



ORIGINAL

Conflictos éticos en el aprendizaje de los médicos internos residentes de Medicina Física y Rehabilitación

M.A. González-Viejo, A. Gómez-Garrido*, R. Arroyo-Aljaro, A. Ruiz-Eizmendi y P. Peret-Hernández

Servicio de Rehabilitación, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España

Recibido el 30 de diciembre de 2009; aceptado el 31 de mayo de 2010

Disponible en Internet el 8 de julio de 2010

PALABRAS CLAVE

Bioética;
Rehabilitación;
Aprendizaje;
Posgraduado

Resumen

Objetivo: Intentar identificar el lugar que ocupa el concepto ético en la actuación diaria de los médicos internos residentes (MIR) de Medicina Física y Rehabilitación.

Material y método: Se realizó un estudio prospectivo en el que participaron 13 MIR de Medicina Física y Rehabilitación con el objetivo de identificar los conflictos éticos que pueden producirse durante el aprendizaje de la especialidad. Realizamos un documento para el análisis de las habilidades éticas que consistía en 10 casos clínicos de situaciones habituales en rehabilitación. Todas las preguntas tenían cinco respuestas posibles en las que se incluían los indicadores para la evaluación de la ética médica. Las respuestas podían ser: a) respeto o actitud basada en los principios de autonomía, beneficencia, ausencia de maleficencia y justicia; b) evasión en la que se subroga el compromiso de actuar a una autoridad o a otros colegas, y c) falta de respeto, que es la ausencia de respeto a la autonomía del paciente, las actitudes no beneficiantes, la maleficencia o la injusticia.

Resultados: Sobre un rango máximo total de todos los participantes de 1.300 puntos se obtuvieron 1.008,5 puntos, lo que significa el 77,6% y está situado en el mejor cuartil.

La media del grupo fue de 25,2 puntos (desviación estándar de 2,8) con un rango situado entre 22,5–27,1 puntos. Las preguntas con resultados más inadecuados fueron la 8 y la 9, referidas a la falta de colaboración del paciente y a las actitudes inadecuadas de otros profesionales del equipo multidisciplinario de rehabilitación.

Conclusión: El estudio indica la necesidad de institucionalizar programas de formación específicos para los MIR en el apartado ético.

© 2009 Elsevier España, S.L. y SERMEF. Todos los derechos reservados.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: albagomez40528@gmail.com (A. Gómez-Garrido).

KEYWORDS

Bioethics;
Rehabilitation;
Training;
Postgraduate

Ethical conflicts in training of the medical residents of Physical Medicine and Rehabilitation

Abstract

Objective: To attempt to identify the place occupied by the ethical concept in the daily performance of resident physicians (RP) of Physical Medicine and Rehabilitation (PMR).

Material and methods: A prospective study involving 13 RP of PMR was performed in order to identify the ethical conflicts that may occur during the specialty training. We elaborated a document for the analysis of ethical skills, which consisted of 10 clinical cases of common situations in Rehabilitation. All the questions had 5 possible answers that included indicators for the evaluation of medical ethics. The answers could be: a) Respect or attitude based on the principles of autonomy, beneficence, non-maleficence and justice, b) avoidance in which commitment to act is subrogated to an authority or other colleagues, c) lack of respect, which is the absence of respect of the patient's autonomy, non-beneficence, maleficence or injustice attitudes.

Results: On a total maximum range for all the participants of 1300 points, 1008.5 points were obtained. This accounts for 77.6%, which would be located in the best quartile. The group average was 25.2 points (SD 2.8), with a range located between 22.5 and 27.1 points. The questions having the most inadequate results were numbers 8 and 9, concerning lack of patient cooperation and inappropriate attitudes of other professionals in the multidisciplinary rehabilitation team.

Conclusion: The study indicates the need to institutionalize specific training programs for the Resident Physician within the ethics section.

© 2009 Elsevier España, S.L. and SERMEF. All rights reserved.

Introducción

La dimensión moral es inherente y consustancial con la práctica de las profesiones sanitarias. Al iniciar los años de práctica clínica en las instituciones hospitalarias, los médicos internos residentes (MIR) siguen siendo sujetos morales en formación, continuando con los procesos que han ido adquiriendo desde la infancia, en la familia y durante la formación escolar y universitaria.

Los MIR inician su práctica clínica con un legado de máximas deontológicas aprendidas durante los años de la universidad, presentándose ante ellos los conflictos éticos, la iatrogenia y la mala praxis, que contrastan con estos principios. Se enfrentan con una realidad que suele resultar contradictoria y difícil, es un fenómeno que explica Kay¹ y denomina desidealización traumática. Este autor utiliza este concepto para hablar del impacto generado por la frustración, la desilusión, los malos entendidos y las irritaciones que los profesionales, en este caso los MIR, viven de forma continua durante su práctica clínica diaria. Para este autor existe en todas las personas una necesidad de afirmación, tanto en la niñez como en la edad adulta, que se ve reforzada adoptando modelos idealizados que actúan como referentes de sí mismo.

