

# Los principios éticos de la intervención en terapia ocupacional

## Ethical principles in occupational therapy interventions

**Autores:** Luis María Berrueta Maeztu\*; José Ramón Bellido Mainar\*\*; Luis Ramón Arrasco Lucero\*\*\*.

(\*) Diplomado en Terapia Ocupacional. Diplomado en Trabajo Social.

Terapeuta Ocupacional en Hospital de Día Psiquiátrico 1 (Hospital de Navarra).

Fundación Argibide. Pamplona.

[Lutxus@mixmail.com](mailto:Lutxus@mixmail.com). Tel. 948 245 943.

(\*\*) Diplomado en Terapia Ocupacional. Diplomado en Trabajo Social.

Terapeuta Ocupacional en Hospital de Día Psiquiátrico (Hospital Santa María).

Gestió de Serveis Sanitaris (GSS). Lleida.

[jrbellido@gss.scs.es](mailto:jrbellido@gss.scs.es). Tel. 973 204 234.

(\*\*\*) Diplomado en Ciencias de la Educación. Licenciado en Teología. Master en Bioética.

Doctorando en Teología. Madrid.

[luisarras@yahoo.es](mailto:luisarras@yahoo.es). Tel. 699 381 067.

## Resumen:

Desde hace 2500 años la profesión médica ha configurado un cuerpo de principios éticos, que adaptándose a las sociedades de cada momento, ha ido guiando la práctica asistencial de los profesionales de la salud, a la par que servía de marco de relación donde quedaban señalados los derechos y deberes de médicos y pacientes.

Estos principios han supuesto el embrión de una nueva ciencia humana emergente denominada bioética.

A partir del impulso del paradigma científico, un conjunto de tareas y cuidados que estaban englobadas dentro de lo que se denominaba beneficencia, empezaron a ordenarse en un grupo de nuevas profesiones asistenciales orientadas al cuidado "metódico" de enfermos y marginados. Surgieron varias profesiones y entre ellas la Terapia Ocupacional. A partir de este momento la práctica del terapeuta ocupacional ha quedado amparada por los principios éticos que tradicionalmente han vigilado y orientado la práctica médica.

En este artículo en primer lugar se presenta de modo sintético cómo han evolucionado a lo largo de la historia los distintos códigos éticos de la profesión

médica, remarcando aquellos aspectos que más han influido en la configuración de los códigos éticos propios de la Terapia Ocupacional.

En segundo lugar, hemos analizado como la Terapia Ocupacional ha integrado los principios éticos de la práctica médica en su propia intervención asistencial.

Se ha tenido en cuenta para ello fundamentalmente los códigos de ética de la *Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA)*, de la *Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT)*, y del *Comité Europeo de Terapeutas Ocupacionales (COTEC)*.

Por último, hemos apuntado algunas de las dificultades y retos bioéticos que presenta la intervención específica del terapeuta ocupacional.

## **Abstract:**

For 2,500 years, the medical profession has created a body of ethical principles. Adapting to different historical and sociological circumstances, it has driven the practice of health professionals and constitutes a compilation of the rights and duties of doctors and patients.

These principles represent the embryo of an emerging human science known as Bioethics. From the impulse of the scientific paradigm, a set of tasks and cares that were included in what was called charity started to be classified in a group of new professions devoted to the "methodical" care of patients and the underprivileged. Several new professions sprung up, including Occupational

Therapy. From then on, the practice of the occupational therapist has remained protected by the ethical principles that have traditionally monitored and driven the medical practice.

This article first summarizes the historical evolution of the different ethical codes used by health professionals, emphasizing those aspects with a greater influence in the configuration of the ethical codes connected with occupational therapy.

Secondly, we analyse the way occupational therapy has integrated the ethical principles of the medical practice in its own intervention. The main ethical guidelines used in the field are the ones proposed by the *American Association of Occupational Therapy (AOTA)*, the *World Federation of Occupational Therapists (WFOT)*, and the *Council of Occupational Therapists for the European Countries (COTEC)*.

Finally, we point out some of the difficulties and bioethical challenges faced by occupational therapists.

**Palabras clave:** Bioética; Terapia Ocupacional; Ética profesional; Ética basada en principios; Beneficencia; Autonomía Profesional; Justicia social ; Códigos de Ética; Ética Médica

**Key words:** Bioethics; Occupational Therapy; Ethics, professional; Principle-Based Ethics; Beneficence; Professional Autonomy; Social Justice; Codes of Ethics; Ethics, medical

## 1.- Introducción

Utilizamos el término ética (*éthos*) como la morada, como carácter, de donde se desprenden las actitudes que rigen los comportamientos del ser humano, diferenciándose de aquello que se ha recibido de la naturaleza (*páthos*). Tengamos presente que el carácter moral se desarrolla a través de la vida del individuo, constituyéndose en el faro, fuente y guía del comportamiento de cada ser humano. Por lo tanto, las acciones humanas provienen de esa morada, de ese determinado carácter y, a su vez, las acciones posibilitan desarrollar el carácter personal.

La Ética comprende un aspecto formal y un aspecto material. El aspecto formal de la ética es la fundamentación filosófica de los comportamientos, de las éticas normativas. El aspecto material de la ética hace referencia al conjunto de principios morales, normas, reglas y juicios que regulan el comportamiento y las relaciones humanas.

