

VALORS

DEL

METGE



Fundación
Educación Médica

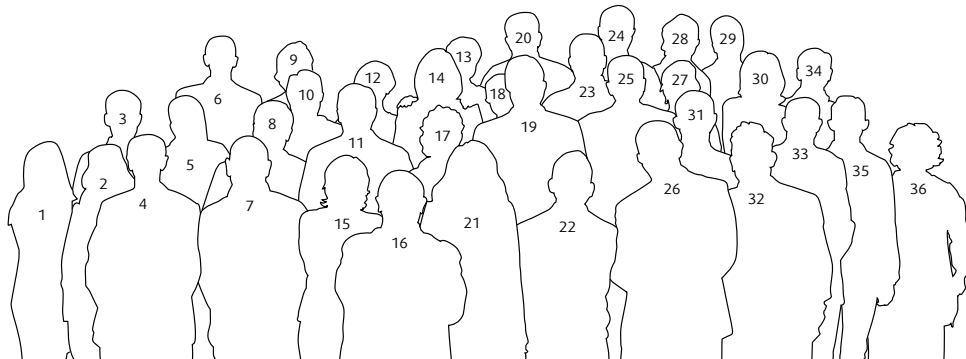




VALORS
DEL
METGE



Participants en la Trobada sobre Valors dels metges, realitzada el setembre de 2017 a l'Escola de Salut Pública de Menorca. Les bases d'aquesta monografia es van inspirar en les discussions d'aquesta trobada.



- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| 1. Rodríguez Gay, Carolina | 13. Gomar Sancho, Carmen | 25. Gual Sala, Arcadi |
| 2. Kovacs, Eszter | 14. Pons Pons, Francesca | 26. Repullo Labrador, José Ramón |
| 3. Xarrier Planas, Jan | 15. García Barbero, Mila | 27. de Lucas, Pilar |
| 4. Viñas Salas, Joan | 16. Moreno Sánchez, Carlos J. | 28. Delgado Millán, Miguel Ángel |
| 5. Segura Benedicto, Andreu | 17. Román Maestre, Begoña | 29. López Blanco, Juan Antonio |
| 6. Rodríguez de Castro, Felipe | 18. Gómez, Mandy | 30. Garrido López, Pilar |
| 7. Morlans Molina, Marius | 19. Martin Zurro, Amando | 31. Rodríguez Vicente, José María |
| 8. Carballo Álvarez, Fernando | 20. Palés Argullós, Jordi | 32. Font Celaya, Javier |
| 9. Otero Rodríguez, Antonio | 21. Cámara Gamero, Elena | 33. Monés Xiol, Joan |
| 10. Nolla Domenjó, Maria | 22. Pallarés Neila, Luis | 34. Tornos Más, Enrique |
| 11. de Teresa Galvan, Javier | 23. Martínez Martín, Miguel | 35. Iñarra Navarro, Alejandro |
| 12. Obeso Cáceres, Ana | 24. Rodríguez Velayos, Justino | 36. Lalanda Sanmiguel, Mónica |



VALORS DEL METGE

Editors/Autors

ARCADI GUAL
JOAN MONÉS
MARIUS MORLANS
JORDI PALÉS



Fundación
Educación Médica

© 2019, Fundació Educació Mèdica

© 2019, de la present edició, Viguera Editores, SLU

Disseny gràfic: Ombra Torrada

978-84-92931-67-5 (edició impresa)

978-84-92931-68-2 (edició digital)

Reconeixement-No Comercial-Sense Obra Derivada 3.0 Espanya (CC BY-NC-ND 3.0 ES)

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Foto de portada:

U.S. Army photo by Spc. Lance Hartung/Released. 150803-A-BK746-095 ROSEAU, Dominica (Aug. 3, 2015) Cmdr. William Cavill, a native of Wild Rose, Wis., an anesthesiologist assigned to Naval Hospital Pensacola Fla., examines a child before her surgery aboard Military Sealift Command hospital ship USNS Comfort (T-AH 20) during Continuing Promise 2015. Continuing Promise is a U.S. Southern Command-sponsored and U.S. Naval Forces Southern Command/U.S. 4th Fleet-conducted deployment to conduct civil-military operations including humanitarian-civil assistance, subject matter expert exchanges, medical, dental, veterinary and engineering support and disaster response to partner nations and to show U.S. support and commitment to Central and South America and the Caribbean.

Presentació **9**

Introducció. Per què parlar dels valors dels metges? **15**

Valors del metge com a persona **23**

1. Respecte per l'autonomia i dignitat del pacient/persona 27
2. Compassió 39
3. Autoconsciència emocional (reconèixer i comprendre les pròpies accions, les motivacions personals i les emocions pròpies; conèixer-se) 49
4. Receptivitat 61
5. Honradesa i integritat 71
6. El respecte a les creences, el respecte a les persones 85

Valors del metge com a metge **93**

7. Excel·lència moral i saviesa pràctica 97
8. Competència i fiabilitat 105
9. Confidencialitat. No divulgar la informació del pacient sense causa justificada 113
10. Medicina i treball en equip 129
11. Comunicar 139

Valors de la professió que ha d'assumir el metge **147**

12. L'exercici col·legiat de la responsabilitat professional 151
13. repte de convertir-se en un metge socialment responsable 161
14. Autonomia: llibertat del metge per prendre decisions de forma independent per al millor interès dels pacients i per al bé de la societat 171
15. Autoregulació de la professió mèdica: una activitat compromesa i gens fàcil 183
16. Compromís 193



Serafín Romero Agüit

President del Consell General de Col·legis Oficials de Metges (CGCOM)

En el nostre entorn, la imatge del metge està idealitzada i, posats a ser sincers, hem de dir que no s'ajusta a la realitat. La imatge del metge està més a prop d'un model que el pacient i la ciutadania sol·liciten que de la realitat. La pràctica mèdica ha millorat en tots els seus vessants menys en la part més humana, la cura. És més, no tan sols no ha millorat, sinó que hem empitjorat. Fins fa quatre dies, a mitjans del segle passat, no era possible assolir una diagnosi, ni el pronòstic ni disposar de la terapèutica de la que avui disposem. Malgrat aquest fet, potser perquè no disposàvem dels coneixements ni dels mitjans dels quals avui disposem, els metges prestaven més atenció a les actituds que, sens dubte, esperava el pacient d'abans i que espera l'actual pacient.

Ens hem allunyat tant d'aquelles actituds que no seria estrany sentir preguntar a un metge jove sobre a què ens referim en parlar d'actituds. Recordar que les relacions personals són importants en qualsevol entorn de relació és tan obvi com que són fonamentals en la relació metge-pacient. No estem parlant de conceptes misteriosos, ens referim a l'amabilitat, a comunicar bé, a ser honrat i fiable, a ser un referent i, sobretot, a tenir present la "cura" del pacient. Aquestes actituds poc visibles, difícils de mesurar i més encara d'ensenyar, van ser i segueixen sent una entretela de la pràctica mèdica. I, sobre què es construeixen aquestes actituds? Sens dubte la resposta és inequívoca: sobre els valors.

Potser no sigui molt correcte criticar la medicina científica i, per suposat, no ho faré. De tota manera, tot té els seus punts forts i els seus punts dèbils, i la medicina científica ha deixat de costat, ha desatès la cura del pacient. Repetim en conferències i fòrums, llegim en premsa especialitzada i en les enquestes de la ciutadania, que el sistema nacional de salut és òptim, que és immillorable i que l'hem de preservar.

Tampoc seré jo qui contradigui aquestes apreciacions. Però no oblidem que és possible dir la veritat alhora que deixar amagada la realitat. Les llistes d'espera, el calvari del recorregut d'un pacient que ingressa en un hospital, les poques o fins i tot les nul·les explicacions que reben alguns pacients, la medicalització innecessària, la compartimentalització de les malalties d'un pacient, són aspectes millorables d'aquest fabulós sistema sanitari? Qualsevol paraula amable, una acció



carinyosa, un somriure, una encaixada de mans, un contacte persona a persona poden semblar intrascendents però tenen sempre un impacte emocional en el pacient. Reduir la por o l'ansietat, aconseguir estrènyer la relació metge-pacient, pot ser que no siguin en si mateixes accions curatives, però són, que ningú no ho dubti, una ajuda en la recuperació del pacient.

Ens trobem en un entorn social i polític estrictament administrat i especialment dirigit, i el sistema de salut i els seus professionals no en són excepcions. Avui, dins la sanitat pública, però també en la privada, el metge es troba assetjat per diverses tiranies de les quals les guies i els protocols assistencials, com també els objectius institucionals que cal complir, en són un bon exemple. Si bé ambdós exemples tenen una raó de ser assenyada i positiva, no hem de desconèixer els efectes col·laterals, en algun cas abrasiu, que han generat. La desmoralització i la pèrdua d'interès en la formació dirigida a l'excel·lència han conduït a un descens del nivell intel·lectual dels professionals. Els objectius de la institució afecten, ho vulguem o no, la relació amb el pacient; reconeguem que aquest compromís és en molts casos positiu, però admetem també que no sempre és així. No és cap sortida de to afirmar la inquietud de professionals preocupats per la cura del pacient que contemplen com l'organització prioritza els nombres, el rendiment i la consecució dels objectius per sobre de la cura i la seguretat del pacient. És en aquests moments quan és més necessària la formació en valors dels nostres professionals. Quan s'assumeixin els valors i s'incorporin al genoma, estarem més a prop d'assignar adequadament els sempre limitats recursos i estarem més a prop del desitjat equilibri entre cuidar i guarir.

Però, en quines mans ha d'estar l'empoderament dels professionals? Qui ha de liderar el fet que els antics valors (no n'hi ha de nous) sorgeixin de nou? Qui ha de parlar d'excel·lència, integritat, diversitat, oportunitat individual, treball en equip o tradició? Qui ha de posar a l'agenda el professionalisme mèdic? La resposta és fàcil, el món professional és el responsable de tot això.

Arriba a la meua taula la iniciativa de la Fundació Educació Mèdica sobre valors del metge, amb la sol·licitud de prorrogar aquesta monografia. En aquest moment en què la professió és més sabia que mai en coneixements (*philotechnie*) i més dèbil



i assetjada en el seu humanisme (*philanthropie*), em sembla especialment oportú parlar de valors. Per tant, és un honor propiciar i ajudar a difondre aquest treball de la Fundació Educació Mèdica que ajudarà a reflexionar a tots els interessats.

La monografia proposa 16 valors que sens dubte són oportuns. Podrien ser-ne més, o haver focalitzat l'atenció en d'altres, però això és irrellevant. Cadascun dels valors tractats té interès en si mateix i les reflexions que els diferents autors, tots ells reconeguts experts, exposen són d'especial interès per a tots els actors involucrats, ja siguin professionals de les ciències de la salut, institucions sanitàries o responsables de les administracions sanitàries. Tots, professionals, organitzacions i institucions tenim coses a aprendre de les reflexions que es descriuen en els diferents valors d'aquesta monografia. Per part meua, desitjo i n'espero més. Desitjo que tots els actors no tan sols llegeixin i aprenguin d'aquesta monografia *Valors del metge*, sinó que actuïn en conseqüència i propiciïn que el professionalisme ressurgeixi per al benefici dels pacients i de la ciutadania.

Serafín Romero Agüit

President del Consell General de Col·legis Oficials de Metges (CGCOM)





INTRODUCCIÓ

Per què parlar dels valors dels metges?

BEGOÑA ROMÁN MAESTRE



Begoña Román Maestre

Professora agregada de Filosofia

Vicedegana de la Facultat de Filosofia, Universitat de Barcelona

Begoña Román Maestre és doctora en Filosofia per la Universitat de Barcelona. De 1996 a 2007 va dirigir la Càtedra d'Ètica de la Universitat Ramon Llull. Actualment és professora a la Facultat de Filosofia de la Universitat de Barcelona. És membre del grup consolidat d'investigació de la Generalitat de Catalunya 'Aporia: Filosofia contemporània, Ètica i Política'. És presidenta del Comitè d'Ètica de Serveis Socials de Catalunya, vocal del Comitè de Bioètica de Catalunya i del Comitè d'ètica assistencial de l'Hospital Clínic de Barcelona. El seu àmbit d'especialització és la bioètica i l'ètica aplicada a entorns professionals i organitzatius.

Publicacions

Libros

Esteban F, Román B. *¿Quo vadis, Universidad?* Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya; 2016. ISBN: 9788491163909.

Román B. *Ètica de los servicios sociales*. Barcelona: Herder Editorial; 2016. ISBN: 9788425437878.

Capítols de llibres

Astete C, Román B. Aspectos éticos del aborto (o interrupción voluntaria del embarazo) por malformaciones incompatibles con la vida extrauterina. En Figueroa García-Huidobro, R, Zegers Hochschild F, Salas SP. *Aborto y derechos reproductivos: implicancias desde la ética, el derecho y la medicina*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Diego Portales; 2016. ISBN: 9789563143683.

Camacho I, Carrasco JM, Román B. De la priorización de las áreas de interés en la investigación y su aplicabilidad. En *Ètica, salud y dispèndio del conocimiento*. Barcelona: Cuadernos de la Fundació Víctor Grifols i Lucas; 2016. Vol 38.

Román B. La ética del discurso en la bioética. En Ferrer JJ, Lecaros JA, Molins R. *Bioética: el pluralismo en la fundamentación*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 2016.

Román B. El reconocimiento mutuo: por una ética de los servicios sociales. En García-Marza V, Martínez E, Lozano JF, coords. *Ètica y política. Homenaje a Adela Cortina*. Madrid: Tecnos; 2018. p. 383-94.

Revistas

Román-Maestre B. Para la humanización de la atención sanitaria: los cuidados paliativos como modelo. *Medicina Paliativa* 2012; 69: 1-7. ISSN: 1134-248X.

Román, B. Los comités nacionales de bioética: tomándoselos en serio. *Jurisprudencia Argentina* 2013; IV: 45-51.

Román B. Tomando en serio el respeto al paciente: una cuestión 'compleja'. *Revista de Medicina y Atención Primaria* 2013; 7: 6-10. ISSN: 1989-6832

Royo-Bordonada MA, Román-Maestre B. Towards public health ethics : the launch of Public Health Reviews. *Annual Review of Public Health* 2015; 36.

Román-Maestre B. Gestación por sustitución, cuestión de legitimidad. *Folia Humanística* 2018; 8: 24-41.



INTRODUCCIÓ

Per què parlar dels valors dels metges?

Perquè no cal donar per descomptat els supòsits

Els metges tenen vocació i consciència de servei des de la mateixa elecció dels seus estudis que, per cert, duren tota la vida. La mèdica és una professió que s'inicia amb un jurament impregnat de valors, i Hipòcrates continua essencialment estant vigent. Per tant, a algú li podria resultar estrany que un col·lectiu com el de la professió mèdica hagués de respondre a la qüestió que ens ocupa. I no obstant això, no podem donar per descomptat els supòsits. No podem suposar que estigui tan clar que els metges tinguin valors i quins siguin aquests. A més, en el jurament hipocràtic hi ha molt de context històric i, més enllà del principi de beneficència i de no maleficència, poca o nul·la al·lusió fa a la justícia i al respecte a l'autonomia del pacient. És la seva una visió del s. V a. C, molt bilateral, el metge i el pacient, i en relació asimètrica i paternalista.

Molt ha plogut des de llavors. Avui el metge ha de guanyar-se l'autoritat, perquè molts pacients

no la concedeixen a priori. La seva autoritat és posada en dubte fins i tot en el domini de la seva matèria. En efecte, els pacients arriben amb informació, com a mínim extreta a cop de clic per internet, i encara així, el metge ha de treballar l'aliança terapèutica: el pacient ve perquè el necessita i vol confiar en ell. Cada pacient és un món que el metge ha d'explorar.

Hi havia en temps passats una visió de la naturalesa com un tot equilibrat del qual es formava part. El metge es concebia com un acompanyant del procés natural, curava la naturalesa, una mica la ciència, i el que era imprescindible era asseure's al costat (assistir) acompanyar, comprendre. Era una medicina més holística, el pacient estava dins d'aquest tot natural, i la malaltia era una disfuncionalitat, un desequilibri en la història d'una vida. S'acceptava que sempre vencia la mort i s'assumia el dolor com a part de la vida.

Avui les expectatives respecte de la medicina segurament són exagerades. És una medicina, a vegades, en excés tecnificada, en una societat que es vol indolora i que ha deixat a les persones



sense resistència íntima. És una medicina que té un clar component de ciència i d'evidències; sap més de causes i d'efectes; entén de diagnòstics i de tractaments clínics. No obstant això, continua sent necessari l'art de tenir cura i de la conversa. Cal entendre, diagnosticar i tractar, per descomptat, però també cal abraçar, comprendre, des de la ignorància i des dels misteris que són les persones i les seves circumstàncies.

Perquè amb tants mitjans i possibilitats, el centre es va desplaçar, des del cuidar en curar; des de la persona a la tècnica; des de la integritat al biològic. I des de la modèstia a la potència i fins i tot la prepotència

Per això no és d'estranyar que en els anys 80 del segle passat un psiquiatre hagués de recuperar el vessant integral de les persones proposant el model bio-psicosocial. Per això no és d'estranyar tampoc que esdevingui una moda l'atenció centrada en les persones. Perquè amb tants mitjans i possibilitats, el centre es va desplaçar, des del cuidar en curar; des de la persona a la tècnica; des de la integritat al biològic. I des de la modèstia a la potència i fins i tot la prepotència.