Otros autores² han descrito el efecto de la exposición de los MIR a eventos antiéticos realizados por médicos de mayor jerarquía e incluso teniendo que participar en ellos, influyendo en la formación o en la deformación de sus sistemas de valores y en la creación de sus códigos de ética, generándoles una lucha interna que los confronta como sujetos y profesionales con el medio hospitalario.

Lyoid³ ya definía en 1983 que el ambiente hospitalario era un ambiente hostil, en el que existe también un ámbito

positivo como es contribuir al aprendizaje de otros médicos que están en formación, los estudiantes de medicina y los MIR, y a la formación continuada de otros compañeros y del resto del personal sanitario².

Es importante la preocupación y la reflexión que existe, cada vez con mayor intensidad, en la mejora de la actuación moral de las acciones profesionales de los médicos^{4,5}, dando muestra de ello el aumento de la literatura médica referente a la ética médica o a la bioética^{6,7}, tanto en las revistas especializadas en este campo como en las revistas generales de difusión de conocimientos científicos médicos y también en las específicas de las distintas especialidades médicas⁸⁻¹³.

Dentro de los objetivos de la formación de los MIR uno muy importante sería adquirir un profundo sentido ético e ir asumiendo las responsabilidades asistenciales de forma progresiva para el cuidado de los pacientes. Por tanto, la enseñanza de la ética debería ser uno de los objetivos de los tutores asistenciales, así como ayudar a la resolución de los conflictos éticos, que sin dudar van a aparecer durante la práctica clínica asistencial¹⁴.

El objetivo de nuestro estudio es identificar los conflictos éticos que pueden producirse en el aprendizaje de los MIR de Medicina Física y Rehabilitación (MFR) y expresar a esta comunidad la necesidad de institucionalizar programas de formación específicos para los MIR en el campo de la bioética.

Material y método

Se realizó un estudio prospectivo en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Vall d'Hebron de Barcelona en el período comprendido entre julio y noviembre de 2007. Dicho servicio está acreditado docentemente

Tabla 1 Cuestionario

Pregunta 1. Varón de 19 años de edad, repartidor de pizzas, con el diagnóstico de lesión medular completa ASIA A nivel C6, con un tiempo de evolución de 2 meses. El paciente no tiene información sobre el pronóstico funcional para lograr la marcha, los padres le piden al médico que no le haga comentarios sobre esto. ¿Usted que haría?

1. Acepta la decisión de los padres y no le da la información al paciente.
2. Refiere al paciente a otro servicio para que le informen.
3. Utiliza «mentiras piadosas», alentando esperanzas al paciente de la recuperación de la marcha después del tratamiento.
4. Convencería a los padres asegurando la información al paciente.
5. Hace caso omiso de la decisión de los padres y da la información al paciente.

Pregunta 2. Paciente varón de 65 años de edad, con antecedentes de diabetes mellitus de 25 años de evolución y retinopatía diabética diagnosticada hace dos años. Acude a la unidad de prótesis con el diagnóstico de amputación supracondílea del miembro inferior izquierdo. A la exploración física se encuentra discapacitado en silla de ruedas con hallazgos clínicos que nos indican no ser candidato para la prescripción de una prótesis por presentar angor de esfuerzo y cardiopatía isquémica. Se informa al paciente y a los hijos, pero ellos exigen que se le prescriba la prótesis, ya que cuentan con los recursos económicos para comprarla. ¿Usted que haría?

6. Acepta la decisión de los hijos y le indica la prótesis.
7. Los envía con el jefe de unidad para que él decida.
8. Se les informa sobre las indicaciones y sobre las contraindicaciones de una prótesis y lo ingresa para un tratamiento hasta lograr su independencia.
9. Se niega a la petición y lo da de alta.
10. Lo ingresa para un tratamiento hasta lograr su independencia con el uso de una prótesis.

Pregunta 3. Mujer de 44 años de edad con metástasis de carcinoma de mama en la columna lumbar. A la exploración muestra una reducción ponderal, con peso de 45 kg, tegumentos pálidos y con monoparesia del miembro inferior izquierdo. Se programa para terapia física a la que no acudió, por lo que se le da de baja del servicio. Ella argumenta que no acudió por falta de recursos económicos y solicita que se le vuelva a programar, pero su condición física se ha deteriorado y se ha detectado en el estudio mediante una RM la presencia de una fractura por acuñamiento en la T12 y en la L3, con una pérdida de la altura de más del 50% en la L3. ¿Usted que haría?