Otro elemento importante para la ética es el sujeto o paciente moral que es quien realiza un determinado acto moral, como manifestación de un determinado carácter moral que es, a su vez, donde coinciden sus valores, creencias e intenciones. Por lo tanto, es importante para la ética todas aquellas

acciones realizadas por el sujeto-agente de moralidad que constituyen la expresión de su carácter o talante moral.

Sin querer entrar en mayores distinciones, el uso del término ética lo reservamos para referirnos a la fundamentación filosófica o teológica de los comportamientos humanos, desde el aspecto normativo. En cambio, el término moral suele reservarse para referirse a los códigos de conducta vigentes en determinados grupos sociales. Por lo tanto, es posible tener en la vida un determinado código de moral que rige los comportamientos personales sin haberse detenido a reflexionar sobre sus fundamentos racionales, como también es posible vivir en integridad moral sin la necesidad de una reflexión sistemática-racional sobre los códigos de conducta. Pero, advertimos que el uso de los términos ética y moral se puede hacer sin recurrir a las distinciones anotadas.

Desde la realidad misma constatamos que en cada actividad profesional, y en las decisiones que se toman en su desarrollo, existe un componente importante de ética. La ética o la moral son inherentes a todo comportamiento humano, que lo caracteriza y distingue.

Por el interés de este artículo recordamos que una de las disciplinas en las que se subdivide la ética es la bioética. Este término fue acuñado en 1970 en Estados Unidos por Van Rensselaer Potter, como una disciplina que sirva de puente entre la ética y el mundo científico, desde la que analizar y tratar de dar

respuesta a los numerosos interrogantes éticos que surgen en la investigación y praxis científica.

Definimos bioética recogiendo la proporcionada por la *Encyclopedia of Bioethics*, editada por Thomas Reich: *“El estudio sistemático de las dimensiones morales –incluyendo la visión moral, las decisiones, las conductas y las políticas- de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, usando una variedad de metodologías éticas en un contexto interdisciplinario”*.

## **2.- Antecedentes y evolución de los principios éticos**

La especial trascendencia de las actuaciones sanitarias ha propiciado desde la Antigüedad que se remarcaran los deberes específicos de los profesionales sanitarios.

El Juramento Hipocrático (500 a. C.) ha sido un referente de compromiso obligado durante siglos. Existen otros textos más antiguos que establecen leyes sobre remuneraciones ó castigos, como el Código de Hammurabi (Babilonia, S. XVIII ó XVII a. C.), pero en sus líneas generales el Juramento Hipocrático es el código deontológico profesional más antiguo y universal.

Este texto explicita ya de forma clara los siguientes principios éticos de la praxis médica:

- Hacer el bien y evitar el mal (actuar en provecho del enfermo, evitando todo daño incluso en los casos de petición del propio paciente -de muerte ó aborto-).
- Justicia: tratar a todos los enfermos de la mejor manera posible y evitar la corrupción.
- Carácter inviolable de la confidencialidad.
- Respetar y prestar ayuda a aquellos que han sido maestros de la profesión; velar por la continuidad de ésta.

Sus principios básicos se han mantenido hasta nuestros días, aunque han sido precisas ampliaciones para superar las connotaciones premodernas de algunos enunciados (referencias al esclavismo, secretismo y discriminación sexual en la transmisión de las enseñanzas...).

Ya en el Juramento Hipocrático se establecen como fundamentales 3 principios:

- Beneficencia: hacer el bien, luchar contra la enfermedad y promover la salud.
- No maleficencia: evitar daños, no correr riesgos innecesarios.
- Justicia: igualdad en el trato médico con los pacientes, cuestión que debe distinguirse del trato económico.

En el Código de Nuremberg (1948) aparece como central la autonomía, que no aparecía en el Juramento Hipocrático. Este código fue redactado una vez terminada la Segunda Guerra Mundial con motivo de las condiciones inhumanas de la experimentación científica con personas que se llevó a cabo durante el III Reich alemán. En él se reclama el respeto a la autonomía y dignidad de las personas en cualquier circunstancia.

En este código se puso énfasis en el consentimiento voluntario, y en que éste se dé con las garantías necesarias: buena información, ausencia de coacción ó engaño y condiciones objetivas de libertad de elección. También señala que se debe evitar todo riesgo y todo sufrimiento innecesarios. Este código fue asumido por la Asociación Médica Mundial en 1954.

La Asociación Médica Mundial llevó también a cabo en 1948 una actualización de la fórmula hipocrática en Ginebra, conocido como Juramento de Fidelidad Profesional, revisada posteriormente en Sydney en 1968. En dicha actualización se reitera las ideas contenidas en el Juramento Hipocrático, completando lo referente a la igualdad de trato o no discriminación (principio de Justicia) en un sentido universalista y de respeto a la dignidad de la vida humana en cualquier circunstancia, con explícita mención de no entrar en conflicto y evitar cualquier discriminación por motivos de “credo político o religioso, nacionalidad, raza, partido político o posición social”. Así mismo, se toma el compromiso de acatar las leyes humanas. Aparece también señalada la necesidad de apoyo y reconocimiento entre profesionales, así como el peligro de la competencia desleal y fraudulenta.