El model bio-psicosocial que va reivindicar Engels i avui es concreta en la demanda d'una medicina centrada en el pacient, exigeix del metge una obertura i una humilitat. L'atenció és per a l'altre i per a un altre. Aquesta atenció és més que passar consulta, trobar el diagnòstic i el tractament. La persona és ella i la seva circumstància; ni el temps que es passa amb el pacient, ni la història que escriuen diversos professionals, converteixen la relació en íntima; es requereix a més temps

que tampoc tenen. Potser els metges de medicina familiar i comunitària poden aconseguir més coneixement de la vida dels seus pacients.

La medicina en l'era mediàtica i de les xarxes socials (des d'on els pacients valoren públicament la qualitat i calidesa d'un metge), de les històries compartides, de treball en equip, fan de la pràctica de la medicina una qüestió més complexa que fa tan sols quinze anys. La relació assistencial ha canviat, l'entorn també. I tot això amb condicionants organitzatius que tampoc hem de desconsiderar. Així, per exemple, la confidencialitat ja no queda registrada en la memòria del metge i en l'acte íntim que és la consulta; hi ha història clínica compartida; hi ha més professionals intervenint, metges o no; i el pacient vol participar en aquesta presa de decisions.

Ser bon metge exigeix més que dominar la tècnica

Però ser bon metge exigeix més que dominar la tècnica. A vegades creiem que és qüestió de recursos, de més temps; i en moltes ocasions és així, i es resolen molts conflictes amb el pacient. No obstant això, en altres casos, la dificultat resideix a haver oblidat, per exemple, que la justícia té a veure, sí, amb eficàcia i eficiència en la distribució de recursos, equitativament i segons les necessitats dels pacients, però que la justícia és també reconeixement. I el reconeixement no és tan sols clínic, biològic, sinó de tracte i tractament a la persona per ser qui és, algú únic, original que es troba en condicions d'algun tipus de vulnerabilitat per problemes de salut i necessita confiar en algú.



No es tracta de caure en derrotisme ni en nostàlgies patològiques. La medicina reflecteix la societat en la qual s'exerceix. Es tracta més aviat de recuperar allò que es va extraviar: descobrim el valor de les coses quan les estem perdent. Cal posar al dia els nous drets i deures de tots els que intervenen, perquè el que continua sent nuclear és la necessitat de confiança en els metges, cosa per la qual és necessària la seva preparació tècnica i humana.

Sempre necessitarem de metges que tinguin cura dels pacients. Des del moment en què una persona es presenta com a metge, sap que se n'espera una cosa bona. Fins i tot el fet de donar males notícies, hauria de generar un desassossec perquè se senten acompanyats, perquè el metge va arribar i s'ocupa de, almenys, pal·liar i alleujar. Els valors pels quals els metges es volen caracteritzar, el *ethos* del metge, sempre precisa d'esperit crític, preparació tècnica, consciència de pertinença a una tradició ancestral que es juga la seva credibilitat en cada generació de metges.

establir els valors dels metges és tasca clau per a mantenir la confiança en la tradició

Cuidar la cura no és només una qüestió de benestar de la cultura, és també qüestió de la seva sostenibilitat. En les societats contemporànies, plurals, accelerades, del coneixement i amb consciència de l'haver de respectar l'autonomia del pacient; en un entorn molt tecnificat i en una medicina gestionada amb recursos finits, establir els valors dels metges és tasca clau per a mantenir la confiança en la tradició.

La metgessa és una professió d'alt risc: treballa en entorns d'alta vulnerabilitat; en societats molt canviants; amb pacients molt diversos que tenen en comú la necessitat de veure's confortats per les paraules i obres dels metges. I tot això amb pressa. Per això el metge ha de saber demanar permís i perdó per a entrar i sortir; per a fer, deixar de fer i corregir. Com n'és d'important prendre consciència de tot això i no sucumbir a les inèrcies mecàniques i burocràtiques de fer, de fer que facin, i fins i tot, a vegades, de fer sense pensar ni penar pel que sofreix, donant massa coses per descomptat. Per tot això no hauríem de donar per descomptat que compartim els supòsits.

Perquè els valors s'encarnen en persones i es transmeten amb pràctiques

Els valors es juguen i se la juguen en l'exemplaritat

Els valors no són una qüestió platònica, de mers ideals als quals tendir: els valors s'encarnen i s'institucionalitzen. Si no prenen cos, s'evaporen, en la societat líquida i gasosa, en rituals, cartes i codis benintencionats. Els valors es juguen i se la juguen en l'exemplaritat. La decència de la professió passa per la de cadascun dels seus membres. El jurament hipocràtic és el ritu que recorda als metges allò que s'espera d'ells. Però el jurament del s. V a. C no els diu en cada cas quina és la millor manera. Jerarquitzar, prioritzar, deliberar, adequar-se al cas, exigeix més que codis



de conductes. Com cal adequar-se al cas, centrar-se i concentrar-se en el pacient, cal esquivar l'arbitrarietat incentivant la discreció prudencial. I això és saviesa pràctica (Aristoteles, 2002).

Els valors serveixen com fars per il·luminar el camí; són com a brúixoles que orienten al metge i als quals a ells van o amb els treballen, i ajusten el que es pot esperar d'ells. Els valors han de ser explícits; cal ensenyar a encaixar-los al cas particular, i cal actualitzar-los en la jerarquia adequada. S'aprenen observant-los en altres persones i practicant-los. Una cosa és prendre consciència d'ells, i una altra, què es fa amb ells.

Els metges sempre han estat conscients de la importància de comptar amb la confiança del pacient; per això els resulta difícil entendre la proliferació en les nostres societats occidentals de les *para/pseudo* medicines, teràpies alternatives, i fins i tot que el pacient s'enfadi amb ells fins al punt d'insultar-los i agredir-los. Avui, l'autonomia del pacient i la perspectiva més integral i centrada en aquell, exigeix que el metge hagi de treballar l'aliança terapèutica. I això depèn, en primer lloc, d'ell: l'empatia, la cortesia, la prudència, la discreció, etc. són valors que quallen en hàbits, en maneres de fer i ser. Per això els grecs parlaven de virtuts.

Avui, l'autonomia del pacient i la perspectiva més integral i centrada en aquell, exigeix que el metge hagi de treballar l'aliança terapèutica

En la tradició de la filosofia moral, no eren els valors el que principalment preocupava, eren les virtuts. El terme valor, entès com aquella

característica considerada positiva, desitjable, ben volguda, és relativament tardà. En Filosofia moral el terme valor va substituint al de virtut. En medicina no va anar així, era freqüent parlar de les virtuts del metge. L'antropologia liberal, no obstant això, va convertir la virtut en habilitats i destreses tècniques.

Cal combatre una manera d'entendre la professió en excés individualista i en excés jeràrquica respecte a les altres professions que intervenen i col·laborar amb l'equip i la xarxa sanitària i social. Aquest metge autònom liberal que tenia la seva consulta privada és difícil de mantenir en els entorns de la medicina gestionada contemporània. La tècnica i el contracte liberal van deshumanitzar la medicina en donar per descomptat que són dos humans, el metge i el pacient, que es troben, estant un d'ells necessitat dels coneixements de l'altre i que li compregui en la seva vulnerabilitat. No són dues autonomies autosuficients. L'autonomia del pacient és a més relacional: el metge s'ha d'entendre amb el pacient i la seva família; i amb els altres metges amb els quals ha de treballar en equip sense qüestionar el bon fer de cadascun d'ells.

El metge ha de ser servicial; ha d'escoltar i intentar comprendre al pacient en les seves circumstàncies; si no és servicial, si no té valors, en ser aquesta una qüestió nuclear, tot el sistema sanitari es ressent. El metge és un referent moral ho vulgui o no, per això és crucial comptar amb referents a emular. Un mal metge no ho és només perquè no sap la tècnica, sinó perquè falla la seva persona. Es cuida amb tot, es cuida amb les tècniques i tractaments, es cuida amb les formes, les mirades, les paraules, les relacions. Practicar els valors és un exercici de desenvolupament i



d'acte de coneixement personal que al metge se li ha de facilitar. Els valors han d'encarnar-se; i per a practicar-se han de respirar-se en l'ambient.

Els valors han d'encarnar-se; i per a practicar-se han de respirar-se en l'ambient

No és suficient amb la deontologia professional, perquè els canvis són molt grans i accelerats, i els pacients, molt variats. Desenvolupar una capacitat d'empatia i de deliberació dependrà de la voluntat del metge, de la consciència de pertinença a la professió, de l'encaix del seu exercici en l'organització on presti els seus serveis, i de la societat on ocorre tot això.

Cal posar èmfasi en la formació en valors dels metges en la universitat, en les societats, i en les organitzacions on exercirà. No hi ha metges sense pacients; ni pacients ni metges sense estructures que permetin la seva trobada. El metge no treballa sol, necessita de moltes estructures i recursos que facilitin la seva labor (des d'altres professionals fins a equips informàtics i tècnics). El metge fa sobretot sent. Per això és important subratllar que els valors, en cercle virtuós i hermenèutic, són del metge, més també de les institucions que li acompanyen.

Perquè es precisa de tota una cultura

Fa falta una cultura que vetlli per acompanyar el metge en el seu procés d'arribar a ser-ho i en el procés que el seu exercici no el corrompi

En les facultats de medicina hem introduït assignatures de bioètica, deontologia i dret. Però no n'hi ha prou amb la bona voluntat, ni tan sols amb la vocació de metge o amb impartir aquestes assignatures. Fa falta una cultura que vetlli per acompanyar el metge en el seu procés d'arribar a ser-ho i en el procés que el seu exercici no el corrompi. La cultura sanitària, tan gestionada, tan exigent, tan demandant, pot ser que posi en perill aquests supòsits, per això és important parlar d'ells i explicitar-los. Quan parlem dels valors creiem que és un tema personal, d'ètica de la persona del metge. Sens dubte ho és; però depèn de l'ancoratge en la tradició i en la cultura de l'organització. No es tracta tampoc sense més de sentit comú; aquest no deixa de ser un sentit cultural que es forja en una comunitat que transmet capacitat reflexiva i deliberativa.

Com la formació del caràcter dels metges és una formació en virtuts i aquesta depèn de la cultura comunitària, és crucial com aquesta els acull i els acompanya. L'acompanyament que rebí l'estudiant en la facultat en la qual es forma; la tutoria que en ella rep i durant la formació pràctica, així com la involucració de l'estudiant en tot el seu procés, són



transcendentals. D'això depenen molts factors: la raó de ser de les facultats (formar bons metges); la motivació i autoconfiança del metge (se sap preparat i amb ganes) i els pacients d'aquests metges (eficiència de la seva labor); la societat en general (la salut). El temps en la facultat, en el període de la residència, i després en l'exercici professional, són les circumstàncies propícies per a anar adquirint els valors del metge. La consciència de pertinença a la comunitat és orgull i cura d'aquesta tradició. I no hi ha dubte que hi ha gran orgull de pertinença a la professió mèdica.

La selecció dels metges és molt exigent intel·lectualment i molt demandant durant tot el seu exercici professional. Es tracta que passin amb suficiència tests de competències cognitives i d'aptituds resolutives, però també és important la passió que hi posen, la cura que ofereixen i la responsabilitat que accepten. Per a saber estar, exposar-se a l'altre que interpel·la en la seva vulnerabilitat, i posar-se al seu servei, cal ser persona generosa: només la generositat genera confiança.

El metge no podrà donar allò que no és, i que sigui depèn també de l'acompanyament que hagi rebut, dels referents que hagi tingut, del tracte i acolliment que hagi rebut. El perill d'oblidar les finalitats, les raons de ser de la professió, radica a crear cossos de tècnics altament especialitzats sense rumb: un cos de professionals experts en tècniques però sense ànima ni ànim: la mecànica i la burocràcia no cuiden.

El metge ha d'estar a l'alçada de la confiança i la responsabilitat en l'encàrrec que la societat li fa. Es tracta d'un compromís ètic amb la

professió i tradició que representa, no d'una mera opció. El jurament hipocràtic li recorda que és un deure impregnat de vocació i afecte. Per això el metge necessita educació emocional, perquè tan importants són els components racionals i tècnics curriculars, com el caràcter afable i cordial; perquè el metge té temperat el caràcter i els afectes, serà efectiu en l'acompanyament integral dels seus pacients i companys d'equip.

La funció de metge és impossible sense vincles, sense cercles de confiança

La funció de metge és impossible sense vincles, sense cercles de confiança. Per això, tan importants com les supervisions i les sessions clíniques són les deliberacions i reflexions ètiques. És important que el metge disposi d'espais on poder reflexionar, deliberar i ponderar la millor decisió en casos de complexitat en el tracte amb els pacients, els companys, els visitadors mèdics, etc. Aquest acolliment aferma la consciència de pertinença a una comunitat i retroalimenta la motivació que redunda en la qualitat assistencial.

La comunitat i la cultura que sembla aquestes condicions sociològiques i psicològiques són transcendents per a la formació dels metges. Ser bon metge és responsabilitat també de la facultat i les institucions sanitàries de formació especialitzada que capaciten i comuniquen a la societat que els ha format bé integralment, no només informat; com també és responsabilitat de les organitzacions que els contracten, perquè no danyin als qui reben, perquè no erosionin, durant la pràctica professional, perdent l'essencial i nuclear de la professió. Hem de formar i comptar



amb metges íntegres i servicials, no només amb cervells ni amb meres vocacions. I no deixar aquest aspecte important, com és el dels valors, a les idiosincràsies o tarannàs personals.

Bibliografia

Aristóteles. *Ética a Nicómaco*. Madrid: Instituto de Estudios Constitucionales; 2002.

Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196: 129-36.

Engel G. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry* 1980; 137: 535-44.

Engelhardt HT. *Los fundamentos de la bioética*. Barcelona: Paidós; 1995.

Esquirol JM. *La resistencia íntima*. Barcelona: Acantilado; 2015.

Gadamer G. *El estado oculto de la salud*. Barcelona: Gedisa; 2011.

Gomá J. *Ejemplaridad pública*. Madrid: Taurus; 2009.

MacIntyre A. *Tras la virtud*. Barcelona: Crítica; 1987.

Pellegrino ED. Toward a virtue-based normative ethics for the health professions. *Kennedy Inst Ethics J* 1995; 5: 253-77.

Pellegrino ED, Thomasma DC. *The virtues in medical practice*. New York: Oxford University Press; 1983.





VALORS DEL METGE COM A PERSONA

Coordinador

ARCADI GUAL

Experts col·laboradors de la secció

NÚRIA TERRIBAS I SALA

LYDIA FEITO GRANDE

MARIA NOLLA DOMENJÓ

ANTÒNIA SANS BOIX

JORDI PALÉS ARGULLÓS

MONTSE ESQUERDA ARESTÉ



— 1 —

Respecte per l'autonomia i dignitat del pacient/persona

NÚRIA TERRIBAS I SALA



Núria Terribas i Sala

Llicenciada en Dret. Jurista, especialitzada en bioètica, directora de la Fundació Víctor Grífols i Lucas

Directora de la Fundació Víctor Grífols i Lucas.

Directora de la càtedra de bioètica de la UVIC-UCC.

Vicepresidenta del Comitè de Bioètica de Catalunya (des de 2009).

Membre del Consell Assessor de Salut – Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya (des de 2018).

Membre del Consell Assessor per a la Sostenibilitat i el Progrés del Sistema Sanitari (CASost) de la Generalitat de Catalunya (des de 2013).

Membre i secretària del Comitè Nacional de Bioètica d'Andorra (des de 2013).

Membre i assessora legal dels comitès d'ètica assistencial de:

- Althaia Xarxa Assistencial de Manresa
- Hospital de l'Esperit Sant (Santa Coloma de Gramenet)
- Grupo Mutuam (Barcelona)

Ethics (EACME) (2001-2014).

Membre de l'European Clinical Ethics Network (ECEN).

Responsabilitats anteriors de major rellevància:

Directora de l'Institut Borja de Bioètica (Universitat Ramon Llull) 1999-2014.

Coordinadora i docent del Màster *Universitari en Bioètica* de la URL i de la formació de postgrau en Bioètica que impartia el IBB-URL (1997-2014).

Docent del Grau d'Infermeria de Ciències de la Salut Blanquerna – URL (2012-2015).

Directora de la Revista *Bioètica & Debat* (1995-2008).

Publicacions

Terribas-Sala N. Derechos del paciente. En Beca JP, Astete C, eds *Bioètica clínica*. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2012. p. 178-91.

Terribas-Sala N. Toma de decisiones en el paciente incompetente. En Beca JP, Astete C, eds. *Bioètica clínica*. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2012. p. 205-19.

Terribas-Sala N. Autonomia i voluntats anticipades. En CAMFIC, ed. *Dilemes ètics del metge de família en l'acompanyament fins la mort* Barcelona: CAMFIC; Institut Borja de Bioètica; 2013.

Peguero E, Berenguera A, Pujol-Ribera E, Roman B, Prieto CM, Terribas N. The workers opinions have a value in the Code of Ethics: analysis of the contributions of workers in virtual Forum Catalan Institute of Health. *BMC Med Ethics* 2015; 16: 90.

Terribas-Sala N. Estàndards ètics i legals de la recerca en biomedicina i biologia. *Revista Treballs de la Societat Catalana de Biologia; monogràfic de bioètica* (2017). DOI 10243620150102169.

Terribas-Sala, N. Paternalismo vs. libertad en el caso de los menores. *Cuaderno n.º 52 de la Fundación Víctor Grífols i Lucas*. (En prensa, 2019).

Lasmarias C, Aradilla-Herrero A, Santaeugènia S, Blay C, Delgado S, Ela S, et al. Development and implementation of an advance care planning program in Catalonia, Spain. *Palliat Support Care* 2019; 17: 415-24. <https://doi.org/10.1017/S1478951518000561>.