11. Inmediatamente le da de alta.
12. Le indica un tratamiento sin comentar su pronóstico.
13. Le comenta que no existen objetivos de rehabilitación por su patología de fondo.
14. Le informa que los objetivos de la terapia solo son para mejorar la calidad de vida y la ingresa para un tratamiento.
15. La refiere al servicio de traumatología para que se valore su ingreso.

Pregunta 4. Varón de 49 años de edad, técnico de empleo, casado con 3 hijos, con el diagnóstico de esclerosis lateral amiotrófica de 5 meses de evolución, actualmente con trastornos motores de los miembros superiores e inferiores; su perfil psicológico expresa una depresión reactiva leve. Al proporcionarle información sobre el pronóstico de la enfermedad se niega a recibir un tratamiento rehabilitador, argumentando que no tiene objeto recibirlo, dado el pronóstico de la enfermedad. La esposa le pide a usted que lo convenza para recibir el tratamiento. ¿Usted que haría?

16. Habla con el familiar para dar apoyo al paciente con el fin de tomar una decisión correcta dado el proceso de pérdida en que se encuentra.
17. Llama al psicólogo para que lo declare incompetente para decidir.
18. Envía al paciente con su jefe para que él tome una decisión.
19. Habla con el paciente para que le explique a la esposa su decisión.
20. Convince al paciente para asistir a la terapia con mentiras piadosas.

Pregunta 5. Paciente varón de 55 años de edad con el diagnóstico de hemiparesia facio braquiocrural izquierda de 2 años de evolución. Fue tratado en el servicio al inicio de su proceso y fue dado de alta por máxima mejoría. Por el tiempo de evolución actualmente no es candidato para ingresarlo para un tratamiento, el paciente y el familiar exigen su ingreso para terapia. ¿Usted que haría?

21. Trata de bloquear el ingreso mediante trabas administrativas.
22. Les explica que no es candidato para recibir la terapia y le da un programa de enseñanza en la casa.
23. Acataría la decisión de los familiares.
24. Lo da de alta sin dar explicaciones.
25. Lo envía con el jefe de unidad para que él decida.

Tabla 1. (continuación)

Pregunta 6. Mujer de 30 años de edad con el diagnóstico de esguince cervical por accidente de trabajo, tratada en el servicio de rehabilitación con 30 sesiones, con evolución favorable se le da de alta, pero la paciente refiere dolor ocasional y solicita más tratamiento. ¿Usted que haría?

26. La ingresa a terapia y le mantiene la incapacidad.
27. La envía a medicina del trabajo para que la valore.
28. Le informa ampliamente sobre sus condiciones actuales y le da de alta.
29. Le dice que su médico de familia puede darle la baja.
30. Le continúa el tratamiento en horario extralaboral.

Pregunta 7. Mujer de 37 años de edad que posteriormente a la presentación de un absceso dental derecho al que le realizan cirugía presenta un paro cardiorrespiratorio, con posterior estado de coma. Enviada al servicio para un tratamiento acude en camilla impulsada por un familiar, a la exploración física se encuentra consciente, pero desorientada temporoespacialmente, con el tono aumentado y con sinergia flexora en 4 extremidades, hiperreflexia, no presenta úlceras por decúbito y no hay control de esfínteres anal y vesical.

El familiar exige que se la ingrese para un tratamiento hasta su total mejoría. ¿Usted que haría?

31. La da de alta del servicio y le explica que no es candidata a rehabilitación.
32. Intenta convencer al familiar, exagerando supuestos beneficios del tratamiento en la casa.
33. Envía al familiar con el jefe de la unidad para que decida.
34. Informa sobre las indicaciones y sobre las contraindicaciones del tratamiento dentro y fuera del servicio, y que el pronóstico no se va a modificar a pesar de realizar un tratamiento con ingreso.
35. Acepta la decisión del familiar y la ingresa por temor a represalias.

Pregunta 8. Mujer de 55 años de edad con el diagnóstico de probable polineuropatía diabética, pendiente de descartar con estudio de electromiografía. Durante la realización del estudio neurofisiológico la paciente se muestra irritable y poco colaboradora. De acuerdo con su criterio, el resultado del estudio no es fiable por la falta de colaboración de esta. Usted le informa que es necesario repetir el estudio, pero la paciente se niega. ¿Usted que haría?

36. La citaría nuevamente para realizar el estudio sin dar explicaciones.
37. Acepta la decisión de la paciente y no lo repite.
38. Le explica la relevancia del estudio para confirmar el diagnóstico de envío.
39. Le sugiere la realización del estudio con otro médico.
40. La envía con el jefe de la unidad para que él decida.

