



# Aspectos éticos de la docencia

**Miguel Melguizo Jiménez**

Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. CS Almanjáyar. Granada.

**Andrés Moreno Corredor**

Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Jefe de Estudios Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Jaén.

**Juan Manuel Espinosa Almendros**

Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. CS El Palo. Málaga.

### Puntos clave

- Los aspectos éticos de la docencia obligan a analizar los valores en el proceso de aprendizaje.
- El análisis de los valores no se alcanza por la adaptación a una determinada moral religiosa ni al cumplimiento estricto de normas legales o deontológicas.
- El programa de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria recoge el marco general de valores del médico de familia.
- Los conflictos éticos en el proceso de aprendizaje de un especialista en formación son más relevantes que los derivados de la adquisición de conocimientos y habilidades prácticas.
- Hay un déficit grave de formación para identificar, analizar y proponer soluciones a problemas éticos surgidos en el ámbito asistencial y docente.
- La resolución de conflictos éticos en docencia obliga a utilizar la deliberación moral para el análisis de casos que nos ayude a tomar decisiones prudentes.
- Los principales problemas éticos de la docencia en Medicina de Familia pueden agruparse en: conflictos residente (estudiante)/tutor, conflictos en la relación clínica residente/paciente y conflictos en la interrelación residente/equipo de Atención Primaria.

La salud y la enfermedad son hechos biológicos pero al mismo tiempo fenómenos históricos, sociales, psicológicos y culturales. Sin entender esta dimensión, el médico de familia no puede comprender adecuadamente lo que sucede realmente con el paciente ni tampoco cómo se manifiesta en la práctica una enfermedad<sup>1</sup>.

La enfermedad es un hecho natural, pero simultáneamente es un suceso cultural. La enfermedad se compone de hechos y de cultura (esencialmente de valores), pero la separación entre hechos y valores es artificial, no hay hechos sin valores y viceversa.

La enfermedad como hecho natural tiene manifestaciones clínicas y en este conocimiento se han volcado la totalidad de los programas de formación médica, tanto en pregrado como en formación especializada. En cambio, en el estudio de los valores las carencias formativas han sido casi absolutas, haciéndonos prácticamente analfabetos. Paradójicamente, la formación en valores conforma el elemento más decisivo para la futura personalidad de un profesional. La formación en bioética no es otra cosa que proporcionar elementos de juicio a los profesionales para que entiendan los problemas éticos e incorporen el análisis de valores en su resolución<sup>2</sup>.

Hablar de aspectos éticos de la docencia supone hablar de valores con el problema de que, a diferencia del conocimiento tradicional biologicista, estos no son totalmente racionales ni están sujetos a una lógica científica demostrativa. Por otra parte, el análisis de los valores por los que se rige una profesión no se alcanza con el conocimiento o la adaptación a una determinada moral religiosa ni se circunscribe al cumplimiento estricto de normas legales o deontológicas.

Todas las profesiones sanitarias tienen unos valores que definen los compromisos de las profesionales con la sociedad. Aprender y asumir estos valores es imprescindible para llegar a ser un «buen profesional». El programa de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria define el marco general de los valores del médico de familia<sup>3</sup> (tabla 1).

Los problemas o conflictos éticos en docencia se producen en el mismo marco que los surgidos en bioética clínica. Se trata, en definitiva, de la difícil armonización entre los valores del conocimiento técnico científico y los valores del conocimiento global y humanístico de la persona<sup>4</sup>.

A la hora de abordar los conflictos éticos surgen dos tentaciones negativas. La primera de ellas es tratar de abordarlos y resolverlos apelando a la intuición, al subjetivis-

TABLA 1

### Tabla 1. Valores profesionales del médico de familia

#### 1. Compromiso con las personas

Las personas dan sentido a la profesión y son los protagonistas de la atención que prestamos. Nuestras actuaciones, por encima de cualquier otro interés, estarán dirigidas a la mejora y el mantenimiento de la salud de los ciudadanos.

#### 2. Compromiso con la sociedad

El profesional tiene una alta responsabilidad social en la gestión de recursos y prestaciones de financiación pública. El uso eficiente de estos recursos conlleva equilibrar la accesibilidad, la equidad y la calidad en el uso de aquellas.

#### 3. Compromiso con la formación y capacitación continuas

El mantenimiento y la puesta al día de los conocimientos, habilidades y actitudes profesionales es una obligación irrenunciable. La mejora continua ha de ser responsabilidad compartida del profesional y la organización sanitaria para la que trabaja.

#### 4. Compromiso con la formación de nuevos profesionales

Todos los profesionales deben adquirir desde el inicio de la residencia el compromiso implícito de formar a las siguientes generaciones.