Respecte per l'autonomia i dignitat del pacient/persona

Definició i delimitació del 'valor' àmbit de desenvolupament

El respecte a la dignitat del pacient s'ha de considerar el fonament i pilar bàsic del respecte a tots els altres valors de la professió mèdica. Malgrat la dificultat de definició del concepte 'dignitat', amb múltiples facetes, podríem donar per bona aquella que la concep com el valor inherent al ser humà en la mesura que ser racional, dotat de llibertat i poder creador i transformador i que li permet modificar la seva vida amb les seves decisions lliures. Es tracta d'una qualitat intrínseca de la persona pel simple fet de ser persona, i a la vegada seria un pilar ètic que ha de ser dotat de contingut en primer lloc pel propi subjecte i després per la societat i l'entorn en el qual aquest es desenvolupa.

Del concepte 'dignitat' deriven altres valors fonamentals com la llibertat personal, en la que es basa l'autonomia, o la concepció de 'qualitat de vida' en la mesura que es tracta d'una percepció

subjectiva de l'individu. Com a societat tendim a establir paràmetres objectius que ens permetin objectivar la qualitat de vida, però no podem perdre de vista que abans que ningú ha de ser el propi individu qui ha de valorar allò que és per a ell qualitat de vida, especialment en context de malaltia o vulnerabilitat per raons socials i de salut.

Del concepte 'dignitat' deriven altres valors fonamentals com la llibertat personal, en la que es basa l'autonomia, o la concepció de 'qualitat de vida' en la mesura que es tracta d'una percepció subjectiva de l'individu

És una tasca del metge indagar també en aquesta percepció subjectiva i individual de la 'dignitat' i de la 'qualitat de vida'. En un mateix context una persona pot percebre la seva situació vital com a plenament digna i una altra persona no, amb diferents nivells de tolerància al dolor, a la necessitat de suport, etc..



La medicina tradicionalment s'ha atribuït la potestat de definir i identificar la 'qualitat de vida del pacient' des de paràmetres objectius, establint escales de dolor, de discapacitat, de competència, identificant activitats de la vida diària per etiquetar nivells de dependència, però la majoria de les vegades sense tenir en compte quina era la percepció subjectiva de la persona d'aquesta 'qualitat de vida' o 'dignitat de la seva situació vital'.

Seguint la mateixa lògica, la relació clínica tradicionalment s'ha basat en un patró 'paternalista beneficiant' en el qual el metge, juntament amb altres professionals sanitaris, prenen les regnes del procés de salut del pacient, decidint per ell, aplicant-li aquells tractaments i cures que a criteri professional eren els més indicats i en el seu millor benefici. A més, en aquesta relació asimètrica, el pacient dipositava tota la seva confiança en el metge, sense qüestionar-se res, fent bona la seva condició d' *'infirmus'* (mancat de fermesa física i psicològica), que justificava tota intervenció mèdica sense informació ni opinió del pacient.

En la segona meitat del segle XX s'han formulat els drets del pacient

En les últimes dècades estem vivint un evident canvi de paradigma en la relació clínica que ha vingut de la mà del desenvolupament de la bioètica i també del reconeixement dels drets de la persona en diferents àmbits de la seva vida (drets civils, socials, polítics, laborals, ...). El

context de salut i malaltia no ha estat aliè a això i hem vist a partir de la segona meitat del segle XX com s'han formulat els drets del pacient, inicialment en documents universals de referència sorgits del context de la recerca –Declaració de Helsinki (1964) i Informe Belmont (1978)– i posteriorment en Cartes de Drets del Pacient, no vinculants (la primera a Espanya va ser el 1983 a Catalunya) i després en diferents normes jurídiques amb rang de llei. De la mateixa manera, s'han recollit en els codis deontològics de les diferents professions sanitàries, actualitzant-ne el seu contingut.

Així, el valor de l'autonomia personal, com a expressió del principi de respecte a la persona, cobra protagonisme paulatinament sent un punt d'inflexió el seu reconeixement explícit en el dret positiu quan es recull per primera vegada el dret a la informació i al consentiment informat com a requisit indispensable en les actuacions mèdiques (Llei General de Sanitat 14/1986). Amb tot, la dinàmica dels professionals i les institucions sanitàries s'ha adaptat a aquest requeriment, més per imperatiu legal que per deure ètic. S'ha donat molta importància al compliment del consentiment informat com a obligació formal, que ha de quedar registrat en la història clínica. Els metges i les institucions per a les que treballen consideren essencial poder acreditar documentalment el compliment del consentiment informat, amb la firma del pacient, per una banda com a ítem de qualitat assistencial que ha de tenir un percentatge alt de compliment, i per una altra banda com a instrument de defensa jurídica per al metge en acreditació del seu bon quefer.



No obstant això, si realment s'integra el valor del respecte a l'autonomia del pacient en la professió, com a deure ètic més enllà del deure legal, el seu contingut va molt més enllà del full informatiu i signatura del consentiment sense res més.

L'autonomia del pacient en la professió, com a deure ètic més enllà del deure legal, el seu contingut va molt més enllà del full informatiu i signatura del consentiment

Autonomia etimològicament significa donar-se a un mateix la norma o pauta de conducta *-auto nomos-*. Les persones assolim aquesta capacitat conforme anem desenvolupant la nostra pròpia maduresa moral i intel·lectual. Una part d'aquest desenvolupament ve determinat per l'edat i l'evolució del subjecte, factors que ja han analitzat extensament les teories de la psicologia evolutiva, i que amb criteris generals s'assoleix a una determinada edat, variable en funció del subjecte; però també són elements essencials en aquest desenvolupament la biografia personal i allò viscut. El que configura els valors vitals del subjecte, el que en diem 'història de vida' i que sens dubte conforma el substrat més bàsic a partir del qual cada persona construeix la seva pròpia autonomia. Aquesta autonomia, que parteix de la llibertat d'elecció, allò que cadascú escull pensant que és bo per a ell, no està exempta de condicionants. Per una banda, la vulnerabilitat del que se sap malalt o necessitat d'ajuda per raons de salut –encara que sigui en l'àmbit preventiu–, i al que li falta un

element essencial per exercir de forma autèntica la seva autonomia: la informació. Sense informació no hi pot haver acceptació o rebuig conscient d'alguna cosa (proposta terapèutica o diagnòstica) que afecta tan íntimament una cosa com el propi cos o la integritat física. Així, existeix un deure inicial i indefugible del metge d'informar al pacient per facilitar l'exercici d'aquesta autonomia. I aquesta informació ha de ser adequada a l'interlocutor, comprensible i veraç sense generar falses expectatives. Aquests atributs no els garanteix un paper escrit, com acostuma a ser el consentiment informat, en el que no hi ha interlocutor a qui interpel·lar, a qui consultar el dubte o davant a qui mostrar temor a allò desconegut o que comporta risc. Aquest és l'autèntic paper del metge davant el seu pacient, a qui ha d'acompanyar en l'exercici de la seva autonomia, sense imposar, sense usurpar el seu paper decisor, però estant al seu costat compartint aquest procés. Per això en el context actual de la pràctica mèdica parlem de 'decisiones compartides' o fins i tot millor hauríem de parlar de 'decisiones acompanyades', atès que la decisió ha de ser del pacient, però amb l'acompanyament professional si així ho necessita.

En el context actual de la pràctica mèdica parlem de 'decisiones compartides'

Aquest canvi de paradigma encara no és una realitat generalitzada en el nostre model de relació clínica i malgrat que portem dècades des de la bioètica treballant per això, la inèrcia



de generacions de metges que s'han format i han viscut el model paternalista pesen encara en excés. Cal seguir treballant en aquests temes, també des de l'acadèmia en la formació universitària, donant a aquests continguts la vàlua que es mereixen.

Relacions amb altres valors/ principis similars

El valor del respecte a la persona, essencialment a la seva dignitat, entronca amb tots i cadascun dels valors de la professió que es recullen en la present monografia si enfoquem l'exercici professional com a servei a les persones a les que atenem. Però més específicament, des del vessant del respecte a la autonomia de la persona, podríem vincular-lo clarament amb el valor de la comunicació i la confidencialitat.

Anteriorment descrivia la importància d'un bon procés d'informació i comunicació amb el pacient a fi de fer possible una presa de decisions correcta i amb tots els elements indispensables. L'exercici de la autonomia personal en les decisions sanitàries requereix d'aquesta bona informació, per salvar així la asimetria existent entre el metge i el pacient. En aquesta tasca informativa, una correcta comunicació, amb empatia i amb voluntat 'd'acompanyar' al pacient en el seu procés, és essencial. Hi ha professionals que ja tenen dots naturals per fer un bon procés de comunicació, però no tothom; tot i així, cal recordar que les habilitats comunicatives també s'aprenen i és un deure del metge formar-se

en aquesta faceta. Formació que hauria de proporcionar la universitat en la carrera, i que segurament l'escassa dedicació a l'entrevista clínica i poc més que tenim actualment, no són suficients. S'hauria de donar major importància a aquesta qüestió ja que, entre altres coses, un percentatge elevat de reclamacions i queixes en els nostres centres sanitaris es deuen a la percepció de 'maltractament assistencial' que té el pacient i/o la seva família, sovint generat per un mal procés d'informació i comunicació. No respectem la dignitat i l'autonomia del pacient sense una adequada informació i un correcte procés de comunicació.

No respectem la dignitat i l'autonomia del pacient sense una adequada informació i un correcte procés de comunicació

D'altra banda, el deure de confidencialitat i secret professional del metge respecte a la informació de la què disposa sobre els seus pacients, són un altre element bàsic a preservar dins del respecte a la persona i a la seva dignitat. El respecte a la confidencialitat i el deure del secret professional són fonaments de la professió ja explicitats en el Jurament Hipocràtic i replicats en tots els codis deontològics, no només del metge sinó de totes les professions sanitàries. Si un metge, per molt bon professional que sigui en la seva especialitat, no té clar el seu deure de secret vers els seus pacients, no dóna importància a la necessitat de manejar amb cura la informació, fent-ne un ús exclusivament per a la seva tasca



assistencial, extremant la cautela en els mitjans en què és compartida amb altres professionals part del procés, etc., no és un bon metge i falla en un element clau en la relació metge-pacient, com és la confiança.

La relació clínica es basa en la confiança (*confides*) que diposita el pacient en el metge, creient que tot allò que compartiran quedarà protegit i no a expenses de qualsevol. És obvi que avui en dia treballem en equip, amb mitjans tècnics per compartir de forma àgil la informació (història clínica compartida, recursos d'e-salut, telemedicina, etc.), però això no obsta al fet que es tingui clar i present l'ús restringit de la informació, el no compartir-la amb qui no sigui agent implicat, el fet d'encriptar-la protegint la identitat del pacient sempre que sigui possible, etc.

Un bon metge que respecta el seu pacient en la seva dignitat i la seva autonomia també ha de ser molt conscient del seu deure de confidencialitat.

Importància en la persona/ professional/societat

Per a un metge el respecte a la persona a la qual atén, a la seva dignitat i a la seva autonomia, és un dels primers deures ètics i deontològics a exigir, a més de ser també un requeriment legal. La nostra societat té en gran consideració el sistema sanitari i als metges en particular com a els seus actors principals. Així, valora com a molt important els aspectes relacionats amb el tracte,

la informació i la presa en consideració de l'opinió del pacient i així ho demostren les enquestes de satisfacció que es realitzen, per exemple, a Catalunya, i els resultats de les quals són útils per identificar punts febles a millorar.

Tradicionalment la figura del metge com a professió, junt amb la d'altres actors socials importants (mestre d'escola, jutge, alcalde...) era una de les més respectades socialment en les comunitats, especialment en entorns rurals o petites ciutats. En els nostres dies, amb el desenvolupament de la medicina i dels models d'atenció, la massificació de l'assistència i la superespecialització, hem caigut en una certa deshumanització de la medicina i en certa manera, també en una pèrdua de prestigi professional. El metge sovint ja no és el referent per al pacient sinó que té molts referents, segons de quin procés es tracti, i en ocasions ni tant sols és el metge en qui més confia el pacient. És necessari recuperar aquest vincle de confiança mútua i de complicitat, des d'una visió més centrada en el compartir i acompanyar que en el tutelar o dirigir el pacient. La societat demana aquest paper del metge, des del respecte a la seva persona i al seu protagonisme en la presa de decisions..

Implicacions en el quefer diari

L'exercici del respecte a la persona, a la seva dignitat i autonomia, ha d'estar present en el dia a dia del metge, sigui en la consulta, en el quiròfan, en l'exploració diagnòstica. Tot acte



mèdic ha de comportar en sí mateix aquest respecte, que es tradueix en detalls de la seva actuació que haurien de formar part del quefer de forma natural, sense necessitat d'esforç ni de sobreactuació.

Començant per l'escolta atenta del pacient en una primera o successives consultes, seguint per la informació veraç i completa que inclogui només la proposta terapèutica o diagnòstica que aconsella el metge sinó també les alternatives possibles i les conseqüències de no fer res, que sempre ha de ser una opció del pacient, i acabant amb l'ofertament d'aclarir els dubtes, dissipar temors sense falsejar la informació i en definitiva acompanyant la persona en el seu procés de decisió. Si hom analitza el seu dia a dia professional s'adonarà de quantes situacions, moments i accions es realitzen que no compleixen amb aquests paràmetres... des d'escoltar el pacient sense mirar-lo, ja que a la vegada hem d'anar escrivint a l'ordinador, actuar sobre el seu cos mentre conversem amb altres professionals que participen del mateix acte, sense el mínim respecte al pacient o considerar com viu el metge aquesta experiència, o donar per fet la presa de decisions sovint amb la família o entorn del pacient, sense comptar amb la seva opinió, per posar alguns exemples.

Hem d'admetre que en el quefer diari del professional hi ha innumbrables detalls a corregir i millorar i que poc a poc s'ha d'orientar la praxis mèdica vers un major respecte a la persona en tot el seu context i circumstància. També és cert que la pressió assistencial amb la què es treballa,

l'estrès de determinats serveis, l'exigència d'optimització del temps sempre escàs i altres circumstàncies, no faciliten realitzar la tasca com seria desitjable. Tot i així, aquestes condicions de treball, reals i clarament millorables, no són argument suficient per no fer autocrítica i millorar moltes dinàmiques. Integar el valor del respecte a la persona passa necessàriament per fer cada dia aquest exercici, amb voluntat de canvi i adaptació al nou paradigma.

Conseqüències de la seva falta de consideració

No tenir en compte el respecte al pacient en la pràctica mèdica suposa vulnerar un deure ètic essencial

No tenir en compte el respecte al pacient en la pràctica mèdica suposa vulnerar un deure ètic essencial. El metge es deu al seu pacient i això no implica actuar des d'una mirada del paternalisme beneficiant de dècades enrere; en coherència amb l'evolució de la societat, s'ha de considerar al pacient com a protagonista del seu procés de salut en el què el paper del metge ha de ser de suport i acompanyament. En la societat del segle XXI de països democràtics que han desenvolupat a tots els nivells els drets dels ciutadans, amb creixent consciència dels drets que els emparen en diferents facetes de la seva vida, i molt especialment en les generacions més



joves i que són el futur de la nostra societat, practicar la medicina des d'un altre patró que no sigui el de respecte per la persona a la que s'atén i se l'ajuda, seria estar fora de context i és èticament reprovable.

La professió mèdica ha d'avançar amb els canvis socials, no només en coneixements sinó també modificant patrons d'actuació.

Una altra derivada fonamental de no respectar el pacient, quedaria en el pla jurídic. Ja que el reconeixement explícit dels drets del pacient en la norma (Llei bàsica estatal 41/2002 d'autonomia del pacient i homòlogues lleis autonòmiques), l'incompliment del mandat legal podria ser també reclamat davant la justícia. De fet, tal com s'esmentava abans, un percentatge molt alt de reclamacions de responsabilitat al metge estan basades en la falta o deficient informació, absència de consentiment informat en determinades actuacions en què es perceptiu, o errors mèdics amb conseqüències negatives no previstes o no informades. El fonament d'aquest tipus de reclamacions és majoritàriament l'incompliment del deure jurídic de respecte a l'autonomia del pacient, segons es recull en el text legal.

Així, no respectar aquest valor suposaria que el metge actua de forma èticament incorrecta a la vegada que genera possibles responsabilitats legals que li puguin ser exigides, amb les seves conseqüències negatives a tots els nivells.

Beneficis individuals i col·lectius de la seva correcta observació

En sentit contrari el metge que actua respectant sempre la dignitat de la persona i la seva autonomia complirà amb un patró èticament correcte i legalment responsable. A nivell individual, el metge en tota la seva activitat tindrà el pacient com a centre de l'atenció, incorporant la seva opinió en la presa de decisions i acompanyant-lo, respectant la seva elecció encara que no la comparteixi. El pacient veurà en el seu metge el referent per al seu problema de salut, generant un vincle de confiança i complicitat mútua que anirà en benefici d'ambdues parts.

Ara bé, el respecte a les decisions del pacient tindrà un límit deontològic que cal esmentar: el metge no tindrà obligació de seguir indicacions del seu pacient o exigències que contravinguin el criteri de bona praxis, forçant-lo a prendre mesures contraindicades o no justificables. Si aquesta fos l'exigència, el metge estarà en el seu dret de delegar en un altre professional, per pèrdua de confiança i vincle terapèutic amb el seu pacient.

En l'àmbit col·lectiu, el metge que sigui respectuós amb el valor dignitat i autonomia del pacient complirà amb els estàndards ètics i legals exigibles al col·lectiu professional. El respecte a aquests valors és, a la vegada, una legítima reivindicació del ciutadà que espera dels seus



metges que el tinguin en compte, que respectin la seva decisió o preferència, que siguin capaços d'integrar en les propostes terapèutiques o diagnòstiques els valors vitals de l'afectat així com el seu context i necessitats integrals, no únicament clíniques.