Pregunta 9. Paciente mujer de 30 años de edad con el diagnóstico de fractura distal de tibia y peroné izquierdo, tratada quirúrgicamente con colocación de placa y clavos más injerto óseo. A la exploración física realiza marcha independiente, ayudándose de muletas axilares, con limitación para la flexión dorsal, inversión y eversión del tobillo, presencia de edema bimaleolar y cicatriz quirúrgica adherida a los planos profundos. Se trata con calor superficial, movilizaciones y ejercicios de fortalecimiento muscular y durante la consulta subsecuente usted nota una quemadura superficial en la región afectada. Usted se informa y llega a la conclusión de que fue por un descuido del terapeuta y que es una iatrogenia. ¿Usted que haría?

41. Informa que está publicado en los libros la posibilidad de esta complicación.
42. Modifica el tratamiento sin dar explicaciones.
43. No le da importancia y no menciona nada al paciente.
44. Informa al paciente la causa de la quemadura.
45. Habla con el jefe de la unidad sobre el caso.

Pregunta 10. Varón de 19 años de edad que sufre una quemadura por descarga eléctrica en la mano derecha con punto de salida en el antebrazo izquierdo. Precisa una amputación del antebrazo derecho y una colocación de injertos en el antebrazo y en la mano izquierda. A la exploración física presenta arcos articulares conservados en el hombro y en el codo derecho, con presencia de un muñón infracondileo cilíndrico de 9,5 cm de longitud, con buena fuerza muscular y pulsos presentes. Se le realiza un estudio de electromiografía para una valoración del daño neurológico en el miembro superior izquierdo, informándose de la presencia de una neurometosis de los nervios mediano y cubital. Tiene educación escolar hasta la primaria y su ocupación es de albañil. Él desea saber sobre las posibilidades de recuperación. Al proporcionar la información cómo lo haría, conociendo que su pronóstico es malo para las AVD y para las actividades laborales, con discapacidad severa para miembros superiores

46. Le informa sobre las posibilidades reales de recuperación y los posibles tratamientos.
47. Le informa que presentará mejoría total con el tratamiento.
48. Le informa destacando solo las posibilidades de evolución desfavorable.
49. Le informa destacando solo las posibilidades de evolución favorable.
50. Le informa que por el momento no puede dar un pronóstico del padecimiento.

para la formación de 4 MIR por año. Dispone de camas para el ingreso de los pacientes afectados de lesión medular aguda, daño cerebral adquirido, secuelas orzoarticulares y mielomeningocele, y consultas externas para las patologías habituales en rehabilitación.

Para realizar dicho estudio utilizamos la técnica de investigación grupal focal, que es una investigación cualitativa estructurada, en la que se definió quiénes participaban y qué se preguntaba, para finalmente realizar un análisis de las respuestas de los participantes. Se utilizó como modelo un estudio semejante¹⁵.

Elaboramos un documento para el análisis de las habilidades éticas con 10 casos clínicos relativos a las situaciones habituales dentro de la Medicina de Rehabilitación. Todos tenían cinco posibles respuestas de actuación en cada caso (tabla 1), en las que se incluían las posibilidades de indicadores para la evaluación de la ética médica. Las respuestas podían ser las siguientes:

1. Respeto o actitud basada en los principios de autonomía, beneficencia, ausencia de maleficencia y justicia, es decir, de respeto a los derechos del paciente y del médico, que se valoró con 10 puntos. Las respuestas que se referían al respeto dentro del número total eran 10, numeradas como 4, 8, 14, 16, 22, 28, 34, 38, 44 y 46, que significan el 20% de las respuestas.
2. Evasión, en la que se subroga el compromiso de actuar a una autoridad o a otros colegas, que se valoró con 5 puntos. Las respuestas que se referían a la evasión eran 11, numeradas como 2, 7, 15, 18, 25, 27, 29, 33, 40, 45 y 50, y significaban el 22% de las respuestas.
3. Falta de respeto, que es la ausencia de la actitud de respeto, es decir, la falta de autonomía y de beneficencia, maleficencia o injusticia, que se valoró con 0 puntos.

Las respuestas que se referían a la falta de respeto son 29, las numeradas como 1, 3, 5, 6, 9–13, 17, 19–21, 23, 24, 26, 30–32, 35–37, 39, 41–43 y 47–49, y significaban el 58% de las respuestas.

El criterio de inclusión fue la participación de los MIR de MFR. El número de participantes incluidos fueron 13, todos los MIR propios del servicio y un MIR de otro hospital que estaba realizando una rotación externa en el servicio, repartidos de la siguiente manera: tres MIR de primer año, tres MIR de segundo año, cuatro MIR de tercer año (MIR3) y tres MIR de cuarto año (MIR4). La aplicación instrumental se efectuó de forma anónima, pidiéndoles que dijeran qué año de MIR eran. Solo podían dar una respuesta en cada caso clínico.

La recogida de datos se efectuó por parte de tres MIR (RAA, ARE, PPH), firmantes del estudio.

Resultados

La edad media de los MIR participantes en el estudio fue de 28,5 años (desviación estándar [DE] de 4,3), con un rango que oscila entre 24–41 años, 9 del sexo femenino y 4 del sexo masculino.