En 1949, la Asamblea Médica Mundial, celebrada en Londres, adoptó un Código Internacional de Ética Médica, que luego fue enmendado en Sydney (1949), y en Venecia (1983).

Ahondando en el principio de autonomía individual, insuficientemente señalada en el Juramento de Fidelidad Profesional, aparecen posteriormente la

Declaración de Helsinki (1964), y el Informe Belmont (1978). Principio que se remarcará especialmente en las Cartas de Derechos de los Enfermos (EEUU, 1972).

El Informe Belmont, (1978) de la Comisión Presidencial del Congreso de los EEUU tiene gran importancia, y destaca tres principios éticos básicos: Autonomía, beneficencia y justicia. Se llega así a la aceptación de unos principios éticos más amplios que deberían proveer las bases sobre las que formular, criticar e interpretar algunas reglas específicas.

Estos 3 principios configuran una ética de mínimos, es decir, un núcleo fundamental del que no se puede prescindir y que debe ser el punto de partida de todos los intervinientes en la resolución de un conflicto.

Ahora bien, sólo con estos principios no se pueden resolver los problemas éticos que se presentan en el ámbito sanitario, ya que los principios son generales, pero los problemas particulares y requieren, en consecuencia, de soluciones también concretas y ajustadas al supuesto en debate.

LOS PRINCIPIOS ETICOS EN EL INFORME BELMONT (1978)

BENEFICENCIA	AUTONOMÍA	JUSTICIA
Obligación de hacer un esfuerzo por asegurar el bienestar de las	Respeto por las personas:	Distribución de recursos (riesgos y beneficios):

personas:		
a) No hacer daño b) Extremar los posibles beneficios y minimizar los posibles riesgos.	a) Los individuos deben ser tratados como entes autónomos b) Las personas cuya autonomía esté disminuida deben ser objeto de protección	a) Imparcialidad en la distribución. b) Los iguales deben ser tratados de un modo igualitario. (Equidad e igualdad social).

(Tabla 1: Berrueta, LM; Bellido, JR; Arrasco; LR)

### 3.- Códigos de ética en terapia ocupacional:

Actualmente existen 3 documentos que podemos considerar de referencia en el ámbito ético para los terapeutas ocupacionales:

A).- El Código de Ética de Terapia Ocupacional aprobado por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA) en 2000<sup>1</sup>.

B).- El Código de Ética de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT) de 1992. Elaborado para ofrecer directrices generales en la práctica de la terapia ocupacional. Fue revisado en 2004.

C).- Las Normas de práctica para el ejercicio profesional del Comité Europeo de Terapeutas Ocupacionales (COTEC) de 1991, actualizadas en 1996. Elabora

<sup>1</sup> Sustituye al Código de Ética de Terapia Ocupacional de 1994, que a su vez sustituía al de 1988, y éste a su vez al de 1977-1979.

unas normas de actuación más específicos y detallados a partir del Código de Ética de la WFOT, complementando dicho documento.

Nosotros consideramos que éstos 2 últimos documentos deberían revisarse nuevamente: Sería interesante que la COTEC elaborara un Código propio (de características similares a la AOTA), y la WFOT un documento que constituyera un marco para todos los países, de mínimos, pero más completo y claro que el actual.

Estos códigos tienen una gran trascendencia para los Terapeutas Ocupacionales, ya que suponen un modelo de referencia clave para los códigos de ética profesionales en numerosos países.

El objetivo de éstos códigos es señalar los principios y normas éticas generales que deben estar siempre presentes en la vida profesional del terapeuta ocupacional. Son documentos que describen la conducta profesional que debe guiar la práctica de la terapia ocupacional, y que recogen principios de naturaleza general, es decir, no tienen como objetivo dar respuesta concreta a un dilema ético particular. Ningún código puede prever cada problema ético que puede aparecer en la práctica de la profesión, sin embargo sí constituyen un marco y un camino desde el que tomar decisiones.

El objetivo general de estos códigos es asegurar a la población que los miembros de nuestra profesión mantienen normas de conducta más altas que las esperadas de una persona no profesional, porque como terapeutas

ocupacionales, al igual que otros profesionales de la salud, tenemos privilegios especiales que no están permitidos al público general (Ej. Acceso a información confidencial de los pacientes, tocar y manipular el cuerpo de personas que son nuestros clientes, etc.).

## **4.- Análisis de los principios éticos de la intervención en terapia ocupacional**

### **4.1.- Principio de No-Maleficencia**

Este principio aparece claramente ya en el Juramento Hipocrático, y permanece como

un principio ético básico a lo largo de toda la historia ética. Queda perfectamente reflejado en un principio ético enunciado en latín, y cuyo origen no es claro, el de *"primun non nocere"* (= "ante todo, no hacer daño").

Beauchamp y Childress consideran que es un principio independiente del de beneficencia, ya que el deber de no dañar es más obligatorio e imperativo que el de beneficencia, y lo formulan como "Se debe no infligir daño a otros". Es la exigencia ética primaria de que el personal sanitario no utilice sus

conocimientos ó su situación privilegiada en relación con el enfermo para infligirle daño.