El metge respectuós amb el pacient serà un bon metge si a més compleix amb la seva responsabilitat de correcta formació, actualització de coneixements i perícia professional.

Si tots els metges actuessin des d'aquests referents ètics de respecte, potser recuperariem aquest prestigi una mica minvat de la professió i aconseguiríem cotes més altes de benestar individual i col·lectiu.

Idees finals

El model d'atenció al pacient en el què hem d'avançar i consolidar és aquell que posa com a primer valor i essencial el del respecte a la persona. Respecte en la seva dignitat personal que només un mateix pot definir des de la subjectivitat i percepció individual del propi procés de salut o de malaltia. És un deure del metge explorar aquesta percepció subjectiva i partir sempre del màxim respecte a l'autonomia del subjecte que es concretarà en la presa de decisions. En aquest procés, que culmina amb l'exercici de l'autonomia personal, el metge té el deure ètic i legal d'acompanyar amb informació adequada i correcta la comunicació, generant confiança i complicitat amb el pacient. No pot ni

ha d'imposar criteri ni pretendre condicionar la voluntat de la persona, encara que sí aconsellar-lo en el seu millor benefici i de forma honesta i transparent, mostrant sempre un respecte a la seva persona i decisió, fins i tot quan no s'estigui d'acord amb aquesta decisió.

Encara estem en procés de canvi cap a aquest paradigma, que requereix canvis de mentalitat i de dinàmiques de treball, a més de condicions millors (temps, espai, formació...), per poder aconseguir aquesta excel·lència professional

Bibliografia

Arimany-Manso J, Clos-Maso D, Benet-Travé J. Defecto de información en las reclamaciones por responsabilidad profesional médica. *Med Clin (Barc)* 2015; 145: 49-96.

CatSalut. Servei Català de la Salut (2019). Reclamacions i suggeriments. URL: <https://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/accés-sistema-salut/reclamacions-i-suggeriments/>. [30.04.2019].

CatSalut. Servei Català de la la Salut (2018). Enquestes de satisfacció. URL: <https://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/presentacio/instruments-relacio/valoracio-serveis-atencio-salut/enquestes-satisfaccio/>. [30.04.2019].

Flavell JH, Piaget J. *La psicologia evolutiva de Jean Piaget*. 3 ed. Barcelona: Paidós; 1987.

Generalitat de Catalunya. Departament de Salut (2015). Carta de drets i deures de la ciutadania en relació a la salut i l'atenció sanitària. URL: http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Sistema_de_salut/CBC/recursos/documentos_tematica/repositori_ass.pdf. [30.04.2019].

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín



Oficial del Estado, n.º 274. URL: <https://www.boe.es/eli/es/l/2002/11/14/41/con>. [12.06.2019].

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, n.º 102. URL: <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14/con>. [12.06.2019].

Terribas i Sala N. Derechos del paciente. En Beca JP, Astete C, eds. Bioética clínica. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2012. p. 178-91.

Torralba F. ¿Qué es la dignidad humana?: ensayo sobre Peter Singer, Hugo Tristram Engelhardt y John Harris. Barcelona: Herder; 2005.





— 2 —

Compassió

LYDIA FEITO GRANDE



Lydia Feito Grande

Professora de Bioètica i Humanitats Mèdiques
Facultat de Medicina, Universidad Complutense de Madrid

Professora de Bioètica i Humanitats Mèdiques a la Facultat de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. Dirigeix allà també un Seminari d'Investigació en Bioètica.

Doctora en Filosofia i Lletres per la Universidad Pontificia Comillas de Madrid. Doctora en Psicologia (Neurociència) per la Universidad Complutense de Madrid. També és Magister en Bioètica per la Universidad Complutense de Madrid i Magister en Neuropsicologia Cognitiva i Neurologia Conductual per la mateixa universitat.

El seu treball com a docent i investigadora s'ha desenvolupat principalment en el camp de l'ètica aplicada. Les seves línies d'investigació més rellevants es refereixen a la fonamentació de la bioètica, l'enginyeria genètica, l'ètica professional, l'ètica de la cura, l'educació en bioètica i, últimament la bioètica narrativa i la neuroètica.

Preocupada per la transmissió del coneixement, li ha interessat sempre l'aspecte educatiu i la formació en valors per a la convivència ciutadana. Concep la bioètica com a quelcom més ampli que una ètica professional, com una ètica de la vida i, per tant, un espai de reflexió per a l'ètica civil.

Vocal del Comitè d'Ètica del Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Vocal del Comitè d'Ètica de CASER. Membre del Grup d'Ètica i Bona Pràctica de la Sociedad Española de Fertilidad. Forma part de consells científics de diverses revistes i dirigeix la revista *Bioètica Complutense*.

També, els mecanismes cerebrals del coneixement, de la presa de decisions, el paper de les emocions i les conviccions en les accions humanes són alguns dels temes en què treballa actualment, doncs en ells s'enllacen la preocupació per la filosofia de la ciència, l'epistemologia, la neurociència i l'ètica.

És professora invitada de nombrosos màsters i cursos de formació especialitzada en bioètica. És presidenta de l'Associació de Bioètica Fonamental i Clínica. Vicepresidenta del Comitè d'Ètica de l'Instituto de Investigación sobre Enfermedades Raras de l'Instituto de Salud Carlos III.

Publicacions

Feito L. *Ética y enfermería*. Ed. San Pablo. Madrid, 2009. ISBN: 978-84-285-3525-0

Feito L, Domingo T, eds. *Investigación en bioética*. Madrid: Dykinson / Universidad Rey Juan Carlos; 2012. ISBN: 978-84-9031-013-7.

Feito L, Gracia D, Sánchez M, eds. *Bioética: el estado de la cuestión*. Madrid: Triacastela; 2012. ISBN: 978-84-95840-64-6.

Domingo T, Feito L. *Bioética Narrativa*. Madrid: Escolar y Mayo; 2013. ISBN: 978-84-16020-02-7.

Feito L. La antropología actual: nuevos problemas para pensar sobre el ser humano. En Alonso C, ed. *Nuevas tecnologías y nueva antropología*. Madrid: UPCo; 2015. p.29-57.

Feito L. Atención humanizada a la salud reproductiva de las mujeres. En Boladeras M, Goberna J, coords. *Bioética de la maternidad. Humanización, comunicación y entorno sanitario*. Barcelona: Edicions de la Universitat de Barcelona; 2016. p.71-82.

Feito L. Bioética feminista y del cuidado. En Ferrer JJ, Lecaros JA, Molins R, coords. *Bioética, el pluralismo de la fundamentación*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 2016. p.359-92.

Feito L. *Ética del cuidado en las profesiones sociosanitarias* Revista de Documentación Social 2017; 187: 29-47.

Feito L. La neuroética y la posibilidad de la mejora humana. *Folia Humanística* 2018; 9: 1-20. DOI: <http://dox.doi.org/10.30860/0038>.

Feito L. ¿Qué significa humanizar la medicina?. En J.A. Sacristán JA, Millán J, Gutiérrez JA, eds. *Medicina centrada en el paciente Reflexiones a la carta*. Madrid: Unión Editorial/Fundación Lilly; 2018. p. 49-54.

Compassió

El terme '*compassió*' ve del llatí *compassio*, traducció de la paraula grega *συμπάθεια* (*sympathia*), un terme que en la seva forma verbal està compost de *συν* + *πάσχω* = *συμπάσχω*, és a dir 'patir junts'. *Compassió* és, doncs, patir-amb, el que implica no ser indiferent davant del que els passa a les altres persones, i incorpora també un desig d'ajudar o col·laborar en l'alleujament del sofriment. Davant la vulnerabilitat dels éssers humans, i com a compromís responsable amb el món, la compassió és la resposta ètica adequada. Analitzarem a continuació aquest punt de partida de la compassió, la condició vulnerable de l'ésser humà, per després referir-nos a la resposta ètica apropiada, cosa que exigeix diferenciar aquest valor d'altres adjacents com l'empatia, i finalment abordarem els compromisos professionals que tot això suposa per als metges.

La condició vulnerable de l'ésser humà

Els éssers humans som fràgils i vulnerables. Aquesta és una condició antropològica de la qual no podem escapar. Ser vulnerable implica la possibilitat de patir mal, estar en una situació d'amenaça, el que, en certa mesura, és consubstancial a la mateixa vida. Per tant implica ser susceptible de rebre o patir una

cosa dolenta o dolorosa com una malaltia, i també tenir la possibilitat de ser ferit física o emocionalment. Les formes en què les persones poden ser ferides són innumbrables i, tot i que tinguem habitualment una confiança bàsica en la possibilitat de seguir vius (el que és imprescindible per poder realitzar els nostres projectes i mirar cap al futur), també som conscients d'aquesta fragilitat.

També les condicions socials poden fer a l'ésser humà vulnerable, mentre que limiten les seves possibilitats d'enfrontar-se a l'adversitat. Per exemple, si algú viu en condicions miserables sense mesures higiènic-sanitàries bàsiques, tindrà probablement més possibilitats de contraure malalties. La clau no és llavors que la persona sigui més fràgil que altres, sinó que són les seves condicions les que la col·loquen en aquesta situació en la que té menys defenses davant les amenaces i perills.

I hi ha també una fragilitat davant l'existència del 'mal moral' que fereix en un altre sentit, que pot ser més punyent, malgrat la seva falta de marques físiques. Es tracta de les situacions en què s'és víctima d'una injustícia, de la discriminació, de la desigualtat, o de qualsevol altra situació en què, en deixar de realitzar un valor, s'ha fet mal a una persona, o se l'ha convertit en més fràgil, o se li ha impedit realitzar la seva vida i els seus projectes.



La vulnerabilitat té a veure, doncs, amb la possibilitat de patir, amb la malaltia, amb el dolor, amb la fragilitat, amb la limitació, amb la finitud i amb la mort.

La resposta ètica de la compassió

La vulnerabilitat intrínseca de l'ésser humà és una constatació que ens porta a identificar-nos amb el patiment de les altres persones. Observem la nostra pròpia experiència i també el patiment i fragilitat d'altres, i amb això comprovem que som iguals, que entenem el que estan sentint els altres, i que, en la seva situació, a nosaltres també ens agradaria que ens ajudessin. El reconeixement de la nostra radical igualtat fa aparèixer un sentiment de compassió, això és, de patir-amb l'altre el seu mateix sofriment. Aquest reconeixement que tots podem ser víctimes és la base de la idea d'igualtat i també d'un mandat moral molt antic: la 'regla d'or', que indica que no hauríem de fer als altres el que no voldríem que ens fessin a nosaltres. Per tant, convida a l'acció per evitar o alleujar el sofriment.

La capacitat de reconèixer a les altres persones com a iguals i comprendre els seus sentiments rau en l'existència de les 'neurones mirall', encarregades d'interpretar les accions d'altres subjectes. Quan observem que algú fa alguna cosa, en el nostre cervell s'activen les mateixes zones cerebrals que si nosaltres estiguéssim fent la mateixa acció. Aquesta és la base de la capacitat de comprendre els altres, d'imaginar-nos en la mateixa situació. Per això, neuro-científics com V.S. Ramachandran, o G.

Rizzolatti, afirmen que aquestes neurones mirall són les 'neurones de l'empatia' perquè ens permeten entendre les emocions de les altres persones i les raons de les seves accions. La capacitat de col·locar-nos en la perspectiva d'una altra persona, comprendre el que fa, perquè ho fa, i com se sent, és el que anomenem empatia. Es tracta de situar-se al lloc d'un altre per veure el món des del seu punt de vista.

A més dels components biològics, hi ha també elements culturals, d'aprenentatge, que són essencials perquè es desenvolupin aquests comportaments d'empatia

A més dels components biològics, hi ha també elements culturals, d'aprenentatge, que són essencials perquè es desenvolupin aquests comportaments d'empatia. Els entorns culturals molt individualistes o que promoguin la distància emocional i l'anonimat, on no es conreen l'amistat, l'ajuda, l'amabilitat, la solidaritat, etc. probablement no donaran lloc al fet que les persones siguin molt empàtiques. No obstant això, les cultures basades en la relació humana d'ajuda mútua, d'atenció als que tenen més necessitats, de comprensió de la situació de l'altre i de no indiferència davant el seu patiment, produiran persones més propenses a l'empatia i la compassió.

Això suposa que aquestes actituds es poden promoure i cultivar. Hi ha alguns estudis que demostren com es pot modificar la capacitat de compassió mitjançant, per exemple, la meditació. En aquest sentit, es poden utilitzar tècniques mentals com el 'entrenament de bondat amorosa' (*loving kindness training*) que conrea



l'amabilitat cap a les persones i els resultats mostren un impacte beneficiós en els sentiments d'afecte positiu, un desenvolupament de recursos personals i un estat de benestar, que es tradueixen en una major actuació d'ajuda cap als estranys i, conseqüentment, en una actitud més altruista i prosocial. Això vol dir que les actituds i la capacitat de sentir el patiment d'un altre poden modificar-se, generant fins i tot canvis en el cervell (en les zones implicades en les emocions). Per això és essencial prestar atenció a com cultivem i promovem comportaments compassius. És clar que els models educatius que fomenten valors d'altruisme o col·laboració treballen amb la compassió com a element fonamental per a sustentar l'acció i generen compromisos amb el seu desenvolupament i promoció. Les persones compassives no només senten commiseració i simpatia cap a les persones vulnerables, sinó que adopten una actitud activa d'ajuda davant de les situacions de sofriment, en la convicció que no és possible la indiferència. Això implica que la compassió s'entrellaça amb altres valors fonamentals com la pau o la justícia, ja que la comprensió del dolor d'un altre implica necessàriament una opció per la no violència i una preocupació per les situacions que generen més vulnerabilitat. Des del punt de vista del desenvolupament personal, això vol dir apostar pel desplegament d'una sensibilitat i una capacitat de resposta davant el sofriment.

Convé tenir en compte, però, que empatia i compassió es diferencien en el fet que l'empatia fa referència a aquesta capacitat de comprensió de l'estat emocional de l'altre, aquest 'posar-se al seu lloc', mentre que la compassió sol incloure aquesta comprensió, però, sobretot, és un sentiment autèntic de dolor compartit, a què s'uneix el desig sincer d'alleujar el sofriment.

També cal diferenciar la compassió de la simpatia, la proximitat emocional que es pot produir davant els sentiments de l'altra persona. La simpatia pot generar reaccions de sintonia emocional que, en el cas dels metges pot posar en perill la necessària distància que protegeix al professional del desgast que produeix el contacte amb el sofriment i de la pèrdua d'equanimitat en les seves decisions per excés d'implicació afectiva.

L'específic de la compassió recau sobre l'acció per alleujar el sofriment, un cop reconegut

L'específic de la compassió recau sobre l'acció per alleujar el sofriment, un cop reconegut. No és, per tant, una fingida commiseració, ni un sentiment de llàstima, tampoc és la comprensió propiciada per l'empatia, ni la identificació amb les emocions de l'altre que genera la simpatia, sinó un autèntic valor d'humanitat basat en el reconeixement del patiment, el condol davant del mateix, i l'altruisme que reclama una actuació d'ajuda benèvola.

La compassió implica un reconeixement de l'altre ésser humà com algú igual que un mateix, vulnerable i susceptible de ser ferit, que reclama atenció i exigeix una resposta. Es contraposa a l'egoisme i la crueltat, i obre un espai per a l'ajuda i la col·laboració humana. És una categoria ètica fonamental en el budisme, per al qual tots els éssers estan connectats, de manera que l'amor i la compassió cap a tots els vivents és una manera d'aconseguir la saviesa i la felicitat. I en el cristianisme es considera també que és una virtut a desenvolupar, ja que implica considerar l'ajuda al proïsme com un valor fonamental.



Davant la vulnerabilitat de l'ésser humà és, doncs, necessària una resposta ètica: la compassió. La condició fràgil inaugura la dimensió solidària i posa en joc una resposta d'atenció sol·lícita. La compassió es pot realitzar en forma de tenir cura de l'altre, atenció a la seva necessitat o sol·licitud. Aquest tenir cura que s'atorga gratuïtament davant la vulnerabilitat de l'altre, prenent el seu bé, és una manera de comunicació entre éssers que reconeixen l'altre com un igual, com a algú que mereix viure. Això suposa el reconeixement del sofriment i la implicació en forma de compromís per actuar, ajudant als que estan en situació desfavorida a canviar o superar aquesta circumstància.

La reflexió sobre la importància de tenir cura en la vida humana no és nova. La filosofia ha analitzat aquesta qüestió des de la seva rellevància antropològica i també l'ètica s'ha preocupat per les actituds de cura, sol·licitud i benevolència destacant el seu profund significat moral. Entre les tradicions i propostes de la història de la filosofia que podrien esmentar-se referent a això estan, per exemple, al segle XX, autors com M. Heidegger, E. Levinas o P. Ricoeur, que mostren com no pot construir-se una reflexió sobre l'ésser humà sense atendre la seva debilitat i a les arrels del seu comportament sol·lícit d'ajuda a l'altre.

En el context de les professions sociosanitàries, la cura com a resposta adequada davant el patiment ha rebut també una notable atenció, especialment des de la infermeria. En la caracterització de la cura ocupa un lloc rellevant la compassió, com a virtut que s'ha de desenvolupar per respondre adequadament davant el patiment, i com a compromís moral amb el sofriment de les persones.

La compassió com a valor professional

Desenvolupar una certa sensibilitat davant el sofriment i una capacitat de resposta, és una exigència ètica. La compassió és el compromís que s'assumeix pel reconeixement de la igualtat davant la vulnerabilitat entre els éssers humans, i exigeix portar la seva major realització possible, la col·laboració i l'ajuda desinteressada. En el context de la bioètica i recollint la tradició de la professió mèdica, aquesta obligació de resposta davant l'altre sofrent s'expressa en el principi de beneficència, que exigeix prendre en consideració el bé del pacient i actuar per promoure-ho.

