

BARCELONA

médicos
de familia,
ante todo

ÉTICA EN LA DOCENCIA

XXIX
Congreso de la Sociedad
Española de Medicina
de Familia y Comunitaria

Barcelona
25, 26 y 27 de noviembre de 2009

Palacio de Congresos de Barcelona

www.semfyc.es/barcelona2009

CONGRESO
SINHUM

semFYC
Sociedad Española de Medicina
de Familia y Comunitaria

Roser Marquet, Carles Llor
Grupo de Ética de la camfic

Conflictos de interés de Roser Marquet

Información sobre apoyo recibido por temas relacionados con la actividad (pagos, honorarios, viajes, equipamientos, etc.)	Inscripción, hotel y desplazamientos del congreso pagados por semFYC Gastos de desplazamientos para acudir a reuniones del grupo de ética pagados por camfic
Información sobre relaciones financieras relevantes externas a la actividad en el último año (honorarios, contratos, viajes, etc.)	Médico de familia del ICS Secretaria de redacción de la revista FMC Talleres y cursos sobre temas relacionados con la ética y con la mejora de la calidad a través de camfic, ICS, Fundació Jordi Gol y SEAUS
Información sobre relaciones financieras que tienen cónyuge e hijos menores de 18 años	Ninguna
Información sobre asociaciones no financieras relevantes (personales, profesionales, políticas, religiosas, institucionales)	Miembro del grupo de ética camfic Miembro de la comisión de calidad de camfic Tutora del Programa Docente de MFyC de Cataluña

Conflictos de interés de Carles Llor

Información sobre apoyo recibido por temas relacionados con la actividad (pagos, honorarios, viajes, equipamientos, etc.)	Inscripción y acomodación para este congreso pagados por semFYC Gastos de desplazamientos para acudir a reuniones del grupo de ética pagados por camfic
Información sobre relaciones financieras relevantes externas a la actividad en el último año (honorarios, contratos, viajes, etc.)	Talleres y cursos sobre temas relacionados con la ética (en docencia e investigación) Investigación: Becas recibidas de FIS (estudio TRANCE) y Comunidad Europea (estudio Happy Audit). Equipamientos de pruebas rápidas proveídos por Axis-Shield, Genzyme, Leti y Orion Diagnostica. Acomodación y viajes por reuniones del estudio Happy Audit y por Leti. Miembro científico del estudio INURA Docencia: ponencias para Live-Med
Información sobre relaciones financieras que tienen cónyuge e hijos menores de 18 años	Ninguno
Información sobre asociaciones no financieras relevantes	Miembro de ética de camfic

Esquema

- Ética, morales y niveles de conciencia: moral del discente, moral del docente, moral profesional y moral de la organización
- Principios de la bioética en la formación de médicos
- El buen docente según las *Good Medical Practices* (RCGP 2002, *General Medical Council* 2006)
- Casos para el debate

Moral

- Mos, moris: hábito, costumbre
- Conjunto de valores, principios y normas que orientan nuestras acciones
- Adhesión a unos valores y normas utilizamos para juzgar las acciones como correctas/incorrectas
- “Qué debo hacer”

Ética

- *Ethos*: carácter, personalidad de quien posee determinados hábitos/costumbres por los que se caracteriza su forma de obrar
- Reflexión crítico-racional sobre las morales con el objetivo de que las personas adquieran un carácter/personalidad
- Existen morales (acríticas) que no ayudan a forjar carácter
- “Por qué debo hacerlo”

Evolución de la conciencia moral (individual y/o social)

- Piaget, Kohlberg, 1992.
- Psicología del desarrollo moral

Nivel 1. Preconvencional

- Infantil. Egocéntrica. Hedonista
- Acción correcta = placer personal
- Lo bueno place, lo malo disgusta
- Ética = estética

Nivel 2. Convencional

- Adolescencia. Acogida por un grupo
- Bueno = socialmente aceptado
- Convenciones necesarias para ser acogido por el grupo
- Moral básicamente social

Nivel 3. Postconvencional

- Madurez. Crítico-racional
- Bueno = querido como ley universal
- Adhesión autónoma a una moral determinada después de una reflexión ética
- Sólo llega el 30% de la población en una sociedad democrática

Conciencia moral del docente

- Sólo si es crítico podrá adoptar una actitud crítica y formar morales postconvencionales
- No es aceptable éticamente considerar calidad docente:
 - “lo que me gusta enseñar”
 - “lo que hay en el programa”

Puntos a recordar

- No hay ética sin moral
- Hay morales inmorales (injustas, acríticas, impuestas...)
- Una ética de la docencia debe afrontar la convivencia de distintas morales
- Finalidad de la docencia: generar seres autónomos que lleguen a ser buenos profesionales

Morales a enseñar al residente

- Moral personal postconvencional (¿cómo llega?)
- Moral profesional
- Moral social
- Moral organizacional
- ¿Por qué tanto?