#### 5. Compromiso con la ética profesional

Tanto desde la óptica de los deberes profesionales autoimpuestos por la propia deontología profesional como por el cumplimiento efectivo de los derechos ciudadanos como pacientes, la profesión tiene un compromiso moral con la confidencialidad, el respeto a la autonomía, la justicia y el deber de no abandono, entre otras.

Tomado de: Programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid: 2005.

mo moral o la respuesta técnico-científica. Este modelo no resulta finalmente ni útil ni acertado. En todos los casos, los conflictos éticos precisan una reflexión ordenada y fundamentada. La segunda tentación es llevar el conflicto al terreno del dilema entre dos opciones antagónicas, entendiendo que siempre es preciso optar por una de ellas. Nada más útil, en cambio, que transformar los dilemas polarizados en problemas con múltiples facetas y posibilidades de decisión<sup>5</sup>.

La resolución de conflictos éticos en docencia, dentro de un contexto asistencial, pasa pues por la necesidad de utilizar un método de deliberación moral que nos ayude a tomar decisiones prudentes, evitar lesionar valores y huir de posturas extremas irreconciliables<sup>6</sup>. Para reflexionar sobre conflictos éticos se utiliza el análisis de casos siguiendo la estructura y los pasos del método de deliberación moral. Este método permite una reflexión gradual para cada caso clínico sobre hechos, valores y deberes (tabla 2).

TABLA 2

### Método deliberativo de análisis para conflictos éticos

1. Presentación del caso clínico (Hechos)
2. Identificación y listado de problemas éticos que plantea el caso para el profesional (Valores)
3. Identificación del problema ético principal (Valores)
4. Identificación de los valores enfrentados y en conflicto (Valores)
5. Identificación de los cursos extremos de acción (Deberes)
6. Identificación de los cursos intermedios (Deberes)
7. Propuesta del curso óptimo (Deberes)
8. Pruebas de verificación: legalidad, temporalidad y publicidad.
9. Justificación y conclusión final

Modificado de: Grana D.

En el marco de la docencia en Medicina de Familia pueden agruparse los principales conflictos éticos en tres grupos: conflictos en la relación clínica con pacientes, en la relación del tutor con el residente-estudiante y en la relación del residente con el resto de miembros del Equipo de Atención Primaria (EAP). Para cada uno de ellos exponemos dos casos clínicos y aplicamos en ellos la metodología de deliberación moral de forma parcial y simplificada. Los elementos más destacables de los casos se señalan en las tablas 3-5.

### Relaciones tutor-residente-estudiante (tabla 3)

#### Caso 1. Residente incapaz para el trabajo clínico

Valeria es residente de tercer año de Medicina de Familia y lleva 1 mes incorporada a su rotación final de 18 meses

TABLA 3

### Elementos clave para entender los conflictos éticos Relaciones tutor-residente/estudiante

#### Residente incapaz para el trabajo clínico

La competencia global ha de ser evaluada más allá de los vínculos emocionales  
La enfermedad o trastorno psicológico del residente que incapacita para la actividad clínica es la causa más común de conflictos en la evaluación docente

#### Residente o estudiante que vulnera la confidencialidad

Sin confidencialidad no hay relación clínica  
Ser residente o estudiante no atenúa ni exime de la responsabilidad de mantener la confidencialidad

en el centro de salud. La tutora de Valeria supervisa a la médica residente desde que inició su período de formación. Durante el primer año Valeria compartió 4 meses con su tutora, tiempo durante el cual se detectó una dificultad en el proceso de comunicación en la relación clínica entre paciente y residente. Valeria era incapaz de entrevistarse a solas con un paciente y cuando se le requería para una valoración inicial a pacientes; la residente, tras un breve contacto para una anamnesis superficial, requería la presencia de un tutor o residente para que le ayudara a tomar decisiones diagnósticas y de actuación. Preguntada por esta dificultad, Valeria ha contestado que los pacientes y sus familiares le provocan ansiedad.

A través de contactos informales la tutora ha ido recibiendo información de su carácter distante y tímido, de la existencia de un solo período de incapacidad temporal por depresión, de 2 semanas de duración, y de los problemas que Valeria tiene durante las guardias en el hospital. Sus compañeras de residencia comentan que pese a su cumplimiento de horario las guardias de Valeria se caracterizan por situaciones de bloqueo: sólo puede atender a pacientes de forma espaciada, solicita todas las pruebas complementarias posibles, siempre requiere consulta con otras compañeras o especialistas y nunca firma un alta si no es delante de otra facultativa. La tutora ha tenido conocimiento de que habitualmente vende guardias a sus compañeros y de que toma habitualmente ansiolíticos. Sus compañeros de residencia han propuesto a la unidad docente que se le exima de guardias y de atención clínica.