Desenvolupar una certa sensibilitat davant el sofriment i una capacitat de resposta, és una exigència ètica

Encara que en la formulació de Beauchamp i Childress la compassió es situa com una virtut a desenvolupar paral·lelament a l'observança dels principis, i és confon amb la simpatia i, per tant, s'enten com una acció amb una implicació emocional que pot 'ennuvolar' el judici del professional, la veritat és que la beneficència suposa, en la seva concepció més general, un compromís pel bé de la persona i, per tant, exigeix un fonament ètic que rau en el reconeixement de l'altre com a subjecte amb dignitat que mereix ajuda. Cal observar que, segons l'indicat anteriorment, l'arrel última d'aquest reconeixement es troba a la consideració d'un tret humà de



vulnerabilitat que ens fa iguals i que suscita l'acció. Per això, abans de la reclamació de drets s'evidencia el reconeixement humà, el que implica afirmar que la compassió és un valor fonamental, més radical que qualsevol obligació teòrica, vinculat a l'emoció i la sensibilitat, si bé la seva exigència i promoció la converteixen en una tasca racional des de la qual justificar el seu exercici.

El compromís moral amb el bé del pacient suposa ajudar comptant amb l'autonomia, això és, una beneficència no paternalista

A més, cal tenir en compte que l'única beneficència possible és la que respecta i assumeix el sistema de valors del pacient, de manera que l'acció basada en la compassió no pot imposar un bé sense comptar amb la perspectiva de la persona afectada. Així, el compromís moral amb el bé del pacient suposa ajudar comptant amb l'autonomia, això és, una beneficència no paternalista.

Amb l'objectiu de restaurar l'espai de la beneficència davant d'un possible excés d'èmfasi en l'autonomia, la perspectiva de E. Pellegrino apunta que la finalitat de la medicina no pot ser altra que el bé per al pacient. Això es justifica per tres raons: perquè els éssers humans tenen una condició intrínseca de vulnerabilitat que els fa susceptibles d'emmalaltir; perquè els coneixements mèdics són un patrimoni de la humanitat custodiat pels metges i que només pot ser utilitzat per al bé de les persones malaltes (per tant, no per un benefici personal); i perquè la professió mèdica suposa un acte de compromís al servei dels malalts, una aliança de mútua confiança que imposa obligacions morals al professional. Per aquest motiu el principi fonamental de l'ètica

mèdica ha de ser llavors la beneficència, o el que Pellegrino i Thomasma denominen 'beneficència en confiança' (*beneficence in trust*).

El principi fonamental de l'ètica mèdica ha de ser llavors la beneficència, o el que Pellegrino i Thomasma denominen 'beneficència en confiança' (*beneficence in trust*)

Encara que estigui ja desterrat l'esquema paternalista i sigui irrenunciable el respecte a l'autonomia del pacient, aquests autors consideren que la relació clínica segueix sent necessàriament asimètrica, la qual cosa vol dir que la responsabilitat cau del costat del metge. Això implica que és possible formular una ètica de les virtuts en l'àmbit de l'ètica professional, la qual cosa suposa arribar a un consens sobre els objectius de la medicina. És evident que en societats plurals, amb diversos sistemes de valors, amb diverses idees de bé, es proposen models de vida i fins personals incompatibles, per això és complex parlar d'un únic bé de la vida humana. No obstant això, sí que és possible aspirar a un acord sobre el bé intern o finalitat de la professió.

La relació clínica segueix sent necessàriament asimètrica, la qual cosa vol dir que la responsabilitat cau del costat del metge

El professional ha de ser una persona virtuosa, digne de la confiança del pacient, que faci servir els seus coneixements mèdics per al bé del malalt (i no per al seu propi lucre, prestigi o poder) i que



no exploti al malalt en la seva situació de debilitat i dependència. Segons l'opinió de Pellegrino, la relació clínica es caracteritza per la situació de vulnerabilitat del pacient, la relació desigual entre metges i pacients pel què fa a coneixement i poder, i la professionalitat del metge que li dóna la possibilitat de proporcionar la millor cura possible als pacients si ells busquen la seva ajuda. Aquestes característiques donen com a resultat un tipus de relació entre el metge i el pacient basada en l'ajuda i en la confiança. I per actuar adequadament en aquest context el metge ha de desenvolupar una sèrie de virtuts, entre les quals es troba la compassió:

- *Fidelitat a la promesa*: no traïr la confiança del pacient.
- *Benevolència*: procurar el bé integral del pacient.
- *Abnegació*: assumir sacrificis per garantir el bé del pacient. Subordinar els interessos personals a la fi de la medicina, en fidelitat al compromís assumit.
- *Compassió*: 'sentir-amb' el pacient el seu sofriment i dolor, el que és necessari per adaptar el tractament a les peculiaritats del pacient. Aquest és el preludi de la cura, que suposa la consideració per la persona del malalt. La compassió té un component afectiu (actuar de la manera més beneficiosa per a un pacient concret) i un altre moral (disposició per entendre intel·lectualment la singularitat del pacient).
- *Humilitat intel·lectual*: reconèixer els límits dels coneixements i admetre la ignorància honestament.
- *Justícia*: donar a cadascú el que li correspon per dret i tractar de manera igual casos iguals.

És imparcialitat, però també ajustar-se a les necessitats específiques del pacient. Justícia commutativa amb el pacient (igualtat estricta entre individus). Justícia distributiva amb la societat (és a dir, la igualtat a partir d'una distribució proporcionada, com es planteja en la medicina gestionada).

- *Prudència*: recta raó en la deliberació i en l'acció. Discerniment i decisió en àmbits d'incertesa, guiades per una elecció raonable i ponderada, buscant els mitjans més eficaços per assolir l'objectiu: el bé integral del pacient.

La capacitat de reconèixer, analitzar i resoldre les qüestions ètiques que es generen en la relació clínica és, segons aquest autor, tan important com el coneixement de la ciència. Però aquesta capacitat deriva necessàriament de comprendre que l'objectiu de la medicina és una acció curativa per a un ésser humà en particular. Per això és tan important conèixer el pacient i el seu marc de valors. En bona mesura, aquests són elements de la compassió, entesa com una cosa que va més enllà de l'empatia i que suposa la comprensió de les experiències de malaltia com a úniques per al pacient i, des d'aquí, la col·laboració en la presa de decisions ajustada el màxim possible a aquesta dimensió personal. El metge ha de saber prendre la distància necessària per no perdre l'objectivitat en les decisions tècniques, i per acostar-se al pacient i ajudar-lo en la decisió.

El metge ha de saber prendre la distància necessària per no perdre l'objectivitat en les decisions tècniques, i per acostar-se al pacient i ajudar-lo en la decisió



Prenent en consideració aquesta perspectiva, es pot afirmar que el desenvolupament de la compassió forma part de la tasca d'humanització de la medicina, en la mesura que es planteja com una clau fonamental per comprendre el sofriment i per actuar solidàriament en la recerca del bé per al pacient. Sense aquest compromís amb la compassió, l'exercici mèdic seria una simple actuació tècnica, que no tindria la dimensió humana de cura i atenció sol·lícita que li dona sentit i fonament.

Segons tot el que s'ha dit, la compassió es revela com un valor fonamental per a la vida de les persones, per als professionals mèdics i per a la convivència entre els éssers humans. En bona mesura, parlar de compassió és referir-se a la radical immersió en un context de relacions amb altres, on es produeix un reconeixement entre iguals i també una atenció solidària davant la vulnerabilitat. En l'àmbit de la medicina, la compassió es configura com una virtut a desenvolupar per a l'atenció al bé del pacient, tenint en compte la seva biografia i món de valors, com a manera de potenciar la seva autonomia i el seu projecte vital. Però també com una exigència d'acció responsable que exigeix una complexa posició d'equilibri entre la sensibilitat davant el patiment, la possibilitat de sentir amb altres, la distància necessària per no entorpir el judici clínic, el reconeixement i el respecte a les persones, i també el compromís amb una acció adequada generada des de la prudència i la saviesa pràctica.

Bibliografia

- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 5 ed. New York: Oxford University Press; 2001.
- Feito L. Vulnerabilidad. An Sist Sanit Navar 2007; 30: 7-22.
- Fredrickson BL, Cohn MA, Coffey KA, Pek J, Finkel SM. Open hearts build lives: positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. J Pers Soc Psychol 2008; 95: 1045-62.
- Lutz A, Brefczynski-Lewis J, Johnstone T, Davidson RJ. Regulation of the neural circuitry of emotion by compassion meditation: effects of meditative expertise. PLoS One 2008; 3: e1897.
- Pellegrino ED. Toward a reconstruction of medical morality. Am J Bioethics 2006; 6: 65-71.
- Pellegrino ED. Toward a virtue-based normative ethics for the health professions. Kennedy Inst Ethics J 1995; 5: 253-77.
- Pellegrino ED, Thomasma DC. For the patient's good: the restoration of beneficence in health care. New York: Oxford University Press; 1988.
- Pellegrino ED, Thomasma DC. The virtues in medical practice. New York: Oxford University Press; 1993.
- Ramachandran VS. The tell-tale brain: a neuroscientist's quest for what makes us human. New York: W.W. Norton; 2011.
- Rizzolatti G, Sinigaglia C. Las neuronas espejo. Los mecanismos de la empatía emocional. Barcelona: Paidós; 2006.
- Roach MS. The human act of caring. Ottawa: Canadian Hospital Association; 1987.



Autoconsciència emocional (reconèixer i comprendre les pròpies accions, les motivacions personals i les emocions pròpies; conèixer-se)

MARIA NOLLA DOMENJÓ



Maria Nolla Domenjó

Tècnica del Departament de Salut, Generalitat de Catalunya

Patrona de la Fundació Educació Mèdica (FEM)

Nascuda a Barcelona el 1959. Llicenciada en Medicina i Cirurgia per la Universitat Autònoma de Barcelona. Màster en Psicoteràpia Grupoanalítica per la Universidad de Deusto i Màster en Educació Mèdica per la Universitat Autònoma de Barcelona, Universitat de Barcelona i Universitat de Lleida. Membre fundadora de la Fundació Educació Mèdica. La labor principal a nivell professional ha estat el desenvolupament de competències docents per als professionals de la salut en els tres nivells educatius: grau, postgrau i formació especialitzada i desenvolupament professional continu. Des de 1997 exerceix com a terapeuta grupal en el Centre Pi i Molist (prevenció i tractament en salut mental).

Des de 1987 realitza activitats de formació de formadors en diferents tipologies i modalitats. Des de 1996 realitza activitats de formació en metodologia docent i avaluativa dirigides a tutors de formació sanitària especialitzada. En els últims deu anys ha realitzat assessories per a l'administració per a l'elaboració de programes de formació sanitària especialitzada i per a programes de certificació i recertificació professional. Des de 2014 és directora adjunta de la revista de la Fundació Educació Mèdica

Publicacions

Nolla M, Palés J, Gual A. Desarrollo de competencias profesionales. *Educ Med* 2002; 5: 76-81.

Nolla M, Fornells JM. Cómo evaluar el desarrollo profesional continuo. *Portafolio. Jano Extra* Octubre 2006; 1626: 44-8.

Nolla-Domenjó M. La evaluación en educación médica. Principios básicos. *Educ Med* 2009; 12: 223-9.

Gual A, Nolla M. Regulación de la profesión médica. Madrid: Fundación Educación Médica; 2015. ISBN: 978-84-608-1290-6.

Nolla-Domenjó M, Gual A, Pallarés L, Palés-Argullós J. Guía para la definición de los perfiles competenciales profesionales. *FEM* 2015; 18: 381-6.

Nolla-Domenjó M, Martiáñez Ramírez, NL. Evaluación de las competencias en el contexto clínico real. En Martiáñez, Terrón, Gallego, Álvarez, Rubio y Hernando. *Competencias en las prácticas clínicas en ciencias de la salud. Guía de estrategias y recursos para su desarrollo y evaluación*. Madrid: Editorial Médica Panamericana SA; 2016. p.45-56.

Nolla-Domenjó M. Evaluación de la competencia docente: ¿qué debemos exigir? *Educ Med* 2017; 18 (Supl 1): 49-50.

Nolla-Domenjó M. Aprendizaje y prácticas clínicas. *Educ Med* 2019; 20: 100-4. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.12.019>.

Autoconsciència emocional (reconèixer i comprendre les pròpies accions, les motivacions personals i les emocions pròpies; conèixer-se)

La pràctica de la medicina abans de l'explosió de coneixements, del sorgiment de moltes tecnologies aplicades al diagnòstic i tractament de malalties i de l'augment massiu d'estudiants de medicina a partir de mitjans del segle XX, comportava que l'acció terapèutica del metge incloïa la relació entre metge i pacient. Sovint, la medicina com a ciència podia fer-hi poc, però es contemplava l'acompanyament del malalt, familiars i cuidadors com a un element important del quefer mèdic. Es tractava també d'alleugerir el patiment mental i no només el patiment físic. El metge establia una relació terapèutica de forma natural i formava part del seu quefer mantenir-la i reforçar-la.

Ser un 'bon' metge requereix tenir uns coneixements i unes habilitats adequats, però també hi ha una necessitat d'establir i mantenir una relació terapèutica amb els pacients i els seus cuidadors. Establir aquest vincle suposa una interacció de les esferes emocionals del metge i del pacient. Ser conscient de les pròpies

emocions i motivacions permet al clínic tenir en compte les emocions i motivacions dels altres. La construcció d'una relació terapèutica és un component essencial de la pràctica professional i un atribut clau per ser un professional.

Ser conscient de les pròpies emocions i motivacions permet al clínic tenir en compte les emocions i motivacions dels altres

Definició i delimitació de l'autoconsciència emocional

Tant en la filosofia com en diverses rames de la psicologia l'opinió que existeixen importants relacions entre les emocions i els valors està força estesa.



Els valors són conviccions morals inherents a la persona, que contenen un judici sobre allò que és correcte, bo o desitjable. Són el vincle entre les creences i el comportament. Cada persona té el seu propi sistema de valors i la seva importància rau en què són la guia segons la qual cadascú s'enfronta al món i es comporta. En definitiva, sostenen la identitat, el jo.

Els valors es generen a partir de l'entorn social de l'individu: la seva família, l'escola, el context social, els estudis, el treball, la religió, i per aquest motiu en diferents cultures prevalen valors diferents.

Els valors no són estàtics, van canviant amb el temps, per la qual cosa és necessari revisar-los per donar la resposta a allò que es busca o es desitja aconseguir. Fins i tot des de l'aprenentatge i posada en marxa d'habilitats i competències socials es poden adquirir conscientment nous valors que apropen l'individu als objectius que vol aconseguir. Aquests marcaran el pla d'acció, aconseguint no només canvis en el comportament i les rutines, sinó també en la identitat.

Les emocions són reaccions temporals davant un estímul com pot ser una determinada situació o pensament. No són ni bones ni dolentes, totes compleixen un paper adaptatiu i per tant són necessàries. Són universals i a l'igual que els valors, constitueixen guies per a la vida de les persones.

La paraula emoció deriva del llatí *Emotio*, *Emotionis*, que significa alguna cosa com moure's des d'un lloc, posar en moviment, sortir. D'alguna manera les emocions són el

motor de les persones i es relacionen amb la motivació intrínseca per fer alguna cosa.

Les emocions són senyals que proporcionen informació sobre si es viu alineat o en sintonia amb els valors o no. Ajuden a ser conscients de com està o com sent la persona en un moment determinat o davant una actuació concreta. Coneixent quina emoció provoca què, es pot descobrir si les accions van en sintonia amb els valors que hom diu tenir.

**Les emocions són senyals
que proporcionen informació sobre
si es viu alineat o en sintonia
amb els valors o no**

A la dècada dels noranta tothom recorda l'enrenou que va suposar l'aparició del llibre de D. Goleman sobre la intel·ligència emocional. L'autoconeixement és un dels pilars bàsics del desenvolupament de la intel·ligència emocional. Per a aquest fi és imprescindible conèixer la pròpia personalitat, les pròpies emocions i com es presenten davant els altres. Només així es pot potenciar la intel·ligència emocional aprofitant els recursos i oportunitats perquè s'és conscient d'elles, perquè s'és capaç de comprendre la pròpia realitat. Goleman sosté que l'autoconsciència emocional és una competència que permet connectar amb les creences subjacents, supòsits i valors i conèixer què condueix a ells. Aquesta connexió ajuda a estar alineats amb les motivacions verdaderes. És clau per comunicar els sentiments a altres persones.



L'autoconeixement és un dels pilars bàsics del desenvolupament de la intel·ligència emocional

Per a Goleman la intel·ligència emocional consisteix en 5 capacitats fonamentals:

- *Conèixer les pròpies emocions*: tenir consciència de les pròpies emocions; reconèixer un sentiment en el moment en què ocorre. Una incapacitat en aquest sentit deixa a la persona a mercè de les emocions incontrolades.
- *Manejar les emocions*: l'habilitat per gestionar els propis sentiments per poder expressar-los de forma apropiada es fonamenta en la presa de consciència de les pròpies emocions.
- *Motivar-se a un mateix*: una emoció tendeix a impulsar cap a una acció. Per això, emoció i motivació estan íntimament interrelacionades. Encaminar les emocions i la motivació conseqüent, cap a la consecució d'objectius és essencial per prestar atenció, automotivar-se, i realitzar activitats creatives. L'autocontrol emocional comporta ser capaç de posposar gratificacions i dominar la impulsivitat, la qual cosa acostuma a estar present en la consecució de molts objectius. Les persones que posseeixen aquestes capacitats tendeixen a ser més productives i efectives en les activitats que emprenen.
- *Reconèixer les emocions dels altres*: per a aquesta finalitat, la capacitat d'empatia és fonamental i també es basa en l'autoconsciència emocional. L'empatia és la base de l'altruisme. Les persones empàtiques són capaces de captar i interpretar els senyals subtils que indiquen allò que els altres necessiten o desitgen.