El principio de No-Maleficencia es pues más general y obligatorio que el de beneficencia: pueden darse situaciones en que un sanitario no esté obligado a tratar a un enfermo, pero sí lo estará a no causarle positivamente daño alguno.

Este principio se deriva para el sanitario en normas como “no matar”, “no causar dolor”, “no incapacitar” (ni física ni mentalmente), “no impedir placer”, etc. En el Código de Ética de la AOTA (2000) se recoge en el enunciado del principio 2, que “el personal de terapia ocupacional tomará precauciones razonables para evitar infligir o producir daño a los receptores de los servicios y sus propiedades”. Principio que desarrolla en dos puntos.

El Código Deontológico de la WFOT señala que “los terapeutas ocupacionales deben atender a todos los consumidores con respeto y considerando su situación particular”. Además señala como atributos personales de los terapeutas ocupacionales la integridad personal, la fiabilidad, la tolerancia y la lealtad hacia el consumidor y todo el sector profesional.

Todos estos atributos implican empatía con la persona a la que estamos asesorando, pero también la capacidad de poner límites en la relación cliente-profesional, y fidelidad con nuestro rol profesional como un apoyo a su capacidad de cambio y ante los miedos y resistencias que puede provocar dicho cambio.

## 4.2.- Principio de Beneficencia

El principio de beneficencia, al igual que el principio de no-maleficencia (que algunos autores consideran la expresión negativa del mismo principio) aparece ya claramente en el Juramento Hipocrático (“estableceré el régimen de los enfermos de la manera que les sea más provechosa”, “en cualquier casa que entre, no llevaré otro objetivo que el bien de los enfermos”), y ambos principios han sido centrales en la ética sanitaria clásica.

La Declaración de Ginebra (1948) sintetiza de forma lapidaria este principio tradicional de la praxis sanitaria al afirmar que “la salud de mi paciente será mi primera preocupación”.

Este principio ha sido fundamental en el rol del personal sanitario en nuestra cultura, y socialmente se le ha exigido que ponga sus conocimientos, la ciencia adquirida, sus valores éticos y su dedicación, al servicio del enfermo. Ésa es su misión en la sociedad: la de “hacer el bien” al enfermo por medio de la ciencia médica. Ése es el ethos de una profesión, que frecuentemente se le ha dado un fuerte componente vocacional.

El informe Belmont entiende el principio de beneficencia como la obligación de beneficiar ó hacer el bien. (No en el sentido de caridad, sino en un sentido más radical, como una obligación).

Este informe no distingue claramente entre beneficencia y no-maleficencia. El respeto al principio de beneficencia supone que la actuación no sólo no puede causar daño, sino que debe procurar el bienestar de las personas y la obtención de los máximos beneficios posibles, evitando riesgos innecesarios. Ello implica la evaluación rigurosa, tanto de los factores de riesgo como de las probabilidades reales de obtención de efectos positivos.

En este sentido han sido formuladas 2 normas: 1) no hacer daño, y 2) extremar los posibles beneficios y minimizar los posibles riesgos.

Algunos autores consideran, no obstante, que este principio es, ante todo, una actitud ideal, de perfección. Afirman que no es obligatorio hacer el bien y que no es lo mismo justificar que hacer el bien es moralmente correcto, que decir que es obligatorio.

Beauchamp y Childress afirman que el principio de beneficencia establece la obligación de que un individuo X haga el bien a Y, si se dan las siguientes condiciones:

- a) Y está amenazado de padecer una pérdida o daño importante.
- b) La acción de X es necesaria para evitar un daño o pérdida importante.
- c) La acción de X probablemente evitará dicho daño ó pérdida.
- d) Esta acción no implicará un daño significativo para X.
- e) Los beneficios que recibirá Y superan ampliamente los daños que pueda sufrir X.

En consecuencia, más allá de los riesgos considerados mínimos para X, se tratará de una acción virtuosa, que supera el campo de la obligación.

Por tanto, para que el principio de beneficencia sea obligatorio debe haber un cálculo de costes y beneficios. Ciertamente este cálculo es sumamente complejo y no es fácil evaluar y diversificar esa ponderación.

La gran crítica contra el principio de beneficencia es su peligro de paternalismo, que puede convertir al enfermo en un menor de edad.

El Código de Ética de la AOTA (2000), recoge este principio señalando en el enunciado del principio 1 que “el personal de terapia ocupacional demostrará interés por el bienestar de los receptores de sus servicios”. Principio que desarrolla en tres puntos, sobre todo el tercero (“El personal de T.O. dedicará todos sus esfuerzos a ayudar a los receptores a obtener los servicios que necesiten, a través de los medios disponibles”). También queda reflejado en el principio 4, referente a los estándares elevados de competencia.

En este principio podemos distinguir dos dimensiones, una objetiva y otra subjetiva.

El paradigma actual de la ciencias biomédicas nos pide evidencias de que nuestro hacer profesional es el más eficaz y el menos dañino. La búsqueda de la evidencia, y la implementación de tratamientos basados en ésta, se convierte en una actitud ética que forma parte del principio de beneficencia.