**No se puede enseñar una virtud
al margen de las otras**

Axioma aristotélico de la unidad de virtudes

Principios de bioética en la formación de médicos

- La importancia social de la formación de nuevos médicos
- La ausencia de beneficio (y posibilidad de daño) para el paciente individual de la actividad docente
- La escasa atención que merece este dilema (ni aparece en el código deontológico)

Principios de bioética en la formación de médicos

- Habitualmente, los pacientes desconocen la cualificación y experiencia de quien les está atendiendo
- No existen guías o normativas sobre la participación del personal en formación en la mayoría de centros docentes
- Paralelismo moral con la investigación: se pide al individuo que participe en beneficio de la sociedad, no en el suyo propio

Principios de bioética en la formación de médicos

- En la docencia y la investigación, hay que:
 - Ponderar escrupulosamente el beneficio para la sociedad y los individuos participantes con el perjuicio para los participantes
 - Evitar la distribución injusta de riesgos y beneficios
 - Mantener la autonomía del paciente

Teóricos morales

- **Utilitarismo**

El daño a un individuo (el paciente) es aceptable si es en beneficio de un grupo mayor (otros pacientes)

- **Imperativo categórico**

La persona es un fin en si misma, nunca un medio; usar a una persona como medio, en este caso, para enseñar, es moralmente inaceptable

Respeto por las personas

- El ser humano tiene una dignidad que debe ser respetada: usarlo como medio para otro fin sin su consentimiento viola este principio fundamental
- Muchos estudios muestran que en la práctica de la formación médica no se respeta este principio
- Necesidad de procedimientos que aseguren el consentimiento informado. No basta con un “ya saben que este es un centro docente”

Beneficencia y no maleficencia

- Entendida desde la negativa a infligir un daño hasta la obligación de hacer el bien
- Decidir, antes de pedir participación del paciente, si el balance riesgo/beneficio la justifica. Si es así, minimizar los riesgos (supervisión?)
- Los pacientes parecen estar dispuestos a participar en la docencia por altruismo más que por percibir beneficio propio (deber de beneficencia más estricto)

Justicia

- Las cargas sociales de la formación de médicos no están justamente distribuidas
- Algunos grupos de pacientes tienen más probabilidad de ser atendidos por un médico en formación
- Si un paciente no puede escoger o no se le pide consentimiento, se está violando el principio de justicia distributiva

Condiciones para aceptar una vulneración de algún derecho (de paciente o residente)

- Objetivo moral realista y honestidad de intención
- Ausencia de una alternativa para alcanzar los mismos resultados
- Obligación moral de causar el menor daño posible
- Obligación de minimizar los efectos negativos de la vulneración del derecho

Enseñar y entrenar, valorar y evaluar

- Good Medical Practices. RCGP 2002.
- General Medical Council, 2006

Requisitos del docente

- Estar dispuesto a contribuir a la educación de estudiantes y compañeros
- Desarrollar habilidades, actitudes y prácticas de un maestro competente
- Asegurar que los estudiantes y colegas junior están bien supervisados
- Honestidad y objetividad en la valoración de la práctica de cualquier médico, incluidos los que hemos supervisado o entrenado

Responsabilidades

- Importancia del ejemplo
- Prestar una atención de alta calidad es un atributo de un buen docente
- Asegurar la protección de la atención al paciente: supervisión en función de experiencia y habilidades; acceso adecuado a consejo y ayuda
- Asegurar la disponibilidad de recursos: p.ej. a información científica

Responsabilidades

- Comunicar al paciente la presencia de un observador en la consulta y pedir consentimiento (antes y durante la consulta)
- Informar al paciente de la situación de “médico en formación” de la persona que lo atiende; darle la oportunidad de solicitar atención por un senior
- La evaluación formativa es una parte importante del papel de maestro: hacerla de forma completa, rigurosa y honesta