- *Establir relacions*: per establir bones relacions amb els altres és necessària l'habilitat de gestionar les emocions dels altres. Les competències i habilitats socials són la base del lideratge, la popularitat i l'eficiència interpersonal. Les persones amb aquestes capacitats són capaces d'interactuar de forma suau i efectiva amb els altres.

Relacions amb altres valors

La importància de ser conscient de la relació entre valors i emocions, i de com aquests poden variar, ajuda a comprendre que, si es treballen els valors i la seva congruència amb les accions, es pot detectar allò que no agrada, allò que no s'està fent i reorientar les accions cap els objectius que es desitgen aconseguir.

L'autoconsciència emocional, no seria tant un valor en sí mateix com una necessitat per millorar la relació amb els altres (siguin col·legues, altres professionals o pacients) i amb un mateix. Es tracta d'un procés completament necessari per poder guanyar coherència entre els comportaments i els valors que es volen defensar. El primer pas per comprendre els altres es prendre consciència d'un mateix.

Valors i emocions van de la mà

Valors i emocions van de la mà, i això s'entén a l'observar quan s'és congruent o no, entre allò que es fa i els valors que es diu tenir. Quan els valors i les accions estan alineats, la persona se sent coherent i en pau amb sí mateixa. No



obstant això, quan es fa alguna cosa i no va en sintonia amb allò que es creu i amb els valors, la persona se sent malament, amb insatisfacció, frustració, estrès i fins i tot pot emmalaltir.

Importància per a la persona, el professional i la societat

L'autoconsciència és la capacitat de reconèixer les pròpies emocions i com aquestes afecten l'estat d'ànim i en conseqüència el comportament. Es tracta de prendre perspectiva sobre els propis actes i pensaments de manera conscient, i és el primer pas per poder canviar el comportament i millorar, o canviar conductes inadequades o regular l'expressió de les emocions.

Quan els clínics reconeixen les seves pròpies emocions i com aquestes l'afecten a ell o ella i a les persones que els envolten són més capaços d'actuar amb autocontrol emocional

Quan els clínics reconeixen les seves pròpies emocions i com aquestes l'afecten a ell o ella i a les persones que els envolten són més capaços d'actuar amb autocontrol emocional. Això es manifesta en el seu comportament com a una sensació de calma, claredat i comunicació oberta. Quan es parla d'autocontrol emocional no s'està referint a un bloqueig o negació de les emocions. S'entén que l'autocontrol passa per la consciència i acceptació de les pròpies emocions i sentiments i a partir d'aquí es pot treballar en com gestionar-les en el dia a dia.

Els professionals de la salut, de forma conscient o inconscient s'enfronten a ansietats de mort que els projecten els seus pacients. La malaltia o dolència més lleu connecta a la persona amb la seva mortalitat en més o menys grau. Aquesta realitat fa que els professionals es defensin, sovint no atenent a les emocions que expressen els malalts i bloquejant les pròpies. A nivell organitzatiu també hi ha mecanismes de defensa per a aquestes situacions. Un exemple clàssic en l'anàlisi d'organitzacions és comprovar com la distribució de tasques d'infermeria s'organitza, així, per tasques. Una persona dóna la medicació, una altra, més tard, pren la temperatura, en un altre moment es realitzen tasques d'higiene, etc. Aquesta fragmentació de les tasques comporta que la cura a la persona també es fragmenti, de manera que no s'hagi d'abordar el pacient en el seu conjunt com a persona i amb totes les seves ansietats. L'autoconsciència emocional pot sens dubte ajudar a gestionar aquestes situacions. Si es connecta amb les pròpies emocions, se les identifica i accepta sense jutjar-les, és probable que pugui contenir, és a dir permetre que s'expressin, les emocions dels malalts i familiars.

L'autoconsciència emocional també permet al metge establir un vincle amb el pacient que si és bo ajudarà en tot el procés clínic. Les relacions comporten vincles emocionals. El de la relació terapèutica implica que aquesta té un efecte beneficiós sobre la salut del pacient. La importància d'una relació terapèutica es coneix des de fa temps en el camp de la psicoteràpia, però l'interès recent en l'atenció centrada en el pacient ha posat de manifest que s'obtenen millors resultats i proporciona una millor entesa mútua. Els millors resultats inclouen entre altres la satisfacció del pacient, la millora de l'atenció a les malalties cròniques amb major adherència al tractament.



Un aspecte essencial de la relació terapèutica és el reconeixement i la comprensió de les creences personals i els sistemes de valors dels individus involucrats, tant del professional com del pacient. Poden existir diferències entre aquests sistemes i produir-se una forta reacció emocional en el metge. Això pot influir en la seva presa de decisions i accions posteriors. La investigació neurocognitiva recent suggereix que el raonament eficaç és un procés principalment inconscient, en el que existeix una modulació del processament de la informació lògica per part de les emocions. Per exemple, l'enuig vers un pacient pot donar lloc a una resposta diferent a la que hauria donat si hagués pogut empatitzar amb el pacient.

Com incrementar o desenvolupar l'autoconsciència emocional

El primer pas per comprendre els altres és prendre autoconsciència i autoconeixement personal

El primer pas per comprendre els altres és prendre autoconsciència i autoconeixement personal. Aquests són els pilars bàsics del desenvolupament de la intel·ligència emocional: conèixer la pròpia personalitat, les emocions i com es presenten davant els altres. Només així es pot potenciar la intel·ligència emocional aprofitant els recursos i oportunitats perquè s'és conscient d'elles, perquè s'és capaç de comprendre la pròpia realitat.

La mera experiència sense reflexió, no garanteix l'aprenentatge

Des de la dècada dels noranta s'ha fet molt evident que la manera més eficaç d'aprendre dels professionals és la pràctica reflexiva. La mera experiència sense reflexió, no garanteix l'aprenentatge. Es van posar en marxa estratègies i sistemes d'avaluació per promoure l'aprenentatge reflexiu i actualment aquest continua sent el gran repte en la mesura que es tracta d'una de les maneres d'aprendre a aprendre'. La reflexió guiada per un supervisor o mentor és particularment útil per a aquest abordatge de la reflexió, ja que les creences i supòsits subjacents poden ser identificats i desafiats.

Els autors que han treballat l'aprenentatge reflexiu posen èmfasi justament en el tema que ens ocupa: en la reflexió s'han d'explorar les pròpies emocions i les que podrien experimentar els altres. Quan la reflexió es realitza amb l'ajuda d'una altra persona (igual, tutor, etc.) es produeix bàsicament de dues maneres: oral i escrita. En les dues modalitats existeix un moment de gran aprenentatge sobre un mateix que consisteix en posar paraules a allò que hom va sentir o està sentint. Sovint, després d'un impacte emocional hi ha un adormiment emocional inicial en què la persona sembla no sentir res. Poden aparèixer sensacions físiques, però no s'associen a una emoció concreta. Això pot desencadenar situacions de desconcert ja que, al no percebre la pròpia emoció, la reacció pot no ser conseqüent. En la pràctica reflexiva, quan es realitza amb el suport d'una altra persona (un col·lega, un tutor, etc.), cal relatar allò que



ha succeït, sigui de forma verbal o escrita. El relat força la persona a escollir el vocabulari. En aquests moments de relat és quan la persona pot adonar-se de fins a quin punt té les idees clares sobre les seves emocions.

Un dels instruments més utilitzats per fomentar la reflexió entre els professionals en formació és el portafoli o diari d'aprenentatge

Un dels instruments més utilitzats per fomentar la reflexió entre els professionals en formació és el portafoli o diari d'aprenentatge. En aquest instrument s'inclouen relats a propòsit dels anomenats incidents crítics. Els incidents crítics són situacions concretes que han impactat emocionalment l'estudiant o el resident, sigui perquè no s'han sabut resoldre de forma adequada, perquè han estat un èxit inesperat o simplement han tocat la fibra emocional de la persona en algun sentit.

La reflexió té a veure amb l'anàlisi sistemàtica de les accions passades per poder introduir canvis en les accions futures

La reflexió té a veure amb l'anàlisi sistemàtica de les accions passades per poder introduir canvis en les accions futures. Actualment la literatura científica proporciona instruments, generalment en forma de rúbriques, que permeten avaluar aquesta capacitat. El simple fet que la reflexió formi part del què s'ha avaluat, comporta que s'està posant èmfasi en aquesta competència, se

li està donant importància, i aquests continguts haurien de formar part de tots els plans d'estudi i programes d'especialització.

En l'aprenentatge i desenvolupament d'actituds i valors professionals juguen un paper primordial dos aspectes: l'aprenentatge per models i la cultura de l'Organització on s'aprèn. Per tant, no es tracta tant de tenir coneixements sobre ells sinó de veure com els professionals els apliquen mitjançant l'observació de les seves conductes. És molt freqüent en la conducta humana que es facin coses diferents que les que es preconitzen. D'aquí deu venir el proverbi xinès que diu 'fes el que el mestre diu, no el que fa'.

La pràctica reflexiva s'hauria d'introduir de forma explícita i sistemàtica per a què tota l'organització, assistencials i professionals en formació, desenvolupin la seva capacitat reflexiva i guanyin en autoconeixement emocional.

En la mesura que la pràctica reflexiva i l'exploració de les pròpies emocions quedi circumscrita als processos de formació en el grau i formació especialitzada, però no formi part del quefer diari dels metges, el missatge que s'està transmetent de forma implícita és que aquest tipus de coses no són tan importants. S'hauria d'introduir aquesta pràctica de forma explícita i sistemàtica per a què tota l'organització, assistencials i professionals en formació, desenvolupin la seva capacitat reflexiva i guanyin en autoconeixement emocional.



Conseqüències de la seva falta de consideració

Abans, l'aprenentatge per establir una relació terapèutica es produïa al costat del mestre veient-lo exercir. Aquest tipus de relació s'està perdent de mica en mica i els professionals de la medicina poden arribar a pensar que l'abordatge de la dimensió emocional de la persona no té a veure amb ells. Par a aquest tipus de relació tendeixen a delegar en altres professionals, principalment infermeria, però també psicòlegs, treballadors socials, etc. Una frase que il·lustra aquesta tendència és la pronunciada per Moisès Broggi poc abans de morir (2012): 'actualment els metges curen més, però consolen menys'. És a dir, des d'un punt de vista biomèdic es diagnostica i es tracta millor que abans, però s'està oblidant la dimensió emocional en la relació metge-pacient i s'està substituint per la dimensió tecnològica.

L'absència del vessant emocional també s'observa en els processos educatius i en les organitzacions assistencials. La no atenció a les emocions, és a dir, a l'esfera afectiva de les persones, comporta sofriment, no només per als pacients, familiars i cuidadors, sinó també per als estudiants, residents i professionals. Sovint només l'aprenentatge en el sí de la família, a l'escola, i mitjançant l'experiència, permet als clínics tenir en compte l'esfera emocional dels seus pacients i altres professionals amb els que treballa i poder gestionar les pròpies emocions i comprendre millor les alienes. A jutjar pels plans d'estudi de medicina, els programes de formació mèdica especialitzada i els continguts de les activitats de formació continuada, en les que la

dimensió emocional pràcticament no existeix, es podria dir que estem immersos en un període d'empobriment emocional.

A jutjar pels plans d'estudi de medicina, els programes de formació mèdica especialitzada i els continguts de les activitats de formació continuada, en les que la dimensió emocional pràcticament no existeix, es podria dir que estem immersos en un període d'empobriment emocional

Davant l'encàrrec d'aquest capítol, es va fer una cerca de paraules en els codis deontològics del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya (CCMC 2005) i de l'Organización Médica Colegial (OMC 2011). Les paraules que es van buscar van ser les següents: emoció, emocions, emocional i emotiu. Els resultats per al codi del CCMC van ser zero. Cap menció relacionada amb les emocions. Els resultats per al codi de la OMC va ser un. En el seu article 49, apartat c es diu: assegurar que el procés d'informació sigui suficientment clar i detallat, i que no hi hagi hagut coacció, pressió emocional, econòmica o qualsevol altre vici en el consentiment. D'aquest apartat es dedueix que malgrat contenir aquesta menció a l'"emocional" no es relaciona amb el que s'està tractant d'exposar en aquest capítol.

A ningú se li escapa la gran velocitat en què tot està canviant. De vegades els metges creuen que el seu paper en la societat és immutable. No obstant això, ja hi ha investigacions que demostren que amb la intel·ligència artificial es diagnostiquen millor casos de retinopatia



diabètica o melanoma maligne en comparació amb un oftalmòleg o dermatòleg expert respectivament. El tractament de diferents patologies cada cop tendeix més a un abordatge multiprofessional. Hom es pot preguntar, què aportarà el metge en l'atenció a la salut de les persones com a valor afegit en el futur per a què es mantingui aquest paper central actual. Molt probablement la part relacional serà la més difícil de substituir per les màquines. Tenir a una persona, experta, de confiança que acompanyi i ajudi a integrar què està passant i a poder escollir de forma informada i conscient sembla que pugui ser un escenari factible. El contracte social tàcit de la professió mèdica amb els ciutadans hi ha qui diu que corre el risc de trencar-se. Si els metges no atenen a la seva dimensió emocional i en conseqüència tampoc a la dels seus pacients, es corre el risc de passar de ser considerats una professió a ser merament tècnics qualificats.

Si els metges no atenen a la seva dimensió emocional i en conseqüència tampoc a la dels seus pacients, es corre el risc de passar de ser considerats una professió a ser merament tècnics qualificats

Conclusions

Les emocions formen part del ser humà i no es poden descuidar en l'atenció a la salut de les persones. L'autoconsciència emocional és imprescindible per conèixer-se a un mateix i poder comprendre millor els altres.

L'autoconsciència emocional permet abordar millor la dimensió afectiva dels pacients i construir una relació terapèutica amb malats, familiars i cuidadors.

Per desenvolupar l'autoconsciència emocional és imprescindible una pràctica professional reflexiva que aporti consciència a les pròpies emocions i ajudi a comprendre les dels altres. La pràctica reflexiva també és un model a aprendre per als professionals en formació.

Bibliografia

Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Código de deontología médica. Guía de ética médica. 2011.

Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. Codi de deontologia. 2005.

Friedman Ben David M, Davis MH, Harden RM, Howie PW, Ker J, Pippard MJ. Portfolios as a method of student assessment. AMEE Medical Education Guide no. 24. Med Teach 2001; 23: 535-51.

Goleman D. La inteligencia emocional. Barcelona: Kairós; 1996.

Groopman J. How doctors think. Boston: Houghton Mifflin; 2007.



Gual A, et al. Proceso de Bolonia (III). Educación en valores: profesionalismo. *Educ Med* 2011; 14: 73-81.

Nolla-Domenjó M. Aprendizaje y prácticas profesionales. *Educ Med* 2018; <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.12.019>.

Rodríguez de Castro, F. Proceso de Bolonia (IV). El currículo oculto. *Educ Med* 2012; 15: 13-22.

Sanders J. The use of reflection in medical education. AMEE Medical Education Guide no. 44. *Med Teach* 2009; 31: 685-95.

Schön DA. La formación de los profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones. Barcelona: Paidós; 1992.

Simpkin AL, Schwartzstein RM. Tolerating uncertainty –the next medical revolution? *N Engl J Med* 2016; 375: 1713-5.

Steinfath H. Emociones, valores y moral. *Universitas Philosophica* 2014; 31: 71-96.

Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract* 2000; 49: 805-7.





— 4 —

Receptivitat

ANTÒNIA SANS I BOIX



Antònia Sans i Boix

Presidenta del Comitè d'Ètica Assistencial de la Fundació Althaia
Màster en Bioètica per la Universitat Ramon Llull

Nascuda a Terrassa el 1949, llicenciada en Medicina i Cirurgia per la Universitat de Barcelona, especialista en Medicina Interna i Nefrologia, Màster en Bioètica per l'Institut Borja de Bioètica, Universitat Ramon Llull de Barcelona. El seu treball ha estat en gran part dedicat a l'assistència i a la millora de la formació de la Formació Sanitària Especialitzada, especialment en les matèries transversals de la formació: bioètica, comunicació, etc.

Des de 1997 fins el 2015 es dedica a desenvolupar i a implementar la formació transversal dels futurs especialistes i a desenvolupar indicadors de qualitat de la Formació Sanitària Especialitzada, havent estat designada l'any 2009 per l'Institut d'Estudis de la Salut de Catalunya com a membre del Grup Assessor de Formació Sanitària Especialitzada per al Desenvolupament i l'Operativitat de les Estructures Assessoria i Executiva, assignades a les Comunitats Autònomes per a la Formació Sanitària i Executiva, assignades a les Comunitats Autònomes per a la Formació Sanitària i des de 2010 fins al març de 2015 i pel mateix institut designada com a Membre del Grup Assessor de formació sanitària especialitzada per a elaborar el Pla de Qualitat de la Gestió Docent.

Nomenada membre de la Comissió Nacional de Nefrologia pel subsecretari de Sanitat i Consum del Ministeri de Sanitat i Consum el maig de 2006, va exercir les responsabilitats fins el maig de 2015. També va ser nomenada membre del Grup de Treball del Tronc Mèdic l'octubre de 2010 pel director general d'Ordenació Professional, Cohesió del Sistema Nacional de Salut i Alta Inspecció.

Presidenta del Comitè d'Ètica Assistencial de la Fundació Althaia. Xarxa Assistencial i Universitària de Manresa des de l'any 2002 fins el juny de 2016.