## Problemas éticos

1. ¿Puede considerarse competente una residente con capacidad limitada para tomar decisiones clínicas de forma autónoma? (*problema principal*).
2. ¿La tutela y supervisión de una residente debe incluir su evaluación psicológica o de salud mental?
3. ¿Es correcto otorgar un título de especialista a una profesional con limitaciones insalvables para la relación clínica?
4. ¿Es adecuado que en una especialidad clínica se busque un itinerario formativo que evite el contacto directo con los pacientes?
5. ¿Es objetivo un sistema de evaluación de actitudes para médicos residentes?

## Valores en conflicto

Obligación y compromiso de formación. Confidencialidad de problemas de salud del residente. *Enfrentados a*: protección de la salud de los pacientes. Compromiso docente ante la sociedad.

## Cursos extremos

- Dejar pasar el período de residencia y otorgarle el título para que en un futuro valore si es posible el ejercicio de la Medicina de Familia.
- Suspender la evaluación de la residente y pedirle de inmediato la renuncia a su contrato de médico residente.

## Cursos intermedios y óptimos

Realizar una entrevista estructurada entre la tutora, el responsable de la unidad docente y el especialista en formación para intercambiar información acerca de las dificultades del proceso formativo. Preparación de un calendario formativo individualizado y supervisado para compensar y superar el déficit en la relación clínica. Ofrecimiento de apoyo para ayuda psicológica. Información precisa de los procedimientos de evaluación a superar durante el próximo año de residencia y de la posibilidad de evaluación negativa.

## Comentarios

En el proceso de aprendizaje, el tutor enriquece su propio patrimonio de competencias tras el intercambio docente que establece con el residente. A su vez, el residente asume una «deuda docente» con futuras generaciones de médicos que le obliga a una colaboración en la formación de futuros colegas.

La relación tutor-residente se produce en un marco de estrecha intimidad creando unos lazos afectivos que, en ocasiones, impiden una evaluación objetiva. La consideración de «colegas» y el impacto en la vida profesional y personal del residente de una valoración negativa condicionan los métodos actuales de evaluación.

En los casos de enfermedad o trastorno psicológico del residente que le incapacita para la actividad clínica el conflicto es agudo. Lamentablemente, hasta el inicio del período de residencia los procedimientos de evaluación en facultades de medicina y prueba de acceso MIR se ciñen exclusivamente a conocimientos. Cuando es necesaria la aplicación de actitudes y habilidades de comunicación surgen los problemas.

La evaluación de residentes para que pueda responder al compromiso que estructuras docentes y tutores asumen ante la sociedad y los servicios de salud debe incluir instrumentos de evaluación diversificados que incluyan evaluación formativa (entrevistas, grabaciones, ECOE, simuladores, etc.) y de evaluación sumativa (exámenes, revisiones, análisis curricular, etc.) que permitan objetivar la competencia más allá de los vínculos emocionales, positivos o negativos, que siempre se establecen entre tutores y especialistas en formación.

## Caso 2. Estudiante que vulnera la confidencialidad

Alfonso, paciente conocido desde hace años, acude a la consulta para el control de su hipertensión arterial (HTA). Tiene 45 años, es un brillante profesional y una persona muy conocida en la ciudad. Hoy es uno de los primeros días que el estudiante de medicina pasa la consulta con el médico de familia. Alfonso ya está acostumbrado a la presencia de residentes y estudiantes en la consulta.

La presión arterial (PA) está más elevada que de costumbre, además refiere que duerme mal y que está más nervioso de la cuenta. Interrogado por los motivos, tras un breve silencio, expone que está viviendo una situación muy difícil: se ha enamorado de una señora de la que nos dice su nombre, y resulta ser también muy conocida en la ciudad, y no sabe qué camino tomar ya que sigue queriendo a su esposa y a sus hijos y le parece una locura romper el matrimonio, por otra parte, está todo el día pensando en la nueva relación y no puede concentrarse en nada. Piensa que si sigue adelante con esta relación puede perder *status* social (es miembro destacado de una cofradía de Semana Santa) y profesional (tiene empresas que comparte con la familia de su esposa). Exponemos que la situación es muy delicada y que él mismo debe ir aclarándose para tomar la decisión que considere más adecuada, hacemos apoyo psicoterapéutico y lo citamos para dentro de 15 días.

Al salir el paciente, el estudiante confiesa que ha quedado muy sorprendido dada la naturaleza de la situación y la relevancia social de los personajes.

Cuando el médico de familia acude a la reunión de equipo para formación continuada, todos los estudiantes y residentes ya conocían las circunstancias del caso de Alfonso.

### Problemas éticos

1. Dado que el paciente no expresó formalmente el deseo de no hacer públicas sus manifestaciones, ¿está obligado el estudiante o el residente a mantener la confidencialidad? (*problema principal*).
2. ¿Comentar el caso con compañeros y colegas médicos (todos profesionales sanitarios) se considera una vulneración de la confidencialidad?
3. ¿Puede el caso exponerse en una sesión clínica como instrumento formativo y de ayuda para el médico de familia?
4. ¿Debería escribirse en la historia clínica los datos de este caso dada la notoriedad social del paciente?
5. ¿El secreto médico obliga a personas ajenas al sistema de salud, como estudiantes de medicina?