La tabla 2 relaciona las preguntas con el nivel del MIR, y se observa que las preguntas 8 y 9 son las que más conflictos éticos plantean a todos los niveles de MIR estudiados. En las

Tabla 2 Resultados de las preguntas por año de residencia

Pregunta Respuesta	MIR1	MIR2	MIR3	MIR4
1. Negación de la información				
Falta de respeto	0	0	0	0
Evasión	0	0	0	0
Respeto	3	3	4	3
2. Conflicto de la prescripción				
Falta de respeto	0	0	0	2
Evasión	0	0	0	0
Respeto	3	3	4	1
3. Falta de recursos				
Falta de respeto	0	1	0	0
Evasión	0	0	1	1
Respeto	3	2	3	2
4. Mal pronóstico				
Falta de respeto	0	0	0	0
Evasión	0	0	0	0
Respeto	3	3	4	3
5. Futilidad terapéutica				
Falta de respeto	0	0	0	0
Evasión	0	0	0	0
Respeto	3	3	4	3
6. Prolongación innecesaria del tratamiento				
Falta de respeto	0	0	0	0
Evasión	0	1	0	0
Respeto	3	2	4	3
7. Ingreso innecesario				
Falta de respeto	0	0	0	0
Evasión	1	0	0	0
Respeto	2	3	4	3
8. Negativa del paciente a la repetición de la prueba				
Falta de respeto	1	0	0	2
Evasión	0	0	0	0
Respeto	2	3	4	1
9. Mala praxis				
Falta de respeto	1	1	3	3
Evasión	2	1	1	0
Respeto	0	1	0	0
10. Información pronóstica				
Falta de respeto	0	0	0	0
Evasión	0	0	0	0
Respeto	3	3	4	3

MIR1: médicos internos residentes de primer año; MIR2: médicos internos residentes de segundo año; MIR3: médicos internos residentes de tercer año; MIR4: médicos internos residentes de cuarto año.

Falta de respeto: actitud basada en la falta de respeto a la autonomía del paciente, actitudes no benéficas, maleficencia o injusticia. Evasión: subrogar el compromiso de actuación en una autoridad o en otros colegas. Respeto: actitud basada en los principios de autonomía, beneficencia, ausencia de maleficencia y justicia.

preguntas 1, 4–6 y 10 todos los participantes del estudio contestaron con una actitud basada en los principios de autonomía, beneficencia, ausencia de maleficencia y justicia.

El resultado de cada una de las preguntas puede observarse en la tabla 3 y podemos analizar la puntuación

Tabla 3 Resultados de las respuestas a la diez preguntas

Pregunta	MIR1, puntuación	MIR2, puntuación	MIR3, puntuación	MIR4, puntuación	Total, puntuación	Media	DE
1	30	30	30	30	120	10	0
2	30	30	30	10	100	8,3	14,1
3	30	10	26,5	25	91,5	7,6	3,5
4	30	30	30	30	120	10	0
5	30	30	30	30	120	10	0
6	30	30	30	30	120	10	0
7	25	27	30	30	112	9,3	3,5
8	20	20	30	10	80	6,7	7,1
9	10	10	5	0	25	2,13	7,1
10	30	30	30	30	120	10	0
Media	26,5	24,7	27,15	22,5	100,8	8,4	2,8
DE	6,7	8,4	7,0	11,4	30,2	2,5	3,3
Total	265	247	271,5	225	1.008,5		

DE: desviación estándar; MIR1: médicos internos residentes de primer año; MIR2: médicos internos residentes de segundo año; MIR3: médicos internos residentes de tercer año; MIR4: médicos internos residentes de cuarto año.

total obtenida por cada grupo de MIR, objetivando que los resultados menores, es decir, en los que hay más conflictos éticos se dan en los MIR4. Sobre una horquilla situada entre 0–30 puntos, la media del grupo fue de 25,2 puntos (DE de 2,8), con un rango situado entre 22,5–27,1 puntos, con unos valores de 26,5 (DE de 6,7) para los MIR de primer año, de 24,7 (DE de 8,4) para los MIR de segundo año, de 27,1 (DE de 7,9) para los MIR3 y de 22,5 (DE de 11,4) para los MIR4 (tabla 3). El máximo número de puntos para el total de participantes era de 1.300 puntos y se obtuvieron 1.008,5, lo que significa el 77,6% y se encuentra situado en el mejor cuartil (tabla 3).

Puede observarse en la tabla 3 que la pregunta 9 es la que mayoritariamente presenta problemas en todos los niveles de MIR, especialmente para los MIR4. Por otra parte, también la pregunta 8 es conflictiva para todos los MIR, excepto para los MIR3. Otra pregunta que ha mostrado un resultado inferior, pero dentro de los rangos aceptables, es la 3, referida a la demanda del tratamiento a pesar de haber dado de alta a la paciente por no haber acudido a este, por falta de recursos, con empeoramiento de la situación clínica.