Pero existe también una dimensión subjetiva del principio de beneficencia que trasciende los métodos basados en la evidencia. Nuestros usuarios demandan resultados, pero también nos pide apoyo para dar un sentido profundo a su narrativa de vida, que su pasado, presente y futuro vuelvan a estar conectados por un hilo conductor significativo.

La reconstrucción de un proyecto vital, la recuperación de una meta ó una ilusión por continuar viviendo, no es posible abordarla con los métodos basados en la evidencia, porque para ello necesitamos la comunicación, la palabra y la relación terapéutica que son únicas en cada momento, cada lugar y cada persona.

A modo de síntesis, beneficencia significa etimológicamente “hacer el bien”. Es el interés primario de hacer bien a otras personas; el deber de realizar lo que es mejor para otras personas.

Es evidente que en todos los dilemas sanitarios está siempre implicado este principio básico: la exigencia ética de hacer el bien y de que los profesionales de la salud pongan sus conocimientos, su capacidad de relación humana, su humanidad, al servicio de la persona que vive el trance (casi siempre doloroso y angustioso) de la enfermedad.

### **4.3.- Principio de Autonomía**

El principio de autonomía no aparece de ninguna forma en el Juramento Hipocrático, y apenas fue recogido en los códigos deontológicos, salvo los muy recientes. Tampoco hay nada en la Declaración de Ginebra (1948) que refleje la presencia de este principio. Por ello es evidente que la línea ética hipocrática tenía una escasa sensibilidad hacia la autonomía del enfermo. Se centraba en las exigencias éticas que el médico estaba llamado a realizar, pero sin subrayar, como contrapartida, la existencia de unos derechos por parte del enfermo que los profesionales de la salud deben respetar.

El principio de autonomía surge, especialmente, del pensamiento de I. Kant (1724-1804), y se refiere a la capacidad del sujeto para gobernarse por una norma que él mismo acepta sin coacción externa, una norma que debe ser universalizada por la razón humana. Kant puso el principio de autonomía como base de su ética porque consideró que la autodeterminación de la voluntad es la característica definitoria de los actos morales.

John Stuart Mill (1806-1873) había considerado la autonomía como la ausencia de coacción en la capacidad de acción y pensamiento del individuo.

Para ambos autores la autonomía tiene que ver con la capacidad de autodeterminación del individuo.

Ya en la Declaración de los Derechos del Hombre de 1789 se afirma que el atributo más genérico y fundamental propio del ser humano es el principio de

autonomía, entendido como la libertad de realizar cualquier conducta que no perjudique a terceros.

Este principio, aparece de forma muy marcada en el Código de Nuremberg (1947), y es el que está en la base del nuevo marco de relación entre los profesionales de la salud y los pacientes en las Cartas de Derechos de los Enfermos (1972), donde repite continuamente la frase “El enfermo tiene derecho...”. Por debajo del concepto de “consentimiento informado” está el reconocimiento de la autonomía, de la capacidad de decisión del paciente.

En el Informe Belmont (1978) se denomina a este principio como “el respeto por las personas” y afirma que incorpora, al menos, dos convicciones éticas: “primera, que los individuos deberían ser tratados como entes autónomos; y segunda, que las personas cuya autonomía está disminuida deben ser objeto de protección”. Parte de una concepción del ser humano como ente autónomo, y éste es definido como el “individuo capaz de deliberar sobre sus objetivos personales y actuar bajo la dirección de esta deliberación”. Y el respeto a su autonomía significa “dar valor a las opiniones y elecciones de las personas así consideradas y abstenerse de obstruir sus acciones, a menos que éstas produzcan un claro perjuicio a otros. Mostrar falta de respeto por un agente autónomo es repudiar los criterios de estas personas, negar a un individuo la libertad de actuar según tales criterios o hurtar información necesaria para que puedan emitir un juicio, cuando no hay razones convincentes para ello”

Por tanto, entiende autonomía en su sentido concreto: como la “capacidad de actuar con conocimiento de causa y sin coacción externa”, y no se trata del concepto Kantiano, el hombre como autolegisador, sino en su sentido más empírico: lo que se haga con el paciente deberá pasar siempre por el trámite del consentimiento informado. Es decir, este principio implica un respeto básico del cual se deriva la obligación de informar adecuadamente a los individuos para que puedan tomar sus decisiones con conocimiento de causa.

El Código de Ética de la AOTA (2000), señala la Autonomía en el principio 3, principio que desarrolla en cinco puntos.

El Código de Ética de la WFOT (1992) indica tímidamente que “se tendrán en cuenta a la hora de planificar la prestación de servicio las preferencias personales del consumidor, y cualquier detalle será puesto en conocimiento de otros sólo con su consentimiento”.

En la revisión realizada en 2004, lo completa diciendo que “los T.O. toman en consideración los principios, preferencias y la capacidad de participación de los clientes en la planificación y provisión de servicios”.

El principio de Autonomía adquiere gran relevancia para los terapeutas ocupacionales, ya que constituye uno de los objetivos fundamentales del mismo tratamiento terapéutico: obtener la mayor autonomía posible del paciente, y uno de los aspectos más conflictivos a la hora de graduar su implicación en el

proceso terapéutico según las características del paciente, y por supuesto su sintomatología y fase de la enfermedad que está padeciendo.