### Valores en conflicto

Confidencialidad. Respeto a la intimidad. *Enfrentados a:* obligación docente de la consulta de Medicina de Familia. Profesionalidad.

### Cursos extremos

- Expulsar al estudiante del centro de salud por una falta grave de revelación de secreto profesional.
- Considerar irrelevante la filtración al tratarse de información que afecta exclusivamente al comportamiento moral del individuo y que ha sido facilitada por él.

### Cursos intermedios y óptimos

Promover una reunión de equipo (incluyendo a profesionales en formación) en la que se expongan y reflejen por escrito tres mensajes:

- El deber profesional de preservar la confidencialidad obliga a todos los profesionales asistenciales, clínicos y no clínicos, de plantilla o en formación.
- Los datos personales sensibles no deben revelados a otros «compañeros», ni a personas ajenas a la profesión. Si se plantean casos en sesiones clínicas o formativas, han de ser eliminadas referencias personales que puedan permitir su identificación.
- Quebrar la confidencialidad supone asumir responsabilidades penales y deontológicas individuales.

### Comentarios

La confidencialidad en el uso de la información clínica es un derecho ciudadano irrenunciable, al margen de que los profesionales nos autoimpongamos un deber de secreto. Sólo el paciente puede eximir al profesional de la obligación de no revelar datos de su intimidad. Los datos referidos a salud, sexualidad, religión, ideología y moralidad se consideran sensibles y dignos de especial protección, deben ser protegidos sin precisar una petición expresa de secreto por parte del ciudadano o paciente.

Los estudiantes y residentes deben asumir desde su primer contacto con la asistencia que una relación clínica eficaz y fuerte se fundamenta en la confianza del paciente, en la lealtad del médico y en la obligación garantista del servicio de salud. Sin confidencialidad no hay relación clínica. Ser residente o estudiante no atenúa ni exime de la responsabilidad hacia este derecho ciudadano ni hacia el deber de secreto.

Todos los profesionales sanitarios deben estar correctamente identificados con tarjetas personalizadas en las

que el paciente pueda reconocer el nombre del profesional y su categoría (estudiante, residente o facultativo de plantilla) y es un derecho del paciente solicitar una entrevista reservada y a solas con su médico responsable.

Casos como el que nos ocupa pueden ser utilizados en sesiones clínicas de formación siempre que los datos aportados garanticen el anonimato del paciente. Asimismo, es obligatorio transcribir en la historia clínica digital el episodio de la consulta, utilizando de forma opcional la opción de bloqueo (encriptamiento) de dicho episodio por el contenido especialmente sensible del mismo.

## Relaciones residente-Equipo de Atención Primaria (tabla 4)

### Caso 3. El residente asume plenamente la consulta

Pilar es una residente ejemplar de Medicina de Familia. Es su tercer año, y lleva 6 meses de trabajo continuado en el cupo de su tutora en el centro de salud. El período de verano se acerca y el director no dispone de sustitutos para los facultativos que toman sus vacaciones.

Dado que la tutora de Pilar es una de las médicas que se han de ausentar, se pide a Pilar que se responsabilice de forma completa de la consulta de su tutora durante sus vacaciones. El argumento esgrimido por la dirección del centro de salud es prevenir la sobrecarga de agenda de los médicos de familia de plantilla del centro y la «sobrada capacidad» demostrada por Pilar para llevar adelante la consulta de Medicina de Familia.

TABLA 4

#### Elementos clave para entender los conflictos éticos Relaciones residente-EAP

##### Residente que asume plenamente la consulta:

La condición de especialista en formación no puede nunca supeditarse a las «necesidades de servicio» del centro de salud pero tampoco puede eludir las responsabilidades asistenciales

La doble condición de asistencial/docente obliga a un pacto de responsables para la asignación de tareas, siempre en función del grado de competencias adquirido

##### La enfermera no acepta órdenes del residente:

La actividad asistencial del residente no debe sobrepasar la capacidad de supervisión de algún tutor del centro de salud

En ningún caso el residente puede dejar de recibir el apoyo del resto del EAP para su desarrollo formativo y asistencial

EAP: Equipo de Atención Primaria.

## Problemas éticos

1. ¿Debe un centro asistencial delegar responsabilidad asistencial plena, por ausencia del titular, en un especialista en formación? (*problema principal*).
2. ¿Han de considerarse los médicos residentes de último año como profesionales asistenciales completos con plenas competencias?
3. ¿Es lícito utilizar médicos residentes para cubrir vacaciones, bajas laborales o permisos de médicos de plantilla?
4. ¿Debería advertirse a los pacientes que la profesional que ocupa la consulta es médico residente?