La pregunta 2 es conflictiva para los MIR4 y tiene que ver con el conflicto entre la falta de indicación para la prescripción de una prótesis y la disponibilidad de recursos para su obtención.

Discusión

La aparición de los conflictos éticos están motivados, principalmente, por tres razones fundamentales: a) los avances científicotécnicos; b) el cambio en las relaciones sanitarias del paciente con el médico y de este con la sociedad, y c) el cambio en la denominación del paciente por la de usuario/cliente. Finalmente, existe un elemento importante en nuestro modelo sanitario que es la universalización de la asistencia.

La preocupación por la ética apareció antes en el área de la investigación¹⁵ que en la asistencial^{16,17} y de ella

proceden, en parte, los principios bioéticos que ayudan a tomar decisiones en la clínica y que han hecho posible y necesario el desarrollo de la Bioética.

Una de las razones del nacimiento de la Bioética ha sido la multiplicación de los conflictos generados por el cambio en la relación médico-paciente, que ha pasado de una relación paternalista a la consideración del paciente como un adulto capaz y responsable de tomar decisiones sobre las cuestiones de salud de las que él es el principal protagonista y no los médicos.

El dilema ético es una situación que presenta dos o más alternativas para actuar, todas ellas válidas¹⁸, como vemos en las preguntas planteadas, en las que cada una de ellas solo tiene una respuesta de respeto. Los dilemas surgen cuando los valores se ponen en conflicto, es decir, con la evitación del problema o con la falta de respeto.

En la actividad y en la relación asistencial aparecen situaciones conflictivas, tanto de intereses¹⁸ como organizativas, aunque también pueden ser de otra índole, que no siendo estrictamente de origen moral en su inicio pueden acabar en conflictos éticos.

Existe cierta dificultad en la toma de decisiones en la aplicación de los tratamientos, a veces por el enfrentamiento entre los beneficios y los efectos adversos, en otros por la demora en el inicio de estos, frecuentes en la MFR¹⁹, también por el retraso en la realización de las pruebas diagnósticas o por la necesidad de repetir las exploraciones complementarias, que se ha valorado en la pregunta 8, y otras veces por situaciones sociales no resueltas, especialmente en los pacientes con gran discapacidad y dependencia²⁰, muy habituales en nuestra especialidad.

En la pregunta 8, que tiene un resultado por debajo del esperado, va dirigida a conocer la actuación frente a la falta de colaboración de los pacientes ante la necesidad de tener que repetir una prueba complementaria importante para efectuar el diagnóstico, inocua pero dolorosa, que el paciente rechaza y donde la actuación del grupo fue discordante, mayoritariamente efectúan pautas de no respeto y cuatro MIR actúan con pauta de evasión. Se puede hipotetizar que esta forma de respuesta tiene que ver con la

formación durante el período universitario donde no se incide suficientemente en que los pacientes tienen autonomía para colaborar, o no, durante su proceso terapéutico y que esto no debe tener ninguna implicación negativa por parte de los profesionales sanitarios frente a estos y que las actuaciones evasivas son poco éticas porque no actúan de forma beneficiante.

Existen situaciones en las que con cierta frecuencia se enfrentan tanto los médicos como otros miembros del equipo de rehabilitación con los pacientes y sus familiares, en ocasiones por mala praxis, como la presentada en la pregunta número 9. Esta tiene que ver con la actuación del MIR ante una situación de posible mala praxis de otro miembro del equipo multidisciplinario. La mayoría de las respuestas a la pregunta adoptan el tono de falta de respeto hacia el paciente (61,5%) y otro gran número (30,7%) adopta la evasión, probablemente por la falta de información y enseñanza adecuada por los tutores docentes y asistenciales de esta manera de actuación; el corporativismo sanitario no es correcto, no aporta ningún valor añadido a la asistencia y además puede ser perjudicial, ante posibles demandas jurídicas, porque corresponsabiliza a todos los que intervienen en la asistencia.

En ocasiones los problemas se plantean, como sucede en la pregunta 3, ante el rechazo del paciente de recibir el tratamiento. Parece que todavía están incursas en el acervo cultural médico actitudes paternalistas por las que no se respeta la autonomía del paciente para elegir la actitud terapéutica que considere más adecuada, una vez haya recibido la información suficiente y necesaria sobre las opciones y las consecuencias. Debemos insistir en el proceso formativo docente sobre la necesidad de respetar la autonomía del paciente, salvo que este se encuentre incapacitado para elegir entre diferentes opciones.