No se intenta solamente conseguir como objetivo la mayor autonomía posible en la realización de actividades diarias, sino también en la toma de decisiones.

Y esto no se debería intentar exclusivamente como objetivo a conseguir, sino fundamentalmente como un ingrediente esencial del camino a recorrer.

Es decir, el terapeuta ocupacional debe ser un facilitador y ayudar al paciente a ser en todo momento (y en el mayor grado posible) el protagonista de su propia vida.

En este sentido, hay que señalar que el rol de enfermo pasivo, donde el paciente es el objeto y no el sujeto de la intervención clínica, es incompatible con el principio de autonomía.

El pensamiento filosófico moderno ha incorporado la autonomía como una noción fundamental en la antropología y en la ética. De ahí surge el principio de autonomía, que puede formularse como "todo hombre merece ser respetado en las decisiones no perjudiciales a otros".

H.T. Engelhardt afirma que el principio de autonomía considera que la autoridad para las acciones que implican a otros se deriva del mutuo consentimiento que involucra a los implicados. Como consecuencia de ello, sin ese consentimiento no hay autoridad para hacer algo sin tener en cuenta al otro. Las acciones que se hacen en contra de tal autoridad son culpables ya que

violan la decisión del otro y, por tanto, son punibles. Engelhardt llega a la formulación: "No hagas a otros lo que ellos no se harían a sí mismos y haz por ellos lo que te has puesto de acuerdo, mutuamente, en hacer".

De este principio surge la obligación social de proteger a los individuos para que puedan expresar su consentimiento, antes de que se tomen acciones contra ellos, y de proteger a los débiles, a los que no pueden consentir por ellos mismos.

Últimamente lo que subraya el principio de autonomía es el respeto a la persona, a sus convicciones, opciones y elecciones, que deben ser protegidas, incluso de forma especial, por el hecho de estar enfermo. Significa la superación de esa tendencia a convertir al paciente en un menor de edad, a quien se tiende a mantener sistemáticamente al margen de algo que a nadie afecta más que a él mismo. Podemos decir que el consentimiento informado es la primera concreción del respeto hacia la autonomía y la capacidad de decisión de toda persona autónoma.

En las inevitables tensiones con el principio de beneficencia, se tiende a dar más relieve al principio de autonomía en USA, mientras en el mundo latino se tiende a primar el principio de beneficencia, existiendo en ambos casos un significativo influjo de la propia cultura.

A modo de síntesis, podríamos decir que la autonomía es el derecho de un individuo a autodeterminarse; a ser autosuficiente en la realización y desarrollo de las decisiones acerca de la propia vida. Se utiliza cuando se refiere al derecho de los pacientes para tomar sus propias decisiones en relación a los servicios de salud. En el ámbito sanitario va íntimamente ligado al consentimiento informado, que es el derecho de un individuo a tomar decisiones acerca de su propio cuidado de salud, basado en la comprensión de las opciones disponibles y en las posibles consecuencias de varias alternativas. Vinculada a esta idea está la noción de que tales opciones deben realizarse sin coerción o influencias de control externo.

Y también se emplea autonomía para describir el derecho de los profesionales de la salud para tomar decisiones que estén dentro de su competencia.

#### **4.4.- Principio de Justicia**

En el principio de Justicia acudimos a la vieja definición del jurista romano Ulpiano: "Ius suum unicuique tribuens" (= casos iguales requieren tratamientos iguales), sin que se puedan justificar discriminaciones, en el ámbito de la asistencia sanitaria, basadas en criterios económicos, sociales, raciales, religiosos, etc.

El principio de Justicia supone el trato igualitario, la imparcialidad en la distribución de cuidados y recursos, de beneficios y riesgos.

Este principio aparece ya, aunque tímidamente, en el Juramento Hipocrático (“apartándome de toda injusticia voluntaria y de toda corrupción”; rechazar toda seducción “ya sean libres ó esclavos”).

La Declaración de Ginebra (1948) afirma “No permitiré consideraciones de religión, raza, partido político o categoría social para mediar entre mi deber y mi paciente”, completando lo señalado en el Juramento Hipocrático.

El Informe Belmont definía el principio de Justicia como “imparcialidad en la distribución” de los riesgos y los beneficios. El problema surge de la consideración sobre “quienes son iguales”, ya que entre los hombres hay diferencias de todo tipo. Sin embargo, existen unos niveles en que todos deben ser considerados iguales, de tal forma que las diferencias son injustas.

El Código de Ética de la AOTA (2000), según señala Begoña Polonio<sup>2</sup> recoge en el principio 5 la justicia, que desarrolla en cinco puntos.

El Código de Ética de la WFOT indica que “los terapeutas ocupacionales no deberán discriminar a los consumidores por razones de raza, color, minusvalía, discapacidad, nacionalidad, edad, sexo, preferencias sexuales, religión, creencias políticas o situación social”.

---

<sup>2</sup> Nosotros sin embargo consideramos que el principio de justicia queda recogido en el principio 1, puntos A y B, aún mejor que en el principio 5 que alude fundamentalmente al cumplimiento de la ley, del código ético y las políticas de la AOTA.