## Valores en conflicto

Derecho a la formación del residente. Beneficencia del paciente. *Enfrentados a*: eficiencia en la asignación de recursos. Calidad asistencial.

## Cursos extremos

- Obligar a la médico residente a pasar la consulta con responsabilidad completa en función de su contrato asistencial con su servicio de salud.
- Eximir a la médico residente de cualquier actividad asistencial sin la presencia de un tutor.

## Cursos intermedios y óptimos

Aceptar que la médica residente se haga cargo del cupo de Medicina de Familia con determinadas condiciones. Que el tutor considere competente a la médica residente. Que la residente obtenga un beneficio docente. Que tenga en todo momento la referencia de otro tutor para asesoramiento y consulta. Que se acomode la agenda a las posibilidades reales de la médica residente. Que la dirección del centro de salud tenga dispuesto un apoyo para la consulta, si fuera preciso.

## Comentarios

El programa de la especialidad y el desarrollo de las competencias obligan a una progresiva adquisición de responsabilidad clínica, así como a un incremento gradual de la autonomía. Este proceso ha de ser un continuo que debe ser dirigido por el tutor en función de la percepción sobre la competencia y la actitud del especialista en formación. La formación de residentes también obliga a una particularización que facilite la ayuda en situaciones difíciles, el refuerzo positivo en los progresos y siempre el estímulo.

Sólo desde una tutorización activa y bidireccional sabremos si la residente se encuentra capacitada para asumir en solitario la consulta de Medicina de Familia. Ello no exime la obligación de una supervisión de tutores.



La actividad asistencial de los residentes está totalmente imbricada con la del centro de salud. La participación en la actividad asistencial supone tanto un enriquecimiento mutuo como una oportunidad de mejora para tutores y residentes. En ningún caso el EAP puede planificar su oferta asistencial según el número de residentes. La condición de especialistas en formación no puede nunca supeditarse a vacaciones, licencias, permisos o necesidades de liberación de la plantilla de tutores y médicos de familia. De igual forma, la condición de especialista en formación obliga a tomar conciencia de la necesidad de asumir en primera persona las responsabilidades asociadas al acto asistencial. En cuanto a dar publicidad a los usuarios sobre la categoría de los profesionales sanitarios, es suficiente con la correcta identificación de todos los trabajadores con tarjetas personalizadas en las que pueda reconocerse la foto, el nombre y su categoría profesional.

#### Caso 4. La enfermera no acepta órdenes del residente

Herminia es médica residente en los últimos meses de su período de formación. Ha sido una residente brillante tanto por su motivación como por las excelentes evaluaciones recibidas. Gradualmente ha ido asumiendo mayores responsabilidades asistenciales y su espíritu innovador le ha llevado a incorporar nuevos servicios al centro de salud. Concretamente en el campo de la cirugía ha ido realizando técnicas quirúrgicas aprendidas en sus rotaciones hospitalarias que, hasta la fecha, ningún médico de familia realizaba en el centro de salud.

Herminia ha comenzado a realizar semanalmente intervenciones complejas de cirugía menor para lo que requiere ayuda de otros compañeros y de profesionales de enfermería. Pasado un mes, la coordinadora de enfermería se ha quejado formalmente al tutor de Herminia y a la directora del centro de salud al considerar que las intervenciones quirúrgicas realizadas por parte de Herminia no responden a la cartera de servicios, sobrepasan las competencias de las profesionales de enfermería y al ser realizadas por profesionales en formación (por tanto, no cualificados ni competentes) deben ser supervisadas siempre por los tutores correspondientes. Sus compañeras no están dispuestas a seguir recibiendo órdenes de una médica no cualificada.

#### Problemas éticos

1. ¿Puede una médica residente asumir tareas asistenciales sin un tutor referente con competencia suficiente para dicha actividad? (*problema principal*).
2. ¿De quién es la responsabilidad última de las actuaciones quirúrgicas realizadas por Herminia?
3. ¿Puede negarse una profesional del centro de salud a colaborar en una actividad asistencial por supuesta falta de competencia?

4. ¿Puede negarse una profesional del centro de salud a ayudar a un profesional en formación?
5. ¿En el consentimiento informado requerido para las intervenciones quirúrgicas se explicita verbalmente la categoría profesional de la facultativa?

#### Valores en conflicto:

Salud y seguridad de los pacientes. Responsabilidad profesional de la residente. *Enfrentados a*: autonomía de la médica residente. Obligación de tutorización.

#### Cursos extremos de acción

- Suspender inmediatamente las intervenciones de cirugía menor.
- Continuar con las intervenciones obligando a Enfermería a colaborar bajo amenaza de expediente disciplinario.