El excelente *GP teacher*

- Compromiso personal de enseñar y aprender
- Dispuesto a desarrollarse profesionalmente con la formación continuada, el audit y el peer-review
- Se asegura de la ausencia de riesgo para sus pacientes cuando hay personas en formación
- Entiende los principios y la teoría de la formación y usa métodos de enseñanza adecuados a los objetivos
- Usa evaluaciones formativas y planes educativos
- Participa honestamente en la evaluación de los discentes

El inaceptable *GP teacher*

- Pone en riesgo a sus pacientes dejando que el discente practique por encima de su nivel de competencia
- No se toma en serio sus responsabilidades docentes
- No proporciona apoyo personal o formativo al discente, y no tiene habilidades adecuadas para enseñar
- Utiliza métodos inapropiados y no realiza evaluaciones para identificar las necesidades de formación
- Realiza juicios sesgados o tiene prejuicios al evaluar a los discentes
- No emprende las acciones necesarias cuando la práctica del discente es inadecuada

Casos para el debate

En la UDMFyC se ha decidido incluir la videograbación de la consulta como método obligatorio de evaluación de sus residentes. Uno de los residentes se niega a ser videograbado y argumenta que en otras zonas de la misma UDMFyC no se utiliza este sistema. Diversos tutores plantean dudas relativas al respeto a la intimidad y a la utilización del material grabado

Caso de videograbación

- Respeto a la intimidad y a la dignidad (derechos fundamentales)
- Deber de secreto (código penal)
- Beneficencia (residente) vs. vulneración de la intimidad (paciente y residente)

Caso de videograbación

- El objetivo moral (enseñar entrevista clínica), ¿es realista y existe honestidad de intención?
- ¿Existe otra alternativa para enseñar entrevista clínica?
- ¿Cómo podemos causar el mínimo daño al paciente y al residente?
- ¿Qué vamos a hacer para minimizar los efectos negativos?

Otras dudas en el caso de la videograbación

- ¿De quién es el material? ¿Qué papel tiene la organización en el proceso?
- ¿Forma parte de la historia clínica?
- ¿Quién tiene la responsabilidad de la custodia?
- ¿Y si el paciente pide una copia?
- ¿Y si el residente pide una copia?
- ¿Y si uno de los dos pide que se destruya y el otro no lo acepta?

El tutor está en la consulta con el residente. Durante una de las visitas, se debe realizar un tacto rectal a un paciente. El tutor le propone al residente que lo haga primero

Caso del tacto rectal

- El objetivo moral (enseñar a hacer un tacto rectal), ¿es realista y existe honestidad de intención?
- ¿Existe otra alternativa para enseñar a hacer un tacto rectal?
- ¿Cómo podemos causar el mínimo daño al paciente y al residente?
- ¿Qué vamos a hacer para minimizar los efectos negativos?

Puntos a comentar en este caso

- Vulnerabilidad y consentimiento
- Respeto a la negativa
- Posibilidad de tratar al paciente como maestro, no como objeto de enseñanza
- Aprovechar para enseñar algo más que el procedimiento (respeto, consentimiento...)
- Creatividad para encontrar alternativas

Paciente que acude al CS por programación de infiltración por espolón. Su médico le explica en qué consiste el procedimiento y le pide su consentimiento verbal. La paciente, una vez preparada, observa cómo su médico le pide al R3 que le haga la infiltración. La paciente se niega y solicita que sea su médico quien la realice. Ella le explica que se trata de un CS docente. El R3 se prepara a regañadientes a hacer la infiltración (¡¡¡es su primera infiltración!!), pero la paciente insiste que lo haga su médico de cabecera

Necesidades formativas vs. Atención adecuada al paciente

- Relación de confianza con la paciente. ¿Se proporciona de forma honesta la información? ¿Se le pide su consentimiento para que sea el residente quien le haga el procedimiento?
- Respeto por la autonomía del paciente. ¿Tienen los pacientes derecho a no ser atendidos por residentes?
- Relación de poder del médico a su residente. ¿Competencia del residente? ¿Accede voluntariamente el residente a realizar el procedimiento?

Necesidades formativas vs. Atención adecuada al paciente

- Relación del residente con el tutor. ¿Informa el residente de su competencia a la tutora? ¿Le comenta si se siente con confianza?
- Relación entre paciente y el médico en formación. ¿Conoce la paciente que se trata de un médico en formación? ¿Compromete futuros contactos de la paciente en el centro de salud cuando la tutora no esté?