Pero también existen otras razones de discriminación más subjetivas y menos evidentes relacionados con aspectos personales del propio terapeuta: el cansancio, el grado de estrés, las creencias respecto al potencial terapéutico de la intervención, los propios rasgos de personalidad o limitaciones que no se aceptan y se proyectan al paciente, etc.

Ser capaces de reconocer la propia situación personal en situaciones límite y, si ésta es delicada, transferir la responsabilidad del tratamiento a otro profesional puede suponer recuperar el principio de justicia en la práctica profesional.

Se ha propuesto, como modelo de aplicación del principio de Justicia, la teoría sobre "el observador ideal": se trataría de un personaje imaginario que ante un caso concreto fuera omnisciente (que conociese el mayor número de datos posible), omnipercipiente (capaz de percibir los aspectos personales implicados), desinteresado (que no actuase por móviles egoístas o interesados), y desapasionado -ó imparcial- (que aunque empatice con la situación de las personas afectadas, esta implicación, sin embargo, no le debe condicionar).

Distribución Justa es la determinación de cómo los recursos serán administrados ó distribuidos. Es evidente la importante relación del principio de Justicia con la problemática que surge de la distribución de los recursos socio-sanitarios (personal entrenado, equipamiento ó fondos).

A modo de resumen, podemos decir que Justicia es el concepto de dar a un individuo lo que es "la contribución justa" de los recursos (Ej. servicios, bienes, dinero) ó la remuneración que la persona gana o merece. Equidad sería la creencia en la igualdad de todas las personas. Existe un deber que acompaña al trato igualitario de todas las personas y que es una consideración importante cuando se decide el modo de distribuir recursos. Ambos conceptos enmarcan el principio de Justicia.

De este principio se derivan las siguientes obligaciones:

- Procurar un trato no discriminatorio, sean cuales sean las características del sujeto atendido.
- Emplear los recursos humanos y económicos proporcionados al caso concreto y a la situación general.
- Trabajar en favor de una distribución adecuada de los recursos en los distintos niveles de decisión presupuestaria.

#### **4.5.- La relación entre los distintos principios éticos**

Los 4 principios siguen procedimientos prácticos: La no-maleficencia y la beneficencia son como las dos caras de una misma moneda. La no-maleficencia lleva implícita una formación y competencia adecuada. La beneficencia lleva a una evaluación de los beneficios y riesgos. La autonomía conduce a la

percepción de si existe un verdadero consentimiento informado. La justicia lleva a una selección equitativa.

Indiscutiblemente, la aceptación común de estos principios éticos -algunos añaden además los de honestidad y eficiencia- no significa que las respuestas éticas ante la problemática ética sean coincidentes. Los principios a menudo entran en conflicto y surgirá el interrogante de cuál de ellos debe ser privilegiado, teniendo gran influencia la cultura a la hora de responder.

D. García considera que los principios de justicia y no-maleficencia tienen un rango superior, ya que el primero exige que todo ser humano sea tratado en su dignidad personal como un fin y no como mero medio, de tal forma que no sea discriminado por razones como las económicas, raciales, religiosas... Y el de no-maleficencia exige un respeto a los bienes y valores de la persona, a la que no se le puede infligir daño.

En segundo nivel habría que situar los de autonomía y beneficencia, como subordinados en principio a los anteriores. Los dos primeros principios se sitúan al nivel de una "ética de mínimos", que debe respetar toda la sociedad, y tienen repercusiones jurídicas.

Sin embargo Beauchamp y McCullough sostienen que autonomía y beneficencia, especialmente, pueden ser considerados como deberes que siempre debemos cumplir por ser válidos y justos en todas circunstancias, a no ser que entren en conflicto entre sí.

En la intervención clínica aparecen momentos donde entran en contradicción el principio de autonomía y el de beneficencia.

En ocasiones, el cliente será totalmente consciente de esta contradicción, y entonces prevalece el principio de autonomía.

En otras ocasiones la capacidad de decisión está totalmente anulada, prevaleciendo el principio de beneficencia.

Pero en muchos momentos nos encontraremos con situaciones no tan claras y mucho más sutiles, en las cuales habrá que valorar qué principio predomina en función de la capacidad ó competencia del cliente para tomar sus propias decisiones. La competencia variará en función de la decisión a tomar y del momento en que se toma.

Con la mayoría de los pacientes habrá que dialogar y negociar previamente las condiciones globales y particulares del tratamiento, así como las posibles modificaciones que vayan surgiendo en éste.

En la práctica de la terapia ocupacional también es habitual que intervengamos con dos entidades con carácter propio: el cliente y el grupo terapéutico. En la intervención grupal se debe respetar el principio de autonomía del paciente (y del grupo) siempre y cuando no haga peligrar el principio de beneficencia de sus componentes.

Si se analizan los contenidos de la Declaración de los Derechos Humanos se percibe cómo en el fondo de los derechos, reconocidos a toda persona, subyacen el citado principio de beneficencia y, sobre todo, los de no-

maleficencia, autonomía y justicia. Son las mismas exigencias éticas que rigen la vida social y sobre las que se considera que únicamente se puede construir una sociedad humana y armónica. Son también los mismos principios que sirven de guía y de faro ante la muy compleja problemática suscitada por el impresionante desarrollo de las ciencias biomédicas.