#### Cursos intermedios y óptimos

El tutor de Herminia estará siempre presente en las actividades de cirugía menor encargándose personalmente del proceso de consentimiento informado y de la dirección de la actuación asistencial. Médicos y enfermeras del centro de salud han de asumir la necesidad de formación y actualización en cirugía menor para darle continuidad como oferta asistencial.

#### Comentarios

Dentro del proceso de formación de residentes es deseable que, progresivamente, se asuman habilidades y competencias asistenciales. El aprendizaje supone una linealidad desde el mirar, hacer con supervisión y actuar de forma autónoma. Este aprendizaje asistencial supone también una delegación gradual de responsabilidad por parte del tutor hacia el médico residente. No debe haber delegación de responsabilidad sin supervisión, siendo éste el compromiso irrenunciable del tutor.

Con frecuencia acontecen situaciones como las descritas en el caso. La actuación autónoma del residente sobrepasa la capacidad de supervisión del tutor debido a su menor experiencia y competencia. Una respuesta positiva a este conflicto debe ser la consideración del mismo como una oportunidad de mejora tanto para el tutor como para el conjunto del centro de salud.

El médico residente asume la doble condición indisoluble de profesional en formación y asistencial. En ningún caso puede perder la dependencia de una estructura docente y de un tutor responsable, así como nunca puede ser desposeído de su condición de médico clínico que requiere colaboración y ayuda del resto de profesionales asistenciales.

## Relaciones residente-paciente en el marco de la relación clínica (tabla 5)

### Caso 5. El residente, a petición del paciente, desplaza al tutor

Juan tiene 54 años y es conductor de profesión. Tiene una diabetes tipo 2 y hace 5 años fue intervenido de carcinoma de colon, mediantere sección del mismo. Tras un primer ciclo de quimioterapia, se negó a continuar tratamiento y suspendió todas las consultas con los servicios hospitalarios. Juan transmite las creencias a su médico de familia acerca de «la negativa y dolorosa experiencia que como persona vivió en el hospital» y de «tener sus propios criterios sobre la vida y la muerte».

Juan sufre un empeoramiento acelerado llegando a una fase preterminal y mantiene su decisión de permanecer en su domicilio. Ha perdido peso, presenta anorexia, ictericia, ascitis y derrame pleural, y asimismo, períodos de ansiedad, inquietud y dolor toracoabdominal de tipo somático.

En una visita conjunta, el tutor y el residente ofrecen al paciente la posibilidad de ser atendido por la unidad hospitalaria de cuidados paliativos o por el servicio de hospitalización a domicilio. Ambas posibilidades son rechazadas por Juan. Se negocia entonces el inicio de tratamiento ansiolítico, analgésico, laxante y diuréticos, aceptado parcialmente pues «no quería que lo durmiera para así poder despedirse de su familia».

Dado el progresivo empeoramiento de la ascitis y la conservación del sensorio, se le sugiere practicar una paracentesis evacuadora en domicilio, opción que rechaza de

plano y solicita amablemente a todos los presentes (esposa, hijos, tutor y MIR) «que a partir de entonces prefiera ser atendido en adelante sólo por el médico joven».

### Problemas éticos

1. ¿Puede un médico de familia tutor delegar la responsabilidad asistencial plena en un especialista en formación? (*problema principal*).
2. ¿Puede el paciente elegir libremente el facultativo de su confianza aunque sea especialista en formación?
3. ¿Es aceptable que el paciente rechace el seguimiento clínico y tratamiento recomendado en el hospital y confiar el liderazgo clínico en un médico residente?
4. ¿Debe el médico de familia facilitar el cambio de cupo en el caso de pacientes que optan por un seguimiento directo de su médico residente?
5. ¿Debe formar parte del programa formativo del especialista en formación la asunción plena de responsabilidad asistencial en el caso de pacientes con los que logra especial empatía?

### Valores en conflicto

Autonomía del paciente. Respeto a la libertad de elección. *Enfrentados a*: maleficencia por las consecuencias de la decisión del paciente.

### Cursos extremos

- Manifestar al paciente que la responsabilidad es del médico de familia titular, con independencia de su opinión. Por tanto, se asume aquella plenamente y se descarta al residente que deja de tener relación con el paciente.
- Se respeta la voluntad del paciente y se deja la responsabilidad plena al especialista en formación, inhibiéndose desde ese momento el médico de familia.

### Cursos intermedios y óptimos

Admitir por parte del tutor el liderazgo clínico del residente, tal como desea el paciente, pero haciendo un seguimiento compartido e indirecto del paciente que propicie una relación aceptable por éste. Mantener el tutor la responsabilidad plena pero facilitando que el caso tome una dimensión formativa para el residente, siempre que éste también acepte este compromiso.