Organitza i participa com a ponent en els Seminaris de Bioètica anuals de la Fundació Althaia, Xarxa Assistencial i Universitària de Manresa des de l'any 2009 fins l'any 2016.

El 2014 organitza i participa com a ponent en les IX Jornades de Comitès d'Ètica Assistencial de Catalunya.

Participa com a docent del curs 'Atenció al pacient crònic complex' en la formació d'infermeria impartit en els anys 2013, 2014 i 2015, com també docent dels cursos 'Espais de reflexió i diàleg bioètic a l'àmbit assistencial' de la mateixa fundació, dirigits a professionals sanitaris.

Participa com a professora invitada en l'assignatura 'Professionalisme, els valors dels metges' des del curs 2012 fins al curs actual, corresponent al Grau de Medicina de la Universitat de Barcelona.

Membre de la Comissió de Deontologia del Col·legi de Metges de Barcelona des de març de 2014 fins a l'actualitat.

Publicacions

Sans-Boix A. Ciudadano, usuario, cliente, paciente, enfermo
Ensayos de bioética. Barcelona: Mapfre, S.A; 2003.

Sans-Boix A, Razonamiento sobre limitaciones al tratamiento dialítico. Ensayos de bioética. Barcelona: Mapfre, S.A.; 2003.

Fornells JM, Sans A, Cerqueira MJ, Hernández S. El programa común complementario. Educ Med 2005; 8 (Supl.2): S23-4.

Bisbe-Vives E, Alonso-Vallès L, Quera-Aymà D, Albaigès-Sans L, Sans-Boix A, Cosp X, et al. Propostes de sostenibilitat i millora del sistema sanitari públic. Annals de Medicina 2012; 95: 50-6.

Receptivitat

Definició del valor 'receptivitat' i delimitació del marc a on s'anirà a desenvolupar

La receptivitat és la capacitat que té una persona per escoltar, acceptar, acollir, rebre, gestionar i conviure amb altres persones que tenen diferents maneres de pensar i actuar, sense reserves ni pretextos, encara que aquestes siguin diferents de les que té un mateix. És el valor d'una igualtat asimètrica, a causa de la singularitat de cada persona.

El valor de la receptivitat juntament amb els altres valors seran els que formaran la manera de ser de la persona i seran l'ideal a on aquesta se sent vinculada. Els valors es tradueixen, i s'expressen i són el fonament de les actituds, i aquestes a la vegada, són les predisposicions adquirides i estables que orientaran la manera d'actuar, en una situació concreta i específica.

Si els valors modelen la consciència i el comportament, la receptivitat com a valor es farà visible per mitjà de les accions quotidianes de les persones, i condicionaran les accions de manera determinant, transcendint a través de la coherència

entre el fet de pensar i el fet de fer i entre aquest i el fet de comunicar.

El valor de la receptivitat, com tots els altres valors, té una dimensió universal i una altra individual. La dimensió individual no és la mera concreció de l'universal, sinó quelcom amb estructura i situació pròpia. D'aquesta manera cada cas concret tindrà una resposta també concreta. En dues situacions semblants completament idèntiques, l'actuació pot ser totalment distinta pel caràcter únic de cada relació receptiva interpersonal.

L'acció derivada de l'actitud receptiva és una actitud oberta, discreta, és l'escolta, és l'acollida de l'altre i del seu reconeixement, a on l'altre és el protagonista sigui qui sigui

L'acció derivada de l'actitud receptiva és una actitud oberta, discreta, és l'escolta, és l'acollida de l'altre i del seu reconeixement, a on l'altre és el protagonista sigui qui sigui. Aquestes accions no són mai de passivitat, donat que la passivitat és la inactivitat, ni són tampoc d'indiferència, ja que aquesta és un menyspreu a l'altre. L'actitud receptiva possibilita la proximitat, no com un



concepte físic d'estar al costat, sinó com a sinònim d'estar al costat de l'altre, atenent el que diu i el que sent.

En el valor receptivitat és necessari incorporar el concepte de respecte que en Richard Sennet tradueix com psicologia de l'autonomia, que implica acceptar de l'altre el que un mateix no entén, o sigui, acceptar els altres sense preguntar-se com són ni com pensen.

La receptivitat com a valor té una especial rellevància en l'acte assistencial d'atenció a la persona malalta i vulnerable que busca ajuda, ser sanada de la malaltia que pateix, o ser alleugerida del dolor, quan segons la praxi mèdica la guarició no sigui possible. L'acte en el qual la persona malalta demana ajuda pot ser fet en una institució sanitària o en el domicili del mateix pacient i té el seu màxim denominador en la trobada metge-pacient com a persona vulnerable que ha de ser alleugerida del patiment que pateix per causa de la seva malaltia. I no serà una trobada metge-usuari, usuari com a persona que utilitza i gaudeix d'un determinat servei ni com metge-client, com a persona que mercadeja amb un servei. Els termes usuari i client han intentat visualitzar una simetria en la relació metge i malalt en una relació contractual entre les parts, fet que no es dona per l'asimetria de poder implícita en la condició d'estar malalt.

Els termes usuari i client han intentat visualitzar una simetria en la relació metge i malalt en una relació contractual entre les parts, fet que no es dona per l'asimetria de poder implícita en la condició d'estar malalt

Relació amb altres valors

La receptivitat com a valor es posa de manifest en la relació entre persones amb les seves accions i omissions i té un especial interès el fet de coexistir i practicar-se juntament amb altres valors. En l'àmbit de l'atenció sanitària, al metge que l'assumeixi es convertirà en una persona més sensible a les necessitats tant a les pròpies de la seva vida quotidiana com les de la seva pràctica assistencial.

Els valors a tenir en compte, entre altres, i que es descriuen com importants i determinants en la conducta del metge com a persona en relació amb l'actitud receptiva són:

- *La flexibilitat i la tolerància.* La flexibilitat com a valor és l'actitud que capacita a la persona per saber adaptar-se a les diferents situacions de la vida i no aferrar-se a què les situacions romanguin sempre igual. La persona flexible requereix tenir una mentalitat oberta a noves situacions o a noves circumstàncies que li ofereixin oportunitats de canvi. La tolerància és un valor exigible a tota persona oberta, que no és sinònim d'acceptar ni de compartir la totalitat de l'altre. Capacitat de saber escoltar i acceptar els altres, valorant les diferents formes de pensar, en definitiva és el respecte vers la diferència, admetent en els altres una manera de ser i d'actuar diferents. La flexibilitat i la tolerància s'han de practicar tant en els pacients com amb un mateix.
- *L'escolta i l'hospitalitat.* L'escolta i l'hospitalitat són valors implicats en el valor de la receptivitat. L'actitud hospitalària serà la de cedir al pacient, un lloc no solament físic,



sinó també ambiental a on pugui expressar-se amb comoditat i sense barreres. Aquesta trobada estarà condicionada a què s'estableixi una escolta activa a fi de conèixer les seves necessitats, les seves preferències i comprendre-les. Perquè la comunicació sigui efectiva requereix prou temps i exigeix la voluntat explícita de l'interès per saber. Per practicar una escolta correcta no fa falta estar conforme amb els missatges emesos pel pacient, sinó captar el que diu i perquè ho diu, sent totalment incorrecte mostrar una aparença malintencionada d'escolta.

- *La confiança i l'esperança.* Els dos valors coexisteixen en la praxi mèdica si l'actitud és de receptivitat. El pacient confia en el metge si capta en ell l'acompliment científicotècnic competent, capacitat de resolució i competència humana persistent. La confiança serà la força positiva que ajuda al pacient a anar cap endavant i que li oferirà seguretat en mig de la incertesa dels diferents camins a què pot derivar la seva malaltia. La confiança es traduirà en esperança en poder oferir possibilitats de curació, en el fet d'oferir disminució del dolor i ajuda per assumir les dificultats. Solament es podrà transmetre esperança des de la proximitat receptiva que no proximitat física. Amagar les dificultats que es pot trobar en el camí no és transmetre esperança.
- *Honestedat i transparència.* La persona que actua amb actitud honesta intenta obrar de manera sincera, senzilla, verídica i transparent. De les seves actuacions pot fer un judici crític i és capaç de reconèixer els seus errors, i actuarà seguint les directrius de la seva consciència. En l'honestedat fa falta la transparència i aquesta es manifesta en l'harmonia entre el pensament, discurs i acció. Aquesta harmonia en l'actuació

farà que els altres entenguin clarament les seves intencions i objectius. La transparència facilitarà vincles interpersonals i socials i en serà el primer valor per establir una relació humana sòlida. En la relació del metge amb el pacient l'honestedat i transparència farà que aquest últim pugui ser coneixedor de la realitat i pugui en definitiva prendre decisions i prioritats respecte a la seva malaltia.

Importància en la persona/ professional/societat

La persona receptiva es relaciona amb les altres persones de manera tolerant i flexible, sense prejudicis sobre el seu interlocutor, permetent que aquest s'expressi i que se senti escoltat. Actitud que li portarà també a entendre que la raó no està d'un sol costat, ni tampoc es deixarà influir pel raonament dels altres, sinó que escoltarà i rebrà raons per finalment prendre decisions. El valor de la receptivitat fa ser a la persona més empàtica i respectuosa, característiques que li propiciaran una major convivència dins de la família, en el lloc de treball i en la societat.

La receptivitat com a valor propicia la confiabilitat 'confiança' en les relacions entre les persones i és imprescindible en la trobada del metge amb el pacient. Confiabilitat en gran part fonamentada en la competència tècnica del metge, relacionada aquesta als coneixements i a les habilitats professionals i a la competència humana, que es tradueix en el com es porta a la pràctica la praxi mèdica des del punt de vista humà, en incorporar una actitud i una conducta afavoridores de la confiabilitat.



La receptivitat com a valor propicia la confiabilitat 'confiança' en les relacions entre les persones i és imprescindible en la trobada del metge amb el pacient

La comunicació personal, cara a cara, metge-pacient, que mostri una actitud receptiva activa, amb la mirada dirigida cap al pacient des d'una perspectiva integral, derivarà cap a una relació de confiança i respecte. De la confiabilitat derivarà a la fiabilitat que ofereix el metge en respondre de forma satisfactòria a les expectatives dipositades pel pacient davant la situació complexa i incerta com és estar malalt. Així mateix en els espais de relació virtual metge-pacient cal practicar en la mateixa mesura l'actitud receptiva.

L'actitud receptiva en la trobada metge-pacient és determinant i possibilita que es pugui edificar un estat d'ànim esperançador basat en la mútua relació. L'esperança del pacient comença molt abans de la trobada metge-pacient. El pacient té expectatives favorables en el sistema sanitari o en el metge per informació rebuda amb anterioritat, però una vegada ja hi ha hagut la relació interpersonal el pacient espera del metge la curació, l'alliberació del dolor, comprensió i el no abandonament. El metge en la trobada en la qual s'ha aconseguit la confiança espera ser útil en les necessitats del pacient.

En l'esfera social l'actitud receptiva de la persona aporta sensibilitat en diversos aspectes, com poden ser els problemes ambientals, socials, econòmics..., participant en la seva deliberació, buscant hipòtesis i formulant problemes i solucions.

Una societat receptiva tindrà integrat el valor de la receptivitat en les seves accions i pensaments tolerant la diversitat i els diferents models de comportament, admetent la seva manera de ser i de fer. A la pràctica afavorirà la inclusió i convivència de col·lectius diferents. El sol fet de pertànyer a una societat o organització que tingui una actitud receptiva no valida la pràctica de la receptivitat d'una persona en concret. La no acceptació en la diversitat de pensar, del fer, cultural, religiosa, etc. crea conflictivitat i propicia la no convivència.

Implicacions en el quefer diari

Ser receptiu implica estar capacitat per poder deliberar amb professionals de diferents perfils, amb els pacients i amb els diferents agents socials en què el metge, en l'exercici de la seva professió haurà de prendre partit, i posicionar-se sobre quina acció o posició és la més apropiada davant de situacions de no consens, o bé quan existeix un conflicte latent de valors entre les parts.

En aquesta trobada metge-pacient la receptivitat es fa present no solament en el llenguatge, les paraules i atenció a les seves paraules sinó en el to de veu, en la mirada cap al pacient, en el temps emprat i en l'actitud relaxada.

En l'escenari de la relació metge-pacient, relació que és de cara a cara, el metge que mostri una actitud receptiva i una mirada cap al pacient des d'una perspectiva integral, en la que estiguin presents totes les dimensions de la persona: biològica, social, psicològica i espiritual, farà possible el diàleg i la deliberació amb aquest, facilitant així el coneixement per part del metge



dels valors associats al mateix, i que han de formar part de la presa de decisions clíniques, i a més amb el seu coneixement encoratjar al mateix pacient en la implicació al tractament, fent-li partícip del seu procés de curació.

El model hipocràtic centrat en la beneficència/no maleficència actualment és insuficient.

L'actitud receptiva centrada en totes les dimensions del pacient propiciarà la confiança i respecte mutus. Tan important és que el pacient tingui confiança en el metge com que el metge ho sàpiga. La confiança mútua fruit d'una actitud receptiva, junt amb altres valors reforçarà en el metge les decisions que li calguin prendre.

L'actitud receptiva en la relació metge-pacient, quan la confiança ja s'ha establert, juga un paper determinant en la presa de decisions

L'actitud receptiva en la relació metge-pacient, quan la confiança ja s'ha establert, juga un paper determinant en la presa de decisions. El metge actua tenint en compte les preferències del pacient i queda alliberat de practicar una medicina a petició del pacient, per a satisfer les seves inquietuds, i d'una medicina defensiva per temor a possibles litigis.

El metge amb actitud receptiva practica la tolerància i afavoreix la convivència que, exercida amb respecte mutu davant de valors i opinions diferents, facilitarà la col·laboració interpersonal i crearà sinèrgies com a resultat de les aportacions dels diferents professionals, obrint-se així mateix

l'oportunitat de conèixer altres punts de vista i de possibilitat, tant en l'àmbit assistencial com en el de la recerca i docència.

La receptivitat del metge es manifesta també responnent a les preguntes o dubtes plantejades pel mateix pacient o familiars en relació amb altres possibles tractaments basats en medicines complementàries. El metge ha de facilitar la informació de l'evidència, eficàcia i contraindicacions del tractament complementari. En la informació ha d'advertir del caràcter no convencional sinó complementari del tractament consultat i que aquest no és substitutori de cap tractament anteriorment prescrit. Si el metge no practica les medicines complementàries, ha de facilitar que un altre professional pugui ajudar a donar la informació necessària per a resoldre els dubtes del pacient o familiars.

Conseqüències de la seva falta de consideració

La comunicació interpersonal metge-pacient no receptiva derivarà en una manca de confiança. La poca confiança dipositada del pacient cap al metge a més de disminuir el valor social de la relació disminuirà també el valor de l'èxit de la intervenció terapèutica.

L'actitud poc receptiva i distant del metge cap al pacient, si en un primer lloc pot considerar-se com a una estratègia per la seva protecció davant de les múltiples inquietuds, pot propiciar un sistema d'arrogància on el pacient no és vist com una persona sinó com una malaltia.



En la no receptivitat en la relació metge-pacient, el pacient no serà un receptor d'ajuda perquè el metge no ha incorporat les seves valoracions i preferències en l'acte assistencial. En aquesta situació el pacient es convertirà en un espectador de les seves necessitats, poden en certa manera ser manipulats pel metge i/o adquirir un complex d'inferioritat en dependre íntegrament del metge.

És prou sabut que l'adhesió al consell terapèutic és multifactorial i difícil el seu compliment, quan el tractament ha de ser seguit per un llarg període. La falta de la seva actitud receptiva on el coneixement de les preocupacions, prioritats, motivacions i objectius vitals del pacient, són obviades pel metge, aquest no podrà compartir amb el pacient la responsabilitat del consell terapèutic.

La receptivitat com a fruit de la relació personal, pot estar totalment distorsionada o fer-se invisible, en prioritzar l'especialització mèdica com sinònim de l'exercici de la medicina subdividida en parcel·les, en dipositar suma confiança en la tecnologia i en la malaltia de l'òrgan. Si bé l'especialització és totalment necessària per a l'augment i desenvolupament del coneixement, en ella veiem freqüentment que la relació metge-pacient està basada en un interrogatori molt dirigit, en què el pacient solament respon amb monosíl·labs, obtenint dades clíniques necessàries però incompletes per a un correcte diagnòstic i tractament, perquè no incorpora les dades de les preferències i valors del pacient.

Beneficis individuals i col·lectius de la seva correcta observació

Els valors en general i en aquest cas el valor de la receptivitat són el motor i el canvi de les actuacions, tant personals com professionals, en les institucions i en la societat que serà flexible, tolerant, acollidora i sensible. Seran indicadors d'una direcció de transformació cap a l'excel·lència humana i social.

Les característiques d'actuació que implica ser receptiu augmenten la satisfacció del metge i del pacient. El metge entén i capta la personalitat del pacient, adapta el seu llenguatge sent així el diàleg més directe, fructífer i com a resultat, més positiu. A major i millor informació i confiança, major satisfacció del pacient i del metge.

Una institució o una societat receptiva que ofereixi la veu i escolti la ciutadania en relació a l'atenció als problemes de salut en les seves polítiques, generarà una resolució més eficient dels mateixos

Una institució o una societat receptiva que ofereixi la veu i escolti la ciutadania en relació a l'atenció als problemes de salut en les seves polítiques, generarà una resolució més eficient dels mateixos en estar associats a les prioritats que s'hagin determinat, sense la creació de conflictivitat en competir pels mateixos recursos, augmentant així mateix la percepció de qualitat i equitat del servei.