Muchas veces existe un conflicto entre los límites de la *lex artis* y la utilidad terapéutica y asistencial, que lleva a considerar, en ocasiones, soluciones poco racionales, amparadas en miedos, lástimas o inercias asistenciales, muy alejadas de la adecuada práctica médica²¹, como podemos objetivar en las preguntas 5 y 7; aunque en este estudio vemos que mayoritariamente los MIR tienen claros ambos conceptos, la *lex artis* y la utilidad terapéutica.

De las tres áreas de actuación de los médicos en los centros sanitarios (asistencia, investigación y docencia) es el área docente la que ha permanecido más tiempo al margen de la preocupación por la dimensión ética; sin embargo, también se está viendo inmersa en los cambios que hemos referido como origen de los conflictos bioéticos²²⁻²⁶ y, por tanto, han surgido también los problemas morales.

La profesión está siendo sometida a una reflexión, no solo para adaptarse a los cambios rápidos profesionales, sino también para adecuarse a los nuevos conceptos pedagógicos, especialmente en lo que se refiere a la enseñanza a través de la tutorización y que está más centrada en el que aprende que en el que enseña⁴.

La actuación del especialista en MFR también implica conocer la responsabilidad ética en el cumplimiento de los deberes de información, confidencialidad y preservación de los datos, así como en el control de la calidad y sus indicadores, y en la formación continuada ante el avance científico con evidencia probada, con el objeto de dar a los pacientes el mejor tratamiento, incidiendo en el principio ético de beneficencia.

Los cuatro principios de la bioética (autonomía, justicia, beneficencia y ausencia de maleficencia) deben ser un objetivo formativo sobre el que deben incidir los tutores docentes y asistenciales durante la práctica de la actividad asistencial de los MIR, especialmente en la enseñanza de la respuesta ante los conflictos éticos que se van a producir. Es necesario buscar orientaciones sobre la ética en la formación especializada, incluyendo este tema como uno más dentro de la formación reglada, tanto de los tutores como de los residentes, porque además así lo determina la Orden SCO/1261/2007 del 13 de abril, publicada en el BOE n.º 110 del 8 mayo de 2007, por la que se aprueba y se publica el programa formativo de la especialidad de MFR.

Es necesario mejorar la comunicación y la transmisión de la información por parte de los médicos, asignatura aún pendiente en nuestra formación, tanto en la derivada del proceso de consentimiento informado, en la necesidad de que los profesionales aceptemos que las opciones de diagnóstico y tratamiento ideales para nosotros pueden no serlo para el paciente, la renuncia a potenciales tratamientos que les proponemos, aún cuando la renuncia reduzca sus posibilidades de mejora funcional o ponga en riesgo su vida, etc., el rechazo a indicaciones terapéuticas cuando sólo sirvan para cumplir deseos de los pacientes.

Aunque en el día a día en la práctica clínica van surgiendo oportunidades docentes, es necesario saber aprovecharlas y esto ha sido uno de los éxitos del sistema MIR. Son previsibles muchas de estas oportunidades, tanto desde el punto de vista técnico como ético, y aunque no pueda programarse el momento concreto en que se presentarán sí podemos programar cómo enfrentarnos a ellas cuando surjan y cómo conseguir que el paciente se sienta mejor dentro de esta situación.

Que se hagan conscientes y que se enuncien los problemas que existen o las fuentes potenciales de los problemas no es hacer más compleja la práctica docente, sino poner en evidencia la complejidad ya existente. Definir, dar nombre y clasificar los problemas es el inicio del camino para solucionarlos.

Las vías de disminución de los problemas éticos deberían ser las siguientes:

- Informar genéricamente a los ciudadanos que existe una docencia pregraduada y posgraduada en nuestros centros asistenciales y que se recuerde e incida en esta información cuando acudan a estos.
- Aumentar y asegurar los métodos de minimización de los riesgos para los pacientes durante el proceso de aprendizaje de los MIR, entre los que tiene especial importancia la ausencia de maleficencia.
- Hacer conscientes a la sociedad y a la organización sanitaria de que esto implica un aumento en la adjudicación de los recursos materiales, esenciales para la formación, y del reconocimiento del tiempo para los docentes, así como la incorporación de materiales de simulación en la enseñanza.
- Progresar en el debate y en la reflexión sobre si es necesario un consentimiento explícito por parte de los pacientes en algunas de las situaciones clínicas que manejamos habitualmente, como la terapia física o las infiltraciones.

- Mejorar la cultura aprendiendo de los errores y de la conciencia de incompetencia o de competencia parcial, como generadora de la prudencia y del respeto moral.
- Educar a la sociedad en que la medicina es una ciencia probabilística, obligada a poner los medios adecuados, pero no a garantizar resultados, y para ello deben utilizarse todos los recursos posibles, y también educar sobre la futilidad terapéutica de muchos actos médicos, que no pueden estar incluidos en la cartera de servicios de la sanidad pública porque rompen los principios de equidad y de beneficencia.