### Comentarios

En la mayoría de las ocasiones los pacientes suelen depositar toda su confianza en el médico de familia titular y manifiestan sus reticencias cuando son atendidos por médicos residentes. No obstante, puede suceder, como en el caso que nos ocupa, que los vínculos de confianza hacia los médicos residentes sean especialmente estre-

TABLA 5

#### Elementos clave para entender los conflictos éticos Relaciones residente-paciente

##### El residente, a petición del paciente, desplaza al tutor

Sea cual sea la opción elegida por el paciente, en cuanto a la elección del profesional responsable, el tutor debe regirse por el principio de no abandono

Los problemas de suplantación del tutor por parte del residente deben ser vividos como una oportunidad para ambos

##### Residente valorada como poco competente ante una paciente

Los residentes pueden, y deben, tomar iniciativas propias para la correcta atención a pacientes aunque ello pueda suponer tener conflictos con familiares

El *feedback* docente permite valorar los progresos y la capacidad del residente para tomar iniciativas autónomas con los pacientes y sus familias

chos. Este hecho debe ser considerado positivamente como valor añadido para el residente pero advirtiéndole que se pueden delegar funciones pero no responsabilidades. Aunque estas funciones se realicen en solitario la responsabilidad última sigue siendo del tutor.

Siempre que la opción sea libremente elegida por los pacientes no debe suponer un problema para el tutor, sino un estímulo para el proceso de aprendizaje.

Uno de los pilares éticos en la relación entre el médico de familia y sus pacientes es el principio de no abandono. Sea cual sea la opción elegida por el paciente (tratamiento, ámbito de atención, pruebas diagnósticas y médico de confianza), y si ésta se realiza en condiciones de capacidad, libertad e información suficiente, el médico de familia debe estar siempre en condiciones de apoyarle. En ningún caso estaría justificada la petición de cambio de médico por parte del tutor, el mensaje a trasladar sería una oportunidad de trabajo en equipo (médico y residente) para atender mejor al paciente.

Tutorizar es compatible con la camaradería pero obliga a cumplir unos objetivos docentes y una evaluación rigurosa. Y su mayor riesgo es caer en la complacencia del «todo vale» fundamentado en un falso compañerismo.

## Caso 6. Residente valorada como poco competente ante una paciente

Ana, de 77 años de edad, tiene antecedentes de poliartrosis, HTA controlada con enalapril, obesidad moderada y trastorno depresivo leve, sin tratamiento farmacológico, desde la muerte de su esposo hace 3 años. A veces toma lormetazepam por las noches. Desde que quedó viuda, vive con su hija, con la que mantiene relaciones cordiales.

En el último examen de salud para mayores de 65 años, la enfermera detectó importantes trastornos de la memoria e incluso algunas alteraciones en su comportamiento habitual. En la consulta continua la exploración y se confirma la alteración de la memoria reciente y desorientación temporospacial (test de Lobo 21), la hija confirma la situación, refiere que a veces no recuerda bien cómo se hacen determinados guisos que son muy habituales para ella. Se inicia el estudio para determinar una posible demencia. Acude a la consulta con una amiga para un proceso catarral, ese día pasa la consulta la médica residente. Ana le expone que sospecha que se le puede «estar yendo la cabeza» y que le gustaría dejar aclaradas algunas circunstancias para el futuro para cuando ella ya no pueda expresarse.

La médica residente consulta la situación con la hija. Ésta se niega alegando que su madre ya está con la mente deteriorada, tiene «su poquito de depresión», es a ella a la

que le toca asumir las responsabilidades y tomar de las decisiones y una residente no es nadie para interpretar los deseos de su madre. La hija considera que «una médica joven en prácticas no está capacitada para atender a su madre».

## Problemas éticos

1. ¿Es competente una residente para valorar la capacidad de una paciente? (*problema principal*).
2. ¿Tiene Ana capacidad actualmente para tomar decisiones?
3. ¿Deben los profesionales sanitarios profundizar en valoraciones de capacidad, a través de pruebas diagnósticas, y proponer la incapacitación legal?
4. ¿La determinación de capacidad es un asunto estrictamente familiar?
5. ¿Puede asumir un especialista en formación la función de asesor de últimas voluntades de una paciente?

## Valores en conflicto

Respeto a la capacidad de decisión de la paciente. Competencia profesional de la residente. *Enfrentados a*: respeto a la familia. Evitar daño a la paciente.

## Cursos extremos

- La residente es desautorizada para seguir atendiendo a la paciente y se pide disculpas a la hija.
- La residente se encarga en exclusiva de la atención a la paciente y de determinar el grado de capacitación de la paciente.

## Cursos intermedios y óptimos

Realizar una entrevista conjunta entre el tutor, la residente y la paciente para conocer con exactitud los deseos de la paciente y ofrecerle ayuda para determinar el grado de deterioro cognitivo que presenta, solicitando si es precisa consulta con el servicio de Neurología. Entrevista familiar posterior entre tutor, residente, hija y paciente para reforzar el papel de la médica residente y explicar el proceso de atención que se va a seguir con Ana.