#### **4.6.- Normas de acción derivadas de los principios éticos.**

Algunas de las normas de acción que se derivan de éstos principios son:

A).- La Confidencialidad: compuesta por la privacidad (la identidad e intimidad del paciente deben ser protegidas) y la fidelidad (que implica confianza, indispensable para establecer el vínculo y la relación terapéutica, aspecto fundamental en la terapia ocupacional).

B).- Veracidad: Decir la verdad es clave para obtener la confianza y para establecer vínculos personales auténticos, claros y terapéuticos.

C).- Consentimiento informado: Aceptación libre del tratamiento por parte del paciente, así como de su participación en investigaciones. Sus componentes básicos son la información veraz y el libre consentimiento.

E).- Colaboración interdisciplinaria. “La contribución de los terapeutas ocupacionales al trabajo interdisciplinario está basado en el desempeño ocupacional, ya que repercute en la salud y el bienestar de la persona” (código ético de la WFOT, revisión 2004).

F).- Actualización profesional, y la utilización en la práctica clínica de los tratamientos y técnicas más eficaces, así como la continua evaluación y desarrollo de éstos.

El Código de Ética de la AOTA (2000), recoge la veracidad en el principio 6, la fidelidad en el principio 7, y la privacidad y confidencialidad dentro del principio 3 junto a la autonomía.

El consentimiento informado, el secreto profesional, la colaboración interdisciplinaria, y la actualización profesional están recogidas en el código de ética de la WFOT.

Todas ellas quedan reflejadas también en las Normas de práctica para el ejercicio profesional del Comité Europeo de Terapeutas Ocupacionales (COTEC) de 1991, actualizadas en 1996, que complementa el Código de Ética de la WFOT.

## 5.- Conclusión

El terapeuta Ocupacional tiene una responsabilidad ética con el cliente ó usuario de sus servicios, con la sociedad, con el equipo terapéutico, la institución para la que trabaja, y con todos sus colegas de profesión, debiendo responder adecuadamente a la confianza que se deposita en él.

Entre los atributos personales que debe tener el terapeuta ocupacional la WFOT en el código ético señala la integridad, confiabilidad, amplitud de criterio y lealtad a todos los aspectos del rol profesional.

Su intervención debe estar guiada por los principios éticos que hemos analizado, y los colegios profesionales deben ser garantes de dicha intervención ante la sociedad. Correponde a los colegios profesionales, especialmente al Consejo General de Colegios, la elaboración de un código de ética, donde queden reflejados de forma clara los principios éticos y las principales implicaciones para una profesión sanitaria como la terapia ocupacional.

También corresponde a éstos su actualización periódica y adecuación a la realidad ética y sociosanitaria, su difusión y velar por su cumplimiento.

## 6.- Bibliografía

- AA.VV. (1997). *V congreso europeo de terapia ocupacional*. Madrid. IMSERSO.
- Antón, P. (1994). *Enfermería, ética y legislación*. Barcelona: Masson.
- AOTA (2000). *Occupational therapy code of ethics – 2000*. Recuperado el 31 de Julio de 2004 de: <http://www.aota.org/general/coe.asp>
- Beecher, N.; Campisi, M.A.; Rossi, M.A. (1999). Ideologías y realidades. *Materia prima*, 3, pp. 15-22.
- Boladeras, M. (1998). *Bioética*. Madrid: Síntesis.
- Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Aragón. (2004). *Código deontológico de la profesión de terapeuta ocupacional*. Recuperado el 7 de Julio de 2004 de: [http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/codigo\\_deontologico\\_aragon.html](http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/codigo_deontologico_aragon.html)
- COTEC (1996). *Code of ethics and standard of practice*. Recuperado el 31 de Julio de 2004 de: <http://www.cotec-europe.org>
- Etxeberria, X. (1996). *Ética básica*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Gafo, J. (1997). *Diez palabras clave en bioética*. Estella: Verbo Divino.
- Gracia, D. (1998). *Profesión médica, investigación y justicia sanitaria*. Bogotá: El Búho Ltda.
- Gracia, D. (1989). *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema.
- López, K. (1998). Los principios de la ética de terapia ocupacional. *Terapia ocupacional*, 17, pp. 8-13.
- Martijena, N.B. (1995). *Ecología humana, ¿utopía ó realidad?: nueva dimensión de la terapia ocupacional*. Mar del plata.
- Medina, C.D. (2000). *Ética y legislación*. Madrid: D.A.E.

- Noya, R. (1993). Informe bibliográfico del código ético de la WFOT. *Terapia ocupacional*, 10, pp. 33-39.
- Polonio, B.; Durante, P.; Noya, B. (2001). *Conceptos fundamentales de terapia ocupacional*. Madrid: Médica Panamericana.
- Swedish Association of Occupational Therapists (FSA) (2002). *Code of ethics for occupational therapists*. Stockholm. Recuperado el 31 de Julio de 2004 de: <http://www.fsa.akademikerhuser.se/>
- Turner, A.; Foster, M.; Johnson, S.E. (2001). *Terapia ocupacional y disfunción física: principios, técnicas y práctica*. Londres: Elsevier Science.
- Hopkins, H.L.; Smith, H.D. (1998). *Terapia ocupacional (willard & spackman)*. Madrid: Médica Panamericana.