Hay que enviar un trabajo para el próximo congreso. Para ello, se idea en un CS docente un trabajo para conocer la efectividad de poner agua oxigenada mezclada con agua para quitar los tapones de cera y se compara con los cerumenolíticos (grupo control). Aunque no se trata de un ensayo clínico aleatorio, invitan a los pacientes asignados al grupo intervención a firmar un consentimiento informado. Una de las pacientes del grupo intervención acude por una perforación timpánica; en la entrevista se constata que no lo mezclaba con agua...

Puntos a comentar en este caso

- ¿Es útil realizar un estudio de estas características? ¿Cuál es el objetivo final del trabajo? Puntos para las opos, ganar conocimiento
- ¿Existe una alternativa al trabajo?
- ¿No tiene que pasar un Comité de Ética?
- ¿Consentimiento sólo para unos cuantos?
- ¿Se respeta la autonomía del paciente para incluirlo en el estudio?
- ¿Cómo minimizar los riesgos?

Requisitos éticos que deben regir la investigación

- Interés científico o social
- Validez científica
- Selección justa de los sujetos
- Razón beneficio-riesgo favorable
- Evaluación independiente
- Consentimiento informado
- Respeto por los participantes

Interés científico o social

- Debe evaluar una intervención diagnóstica o terapéutica que pueda mejorar la salud o el bienestar de los individuos o de la sociedad
- Los resultados tienen que poderse diseminar
- La sociedad debe ganar conocimiento aunque los resultados sean negativos
- La intervención que se estudia tiene que implementarse
- Razones que lo justifican: uso finito de recursos, evitar la explotación

Validez científica

- Objetivos claramente definidos
- Metodología rigurosa
- Diseño metodológico adecuado para los objetivos
- Potencia aceptable del estudio
- Análisis de datos creíble
- En ensayos clínicos debe garantizarse el *equipoise*
- Razones que lo justifican: uso finito de recursos, evitar la explotación

Equipoise

Éticamente se justifica un estudio para decidir la mejor opción médica cuando:

- En presencia de alternativas aparentemente equivalentes
- Hay incertidumbre sobre el valor de una cosa sobre otra
- Cuando la comunidad médica discrepa en la interpretación de la evidencia disponible

Selección justa de los sujetos

- Estrategia clara en el reclutamiento de sujetos (sujetos vulnerables vs. sujetos privilegiados)
- Criterios de inclusión y exclusión claramente definidos
- Los resultados de la investigación se tienen que poder generalizar al mayor número de sujetos
- La eficiencia no debe anular la justicia en el reclutamiento de sujetos

Razón beneficio – riesgo favorable

- Justificar la pertinencia de la investigación:
 - Minimizar los posibles riesgos físicos y psíquicos
 - Maximizar los posibles beneficios
- Alerta con “beneficios extra-estudi”:
 - Pago por la participación
 - Provisión de otros servicios sanitarios

Evaluación independiente

- Cualquier proyecto de investigación debería pasar una evaluación independiente o un Comité Ético de Investigación Clínica
- El Comité de Ética debería asegurar todos los principios éticos que tiene que cumplir la investigación

Consentimiento informado

- Requisito ético y jurídico básico
- Proceso escrito o grabado
- Debe ser continuado
- Voluntariedad
- Información suficiente: objetivo, naturaleza del estudio, riesgos y beneficios, rol de los distintos profesionales
- Información comprensible
- Rol de los tutores o representantes legales

Respeto por los participantes

- El respeto debe ser continuado
- Respeto por la intimidad de las personas
- Asegurar el bienestar de los pacientes
- Respeto por un posible abandono del paciente
- Dar cualquier información a los pacientes sobre el tema de investigación y sus resultados

¹Weijer C, et al. *CMAJ* 1995;152:1973-80.

²Emanuel EJ, et al. *JAMA* 2000;283:2071-11.

Check list de criterios éticos para hacer un estudio

- ¿Ha pasado una evaluación independiente o lo ha aprobado un Comité de Ética?
 - ¿Es el objetivo relevante/importante para atención primaria?
 - ¿Se trata de un estudio original?
 - ¿Justifican los riesgos de la investigación que éste se haga?
 - ¿Se comunica el apoyo financiero para hacer el estudio?
 - ¿Se pide el consentimiento informado por escrito al paciente, se comprueba su comprensión y se respeta su voluntariedad?
 - ¿Se especifican los criterios de inclusión y exclusión?
 - ¿Se asegura la validez externa del estudio y son verosímiles las posibles interpretaciones causales?
-

Check list de criterios éticos para hacer un estudio

¿Se invita a participar de forma equitativa a los pacientes susceptibles de entrar en el estudio?