La mejora del proceso formativo y de profesionalización y evaluación formativa de los tutores contribuirá a disminuir las fuentes potenciales de problemas éticos, siendo capital suscitar la discusión y el debate sobre lo que hacemos, cómo lo hacemos y cómo podemos mejorarlo, porque esto en sí mismo es formativo y es una herramienta de mejora de la docencia médica.

Conclusiones

Los hallazgos de nuestro estudio indican la conveniencia de institucionalizar los programas de formación específicos para los MIR en el apartado ético, para que sus respuestas sean más homogéneas ante las situaciones comunes y no haya tantas discrepancias en relación con el nivel de los MIR en el que se encuentran.

Bibliografía

1. Kay J. Accros the Board, Harvard Deusto Business Review. Bilbao, 1998; n.º 84.
2. Consejo Chapela C, Viesca Triviño C. Ética y poder: formación de residentes e internos. *Rev Med IMSS*. 2005;43:1-3.
3. Lyoid C. A thurther assesment of medical school stress. *Med Educ*. 1983;58:964-7.
4. Goold SD, Stern DT. Ethics and professionalism: What does a resident need to learn? *Am J Bioeth*. 2006;6:9-17.
5. Brewster LP, Bennett BK, Gamelli RL. Application of rehabilitation ethics to a selected burn patient population's perspective. *J Am Coll Surg*. 2006;203:766-71.
6. Walfish S, Sharp SP. Readability level of HIPAA notices of privacy practices used by physical rehabilitation centers. *J Clin Ethics*. 2005;16:156-9.
7. Martone M. Ethical issues in rehabilitation in the home-care setting. *J Clin Ethics*. 2004;15:292-9.
8. Flett PJ, Stoffell BF. Ethical issues in paediatric rehabilitation. *J Paediatr Child Health*. 2003;39:219-23.
9. Kirschner KL, Stocking C, Wagner LB, Foye SJ, Siegler M. Ethical issues identified by rehabilitation clinicians. *Arch Phys Med Rehabil*. 2001;82:S2-8.
10. McPherson GW, Sobsey D. Rehabilitation: Disability ethics versus Peter Singer. *Arch Phys Med Rehabil*. 2003;84:1246-8; McPherson GW, Sobsey D. Rehabilitation: Disability ethics versus Peter Singer. *Arch Phys Med Rehabil*. 2003;84:1726.
11. Blackmer J. The unique ethical challenges of conducting research in the rehabilitation medicine population. *BMC Med Ethics*. 2003;17:E2.
12. Blackmer J. Medical-ethics teaching in Canadian physical medicine and rehabilitation residency training programs. *Ann R Coll Physicians Surg Can*. 2002;35:574-8.
13. Sliwa JA, McPeak L, Gittler M, Bodenheimer C, King J, Bowen J; AAP Medical Education Committee. Clinical ethics in rehabilitation medicine: Core objectives and algorithm for resident education. *Am J Phys Med Rehabil*. 2002;81:708-17.
14. Falvo DR, Parker RM. Ethics in rehabilitation education and research. *Rehabil Couns Bull*. 2000;43:197-202.
15. Tepepa RS, Flores GI, Insfrank SM, Delgado RDA. Ética médica en la consulta de rehabilitación. *Rev Mex Med Fis Rehab*. 2005;17:103-10.
16. Tarvydas VM, Cottone RR. The Code of Ethics for Professional Rehabilitation Counselors: What we have and what we need. *Rehabil Couns Bull*. 2000;43:188-96.
17. Phipps EJ. Research ethics in head trauma rehabilitation. *J Head Trauma Rehabil*. 2000;15:965-8.
18. Haas JF, Mackenzie CA. The role of ethics in rehabilitation medicine. Introduction to a series. *Am J Phys Med Rehabil*. 1993;72:48-51.
19. Kuczewski M, Fiedler I. Ethical issues in rehabilitation: Conceptualizing the next generation of challenges. *Am J Phys Med Rehabil*. 2001;80:848-51.
20. Malec JF. Ethical conflict resolution. *Brain Inj*. 1996;10:781-95.
21. Blackmer J. Ethical issues in rehabilitation medicine. *Scand J Rehabil Med*. 2000;32:51-5.
22. Salladay SA. Rehabilitation, ethics, and managed care. *Rehab Manag*. 1996;9:38-42.
23. Banja JD. Ethics, values, and world culture: The impact on rehabilitation. *Disabil Rehabil*. 1996;18:279-84.
24. Pencheon D, Guest C, Melzer D, Muir Gray JA, editores. *Oxford Handbook of Public Health Practice*. Cambridge, Oxford Press; 2001.
25. Kaufman DM. Applying educational theory in practice. *BMJ*. 2003;326:213-6.
26. Bligh J. Learning by example. *Med Educ*. 1999;33:234-5.