## Comentarios

Los médicos residentes pueden, y deben, tomar iniciativas propias para la correcta atención a los pacientes, incluyendo solicitudes de asesoría personal. No existe ningún problema ético de conflicto de competencias con sus tutores. Sería reprochable en todo caso que pasaran por alto requerimientos de los pacientes como el de este caso. Cuestión diferente es la conveniencia de ser supervisados directamente por los tutores en los casos en que el proceso de atención puede provocar una importante disfunción familiar.



Las valoraciones de capacidad siempre constituyen un punto especialmente sensible pero el aprendizaje obliga a realizar directamente las actividades. Sólo se aprende haciendo, sólo se es competente si se ha evaluado desde el punto de vista cognitivo, relacional y emocional una actividad. La observación de la residente cuando realiza una entrevista clínica en la que se incluye la valoración de capacidad es un buen instrumento para evaluar su competencia. El *feedback* permanente que incluye observación, intercambio, diálogo y refuerzo es una de las herramientas de tutorización más poderosas.

Las entrevistas familiares tienen una gran potencialidad para dar imagen de equipo de trabajo que refuerza y legitima a los médicos residentes. Por parte de la familia, es una oportunidad excelente para la verbalización de problemas, la clarificación de las disfunciones si las hubiere y el refuerzo positivo de los lazos familiares.

## Resumen

La salud y la enfermedad son hechos biológicos pero al mismo tiempo fenómenos históricos, sociales, psicológicos y culturales cargados de valores. La separación entre hechos y valores es artificial.

El proceso de aprendizaje no se limita a la transmisión de conocimientos y habilidades prácticas, sino que además incluye la transmisión de valores. En las profesiones sanitarias, que se ocupan de la salud y la enfermedad, esta circunstancia es más acentuada.

La docencia en Medicina de Familia debe incluir la obligación de aprender y asumir los valores propios de la profesión.

Los problemas y conflictos éticos en docencia surgen en el mismo marco que los propios de la actividad clínica y deben ser abordados con una metodología sistemática de deliberación moral que analice hechos, valores y deberes. En el estudio de conflictos éticos hay que huir del antagonismo, la intuición, la exclusividad técnico-científica o el subjetivismo moral.

Se propone la utilización de casos prácticos sobre conflictos por: residentes con enfermedad, confidencialidad, responsabilidad profesional, predominio de la dimensión asistencial de la docencia, vínculos con pacientes y desautorización profesional.

## Lecturas recomendadas

1. Delgado A (editor). Guía de Tutorización de especialistas en formación en Ciencias de la Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla 2009.  
*Manual sencillo, de fácil lectura y gran utilidad para los tutores de especialistas en formación (médicos, enfermeras, farmacéuticos, etc.). Aporta recetas y propuestas prácticas sobre cómo realizar la acogida a residentes, el seguimiento, el manejo de recursos formativos y los procesos de evaluación. Incide particularmente en la importancia de la comunicación, el feedback docente y las formas de motivación. Afronta en varios capítulos los problemas éticos que surgen en el proceso de autorización.*
2. Gracia D, Júdez J (editores). Ética en la práctica clínica. Fundación de Ciencias de la Salud. Madrid: Triacastela, 2004.  
*Texto de referencia para la introducción al campo de la Bioética Clínica. Dispone de apartados específicos sobre los grandes problemas de aplicación de la bioética en Atención Primaria, como el deber de no abandono, la confidencialidad, el uso racional de recursos, la valoración de la capacidad, el consentimiento informado o el método deliberativo de análisis de conflictos éticos.*

## Bibliografía

1. Gracia D. Contribución de las Humanidades Médicas a la formación del Médico. Humanitas. Humanidades Médicas 2006. Tema del mes on line N.º 1. p. 13-32. Disponible en: [http://www.fundacionmhm.org/www\\_humanitas\\_es\\_numero1/revista.html](http://www.fundacionmhm.org/www_humanitas_es_numero1/revista.html)
2. León Correa FJ. Enseñar Bioética: cómo transmitir conocimientos, actitudes y valores. Acta Bioética 2008;14(1):11-8.
3. Programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Comisión Nacional de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid 2005.
4. Abel F. Bioética: Diálogo interdisciplinar. Cuadernos de Bioética. 1999;37(1);11-6.
5. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. En: Gracia D, Júdez J (editores). Ética en la práctica clínica. Fundación de Ciencias de la Salud. Madrid: Triacastela, 2004. p. 21-32.
6. De los Reyes M, Rubio JM. Metodología de análisis de casos clínicos: procedimientos y deliberación. En: de los Reyes M, Sánchez M (editores). Bioética y Pediatría. Proyectos de vida plena. Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla-La Mancha. Madrid 2010. p. 89-97.