Si es el caso, ¿se cumple el principio de *equipoise*?

¿Es la potencia del estudio razonable?

Si se puede, ¿se plantea una hipótesis unilateral?

¿Se protege la intimidad de los participantes y se garantiza el anonimato y confidencialidad de los datos?

¿El protocolo salvaguarda que en los resultados se registren todos los participantes y sus resultados individuales?

¿Tienen los investigadores acceso a todos los datos del estudio y libertad absoluta para publicar sus resultados?

El residente nos comenta que el técnico de salud (que ha procesado los datos de su trabajo de investigación) le exige figurar como autor en las comunicaciones y eventuales publicaciones que se deriven del trabajo. Él no está de acuerdo porque “prácticamente no ha hecho nada” y, además, ya ha quedado con los otros residentes para ponerse todos en todos los trabajos...

Puntos a comentar en este caso

- ¿Para qué se hacen los trabajos?
- ¿Quién tiene que figurar en los trabajos?
- ¿Qué implica ser autor de un trabajo?

Autoría

- No todos los que participan en un trabajo tienen que ser autores
- Los autores deben haber realizado una contribución significativa en el trabajo (diseño del estudio, análisis e interpretación de los datos, aprobación final del trabajo)
- La autoría debe resolverse antes del inicio del trabajo
- Los autores han de saber defender el trabajo en público
- Fraude común: *guest authorship* y *ghost authorship*

En la UDMFyC se organiza cada año una cena para despedir a la promoción de residentes que finaliza su período de formación. La cena está financiada en su totalidad por la industria farmacéutica. Nos planteamos si es correcto acudir

Puntos a comentar en este caso

- ¿Hay alguna alternativa a una cena pagada por la industria?
- ¿A qué nos predispone aceptar una cena financiada por la industria farmacéutica?
- Currículum oculto del tutor vs. Currículo explícito. ¿Qué valores enseñamos a nuestros residentes?
- ¿Explicarías a tus pacientes que acudes a una cena pagada por la industria?
- ¿El hecho que se haga habitualmente implica que debe seguir haciéndose?

Nos encontramos ante la hoja de evaluación anual de nuestro R1, que escogió MFyC “porqué no había nada más”. A pesar de nuestras repetidas advertencias, el residente ha llegado sistemáticamente tarde al CS. Ha aprovechado todas las oportunidades para ausentarse de la consulta. Ha mostrado un escaso interés por las sesiones docentes, no ha realizado las tareas encargadas...
¿Qué debemos hacer con la evaluación?

En un Centro de Salud docente una de las tutoras está embarazada. Después del permiso de maternidad tiene intención de acogerse a una reducción de jornada. La directora del CS plantea que el residente, que ya será R4, se haga cargo de la consulta de la tutora en lugar de contratar un médico sustituto. El coordinador docente tiene sus dudas...

Una paciente solicita ser atendida por “su médico”, no por el residente, que se ocupa de las visitas que no tienen cita concertada. El administrativo le informa que “éste es el médico que hoy atiende las urgencias”. Puede pedir una visita concertada para su médico, “pero no le puedo garantizar que sea él quien le atienda”

El trabajo de investigación de uno de los residentes implica acceder a datos de pacientes, tanto de su tutor como del resto de médicos del CS, a través de la HC informatizada. Después de una sesión de ética, el residente le plantea a su tutor si es correcto acceder a datos de los pacientes sin su consentimiento

En la UDMFyC los tutores debemos realizar una valoración anual del residente que requiere puntuar aspectos relacionados con su actitud y comportamiento. Nos planteamos qué hacer con la valoración de nuestro R2, al cual sólo hemos visto en tres ocasiones durante el año (para las entrevistas de seguimiento)

El responsable de docencia de un CS está preocupado. Uno de los tutores, acreditado hace años, muy buen profesional asistencial y muy bien puntuado por los residentes a lo largo de los años, no cumple los criterios de reacreditación en los apartados “formación sobre metodología docente” e “investigación”. Dice que, si a estas alturas no ha acreditado su capacidad, prefiere dejarlo