende la naturaleza y el propósito del tratamiento**?
- ¿**Comprende los beneficios y riesgos del tratamiento**?
- ¿**Comprende los beneficios y riesgos del no tratamiento**?

- ¿**Es capaz de expresar una decisión de forma lógica**?
- ¿**Esta decisión es estable y permanente en el tiempo**?

El juicio sobre la capacidad de un paciente siempre será probabilístico y prudencial, no de certeza científica.

Ante la pregunta de **cuándo hay que evaluar la presunta incapacidad del paciente,** existen cuatro situaciones en las que al médico se le deberían saltar las alarmas:

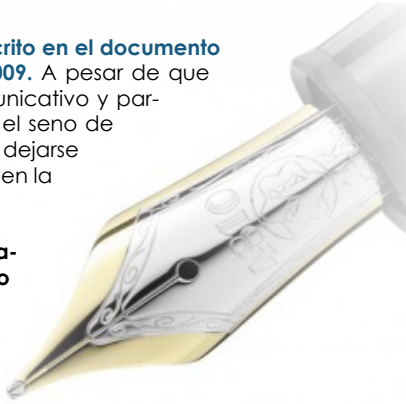
- **El paciente ha tenido un cambio brusco en su estado mental habitual**. Puede deberse a problemas psiquiátricos o a situaciones clínicas diversas (hipoxia, infecciones, medicaciones, trastornos metabólicos, etc.)

- **Cuando el paciente rechaza un tratamiento** que está claramente indicado en su caso **y no consigue argumentar los motivos con claridad o se basa en ideas irracionales.**

- **Cuando el paciente acepta** con facilidad **que se le realicen procedimientos invasivos, peligrosos, sin ponderar riesgos ni beneficios.**

- **Cuando** conocemos que **un paciente tiene un problema neurológico o psiquiátrico de base**, **que puede producirle estados transitorios de incapacidad.**

4.- El rechazo de tratamiento debe constar por escrito en el documento del consentimiento informado según orden 8.7 2009. A pesar de que el Consentimiento Informado es un proceso comunicativo y participativo de carácter verbal, que se realizará en el seno de la relación profesional- paciente, siempre debe dejarse constancia escrita de los aspectos fundamentales en la historia clínica.



El art. 8.2 de la Ley 41/2002 establece aquellos casos en los que será necesario recoger por escrito el consentimiento informado. En el caso concreto del rechazo al tratamiento dicho rechazo **debe ser firmado por el propio paciente o representante legal, así como la revocación del consentimiento previamente formulado.**

BIBLIOGRAFIA:

- Recomendaciones del Comité de Bioética de Catalunya ante el rechazo de los enfermos al tratamiento de 9-3-2010.

- Rechazo al tratamiento: Cuestiones éticas, deontológicas y jurídicas de la Comisión de Bioética de Castilla y León, 2013.

- Rechazo al tratamiento: Recomendaciones del Comité de Ética Asistencial del Hospital Santiago Apóstol.

- La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente (Pablo Simón Lorda).

- Ley 41/2002 del 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia d Información y Documentación clínica.

- Ley 5/2003 de Andalucía, de 9 de octubre, de Declaración de Voluntad Vital Anticipada

- Ley 2/2010 de Andalucía, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de Muerte.

El documento ha sido revisado por los Miembros del Comité de Ética Asistencial Sur de Granada:

Miriam Arcos López
Manuela Blanca Quesada
Mª Pilar Carrasco Rodríguez
Berta Gorlat Sánchez
Ramón Casares Cervilla
Pedro Cuevas Valenzuela
Mercedes de la Fuente Ramos
María García López
J. Ignacio Martín López
Mª del Mar Moreno Terriza
Maximiliano Ocete Espínola
Fabiola Ojeda Virto
Manuel Padial Rodríguez
Gloria Pena Blanco
Ricardo Pérez Iañez
Antonio J. Pérez Fernández

JUNTA DE ANDALUCIA

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

ÁREA de Gestión SANITARIA de SUR GRANADA