L'avaluació col·lectiva, reflexionada dins d'un procés receptiu-deliberatiu, serà determinant per prioritzar la prestació de serveis, sense veure's aquests condicionats als costos, sinó a la deliberació i racionalitat.

Resum/Missatges finals

Els valors i en concret la receptivitat és una qualitat real i ideal. És una exigència que orienta al metge cap a una finalitat per realitzar d'una manera determinada la seva praxi mèdica. El valor serà l'ideal al qual la persona se sent vinculada i l'ideal serà al model per ser imitat.

Els valors es transmeten amb l'exemple i no amb la doctrina. La força resideix en com un model és susceptible d'imitació per la seva forma de ser i de fer.

El metge que vulgui aconseguir una actitud receptiva haurà d'adquirir-la practicant-la. L'adquisició dels valors és una tasca i una opció personal i determinarà la seva singularitat com a metge.

La pràctica dels valors mereix una revisió contínua per a donar la millor resposta a les necessitats dels pacients, dels professionals i a les institucions en la que es presten els serveis, si fos el cas.

Bibliografia

Álvarez JM. Fidelidad a la confianza. Cuadernos de Bioética 2014; 25: 93-7.

Haynes RB, Sachett DL, Taylor DW. Compliance in healthcare. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press; 1997.

Jovell AJ. La confianza. En su ausencia, no somos nadie. Barcelona: Plataforma Editorial; 2007.

Los fines de la medicina. El establecimiento de unas nuevas prioridades. Proyecto Internacional del Hasting Center. Barcelona: Fundación Grífols; 2004.

Molins V. La confiança. Barcelona: Brúixola; 2000.

Sans-Boix A. Ciudadano, usuario, cliente, paciente, enfermo. Ensayos de bioética-3. Barcelona: Mapfre; 2003.

Torralla F. Cent valors per viure. Lleida: Pagès Editors; 2001.

Torralla F. La construcció de l'esperança: edificació i receptivitat. Barcelona: Edimurtra; 1998.





— 5 —

Honradesa i integritat

JORDI PALÉS ARGULLÓS



Jordi Palés Argullós

Director de la Fundació Educació Mèdica (FEM)

Catedràtic de Fisiologia, Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona

Nascut a Barcelona el 1950. Doctor en Medicina per la Universitat de Barcelona (1978). Catedràtic de Fisiologia de la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona. *Fellow* de la AMEE (Association for Medical Education in Europe). Acadèmic numerari de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya. Membre del Comitè Assessor de FEPAFEM (Federación Panamericana de Escuelas y Facultades de Medicina). Avaluador de l'Agència Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA) a Espanya.

Des del 1980, a més de desenvolupar la seva activitat investigadora en fisiologia, ha desenvolupat una intensa labor en el camp de l'educació mèdica, abordant, entre altres, els temes de desenvolupament curricular, definició de competències professionals, avaluació i formació en valors professionals (professionalisme Mèdic). Ha estat president de la Societat Espanyola d'Educació Mèdica (2001-2013). Membre del Comitè executiu de la AMEE (2007-2013). Des de l'any 1997 és membre del Patronat de la Fundació Educació Mèdica i, actualment, director de la mateixa i de la seva revista (Revista de la Fundació Educació Mèdica). Ha publicat diferents articles i llibres sobre diversos aspectes d'educació mèdica en revistes nacionals i internacionals, ha presentat diverses comunicacions i ha pronunciat diverses conferències i ponències en congressos d'educació mèdica, tant nacionals com internacionals, especialment a Iberoamèrica. Ha dirigit un Màster en Educació Mèdica.

Publicacions

Palés J, Cardellach F, Estrach MT, Gomar C, Gual A, Pons F, et al. Defining the learning outcomes of graduates from the medical school at the University of Barcelona. (Catalonia, Spain). *Med Teach* 2004; 26: 1-5.

Palés, J. Gual, A. Medical education in Spain: current status and new challenges. *Med Teach* 2008; 30: 365-9.

Gual A, Palés-Argullós J, Nolla-Domenjó M, Oriol-Bosch, A. Proceso de Bolonia (III). Educación en valores. *Profesionalismo. Educ Med* 2011; 14: 73-81.

Tomás I, Palés J. Spanish dental students: perception of the educational climate. *Med Teach* 2013; 35: 260-1.

Nolla M, Palés J. Educación en los valores de los médicos y del profesionalismo. La evaluación del profesionalismo. En Millán J, Palés J, Morán J, eds. *Principios de Educación Médica*. Madrid: Panamericana; 2014. p. 196-203.

Palés J. El desarrollo del personal docente. Los nuevos roles del profesor. En Millán J, Palés J, Morán J, eds. *Principios de Educación Médica*. Madrid: Panamericana; 2014. p. 327-33.

Palés J. Estrategias para el aprendizaje del profesionalismo. *Educ Med* 2015; 16: 13-6.

Palés J, Gual A, Escanero J, Tomás I, Rodríguez-de Castro F, Elorduy M, et al. Educational climate perception by preclinical and clinical medical students in five Spanish medical schools. *Int J Med Educ* 2015; 6: 65-75.

Ferreira-Valente A, Costa P, Elorduy M, Virumbrales M, Costa MJ, Palés J. Psychometric properties of the Spanish version of the Jefferson Scale of Empathy: making sense of the total score through a second order confirmatory factor analysis. *BMC Med Educ* 2016; 16: 242.

Palés-Argullós J, Gasull-Casanova A, Soto D, Comes N, Nolla-Domenjó M, Gual A. Introduciendo el profesionalismo médico en etapas precoces del currículo de medicina: un curso para alumnos de primer año del Grado de Medicina. *FEM* 2017; 20: 1-4.

Honradesa i integritat

Introducció

L'honradesa, l'honestedat o la integritat són valors transcendents en la societat i haurien de ser tinguts per tots i cadascun dels seus membres encara que desgraciadament això no és així. Donem per fet que els metges els han de tenir en un doble vessant, en la seva vida com a ciutadans i en la seva pràctica professional. D'entre les responsabilitats que fixa el 'Physicians Charter', el compromís d'honradesa i integritat o honestedat amb els pacients és considerat com un dels principals valors a observar i que va més enllà de l'àmbit de la relació metge-pacient.

Definicions

El primer problema a abordar és el de la terminologia a utilitzar. Actualment, en espanyol, solem usar de forma indistinta els termes honradesa, honestedat o integritat. No obstant això, si ens atenim de forma estricta al seu significat, recorrent a les definicions que ens dona la Reial Acadèmia de la Llengua (RAE), veurem

que aquests termes no signifiquen exactament el mateix. Revisem aquestes definicions. La RAE defineix la integritat com la condició d'una persona íntegra, d'aquella persona que és recta, probe, irreprotxable i incorruptible. Pel que fa a la honradesa, aquesta és definida com la rectitud d'ànim i integritat en l'obrar i el respecte per les normes que es consideren adequades. Finalment la RAE defineix la Honestedat com la qualitat de honest, per tant fa referència a aquell que és decent, decorós, pudorós, raonable, just, probe.

Aquestes definicions ens permeten apreciar algunes diferències que podem il·lustrar amb un exemple. Així, un polític pot ser honrat si compleix les promeses electorals, busca el benestar de l'electorat i no pretén enriquir-se a la seva costa però pot no ser honest si porta una vida privada desordenada.

No obstant això, en l'actualitat i per influència de l'idioma anglès en la qual hi ha només la paraula 'honesty' que abasta els conceptes dels termes honradesa i honestedat, s'ha anat generalitzant l'ús dels tres termes com a sinònims i fins i tot la RAE ha acabat per acceptar la sinonímia per l'ús. Per això en aquest capítol ens referirem a elles com termes que vénen a expressar el mateix significat en sentit ampli.



Relacions amb altres valors o principis similars

El valor de l'honradesa o de la integritat, en la professió mèdica, suposa l'adhesió ferma a un codi de valors morals i a una manera recta d'actuar

El valor de l'honradesa o de la integritat, en la professió mèdica, suposa l'adhesió ferma a un codi de valors morals i a una manera recta d'actuar. Per això, aquests valors impregnen o haurien d'impregnar tota l'activitat del professional mèdic. No s'entén l'observança dels diferents valors en un professional mèdic que no reuneixi el valor de l'honradesa. Tant és així, que en molts tractats i resums sobre els valors dels metges, el de l'honestedat, s'oblida, perquè es dona per descomptat. Per exemple, l'American College of Physicians, en l'última versió del seu Manual d'Ètica publicat al gener de 2019, fa una definició de la professió mèdica, indicant que està caracteritzada: 'a) per tenir coneixements relacionats amb la salut, que han de no tan sols practicar amb els seus pacients, sinó que a més han expandir i ensenyar, b) per tenir un codi ètic com a guia d'actuació moral, c) per una pràctica que col·loca al pacient per sobre del seu propi interès i d) perquè la seva regulació és singular i socialment admesa com específica i pròpia'.

Repassant els diferents valors que s'aborden en aquesta monografia, és clar que la integritat o l'honradesa són valors indispensables per a respectar l'autonomia del pacient i la seva

dignitat, per escoltar, acceptar i gestionar les opinions dels altres, per a actuar amb altruisme i actuar de forma ètica i moral. Així mateix un professional íntegre es preocuparà de mantenir la seva competència i de ser fiable. Un professional íntegre mantindrà sempre la confidencialitat. Finalment serà responsable amb la societat, amb la professió i estarà compromès a actuar en l'interès del pacient.

L'any 2002, l'American Board of Internal Medicine (ABIM) publicava el document denominat 'Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter' que fixava els compromisos professionals que un metge havia de complir en el nou mil·lenni. Aquests compromisos s'enumeren en la taula I. Difícilment, un professional que no sigui honrat o íntegre podrà complir amb aquests compromisos. Per això sens dubte, el valor de l'honradesa es relaciona directament o indirectament amb tots els valors del professionalisme mèdic.

Importància en la persona, en la professió i en la societat

L'honradesa del professional mèdic s'ha de manifestar en diferents àmbits. Aquests abasten des de l'àmbit personal al dels pacients, a l'àmbit de la professió i de la societat, al de les institucions on treballa, i de les diverses administracions (sanitàries, de justícia i altres) amb qui es relaciona el professional. Discutim breument aquests àmbits que figuren a la Taula II.



Taula I.
Compromisos presentes en el Physician Charter (responsabilitats professionals).

Compromís amb la competència professional.
Compromís d'honestedat amb els pacients.
Compromís amb la confidencialitat del pacient.
Compromís amb l'establiment de relacions adequades amb els pacients.
Compromís amb una atenció sanitària de major qualitat
Compromís amb la millora de l'accés a l'assistència mèdica.
Compromís amb la distribució justa dels recursos finits.
Compromís amb el saber científic.
Compromís amb el manteniment d'una confiança sòlida gracies a la solució dels conflictes d'interès.
Compromís amb les responsabilitats professionals.

Taula II.
Àmbits en els que es manifesten els valors de l'honradesa honradesa/integritat.

Honradesa amb si mateix
Honradesa en la relació metge-pacient
Honradesa en la recerca
Honradesa en la relació amb els companys
Honradesa en la docència
Honradesa en relació al sistema sanitari
Honradesa i integritat en les relacions amb la indústria farmacèutica i sanitària en general.
Honradesa amb els col·legis professionals
Honradesa amb l'administració de justícia

El professional ha de ser honrat amb sí mateix

En primer lloc, el professional honrat i íntegre serà aquell que és conscient de les seves limitacions i que per això és capaç de demanar ajuda a altres companys. Hem de recordar aquí que el Codi de Deontologia de l'OMC (CDM) és molt il·lustratiu en aquest punt, quan indica en l'Art. 22.1 que *'el metge s'ha d'abstenir d'actuacions que sobrepassen la seva capacitat i en aquest cas*



ha de proposar al pacient que recorri a un altre company competent en la matèria'.

El metge honrat és aquell que sent conscient en tot moment dels límits dels seus coneixements i competències es preocupa de mantenir-les actualitzades

El metge honrat és aquell que sent conscient en tot moment dels límits dels seus coneixements i competències es preocupa de mantenir-les actualitzades i per tant realitza aquelles activitats de formació continuada que l'ajuden a mantenir la seva competència i el seu desenvolupament professional continu. A més, un metge íntegre és aquell que té cura de la seva salut física i psíquica, que evita desenvolupar conductes addictives i que en cas de malaltia recorre a les instàncies adequades quan cal. El CDM en el seu Article 22.2 es refereix a les conductes a realitzar en cas de malaltia del metge. Així aquest article resa *'Si un metge observés que per raó d'edat, malaltia o altres causes, es deteriora la seva capacitat de judici o la seva habilitat tècnica, haurà de demanar immediatament consell a algun company de la seva confiança perquè l'ajudi a decidir si ha de suspendre o modificar temporal o definitivament la seva activitat professional'*. I l'article 22.3 diu: *'Si el metge no fos conscient de tals deficiències i aquestes fossin advertides per un altre company, aquest està obligat a comunicar i, en cas necessari, ho ha de posar en coneixement del Col·legi de Metges, de forma objectiva i amb la deguda discreció'*. Aquesta actuació no suposa faltar al deure de confraternitat, perquè el bé dels pacients és sempre prioritari.

L'honradesa en la relació metge-pacient

Aquest és l'àmbit on en major mesura s'ha de fer patent l'observació d'aquest valor. Un metge íntegre és aquell que no falta a la veritat en la relació amb els pacients, començant per exposar clarament, el seu àmbit de competència, les seves qualificacions i el seu càrrec actual. El metge ha de mantenir informat, de manera completa i honesta, als seus pacients, a fi de que aquests siguin capaços de prendre decisions en l'àmbit de la seva autonomia que poden afectar procediments diagnòstics i terapèutics. Això no vol dir que el pacient s'involucri en totes i cadascuna de les decisions diàries, sinó en aquelles que siguin les rellevants o es refereixin als aspectes clau del pla de maneig de la malaltia. La informació al pacient ha de ser verídica, encara que prudent tal com assenyala l'article 15.1 del CDM. *'El metge ha d'informar el pacient de forma comprensible, amb veracitat, ponderació i prudència. Quan la informació inclogui dades de gravetat o mal pronòstic s'esforçarà a transmetre-la amb delicadesa de manera que no perjudiqui al pacient'*.

A vegades, en relació amb la informació als seus pacients que ha de ser verídica, comprensible, mesurada, prudent i honesta, es limita l'honestedat del metge, amb l'objectiu que els pacients siguin capaços de prendre decisions sobre aquesta informació sense 'mentides pietoses' per exercir la seva autonomia en l'àmbit dels procediments diagnòstics i terapèutics. En algun Codi de Deontologia es diu que *'un pronòstic greu ha de ser dissimulat al pacient, però explicat als familiars'*. Aquest comportament, encara que comprensible, no pot ser acceptat, per la seva falta d'honradesa, en què tots els que envolten al pacient coneixen bé la realitat



amarga de la seva situació, menys ell que és el protagonista de la seva pròpia història.

Aquesta informació als pacients s'ha de referir també als efectes adversos que potencialment es puguin produir o que hagin tingut lloc com a conseqüència d'un tractament, d'errors o incidents. En aquells casos en què el pacient pateixi algun dany físic o psíquic sota la cura del professional, aquest haurà de, si és possible, posar els mitjans per posar remei a la situació produïda, explicar al pacient i als seus familiars de forma comprensible que ha passat.

En conseqüència, es deriva d'aquest compromís del metge, la necessitat d'analitzar les raons dels possibles errors, no ignorant o menyspreant-los. A la guia del Buen Quehacer Médico (BQM) en la seva recomanació 11, indica que: *'El metge ha de ser honrat i sincer amb els seus pacients quan es produeixen complicacions, errors o accidents. Si el seu pacient pateix algun dany físic o psíquic estant sota la seva custòdia, el metge procurarà amb promptitud: a) Posar remei a la situació produïda, si és possible. b) Explicar com més aviat millor, què és el que ha passat i les previsibles conseqüències a curt i llarg termini'*. Així mateix un professional honest no hauria d'ocultar als seus pacients que en ocasions pot no tenir la certesa del seu diagnòstic.

L'honradesa en el tracte amb el pacient passa també per observar els compromisos establerts amb els pacients en el seu procés d'atenció, evitar relacions íntimes amb els pacients o familiars, evitar l'assetjament sexual amb pacients o familiars, o exigir contraprestacions monetàries exagerades i desproporcionades a seus serveis. Però també suposa evitar la pràctica de la medicina defensiva a través de la

indicació de proves i tractaments que no tinguin com a objectiu el benefici del pacient, i evitar la pràctica d'especialitats o procediments diagnòstics o terapèutics per als que no estigui capacitat i certificat.

El metge íntegre ha de mantenir la confidencialitat en relació a la informació dels seus pacients, respectant el marc legal i ètic que correspongui. L'article 27.2. del CDM resumeix bé el compromís mèdic sobre la confidencialitat: *'El secret comporta per al metge l'obligació de mantenir la reserva i la confidencialitat de tot allò que el pacient li hagi revelat i confiat, el que hagi vist i deduït com a conseqüència de la seva feina i tingui relació amb la salut i la intimitat del pacient, incloent el contingut de la història clínica'*.

Finalment el metge íntegre té l'obligació de registrar adequadament totes les dades en les corresponents històries clíniques dels pacients i d'emetre certificats i informes mèdics que s'ajustin a la veritat dels fets. A més haurà de preocupar-se de custodiar de manera segura tota la documentació que es refereixi als seus pacients i complir amb les normes de protecció de dades.

L'honradesa en la relació amb els companys

L'honestedat s'ha de manifestar en relació amb els/les companys/es de professió comprometent-se a compartir els seus coneixements amb altres col·legues i personal sanitari, treballar adequadament amb altres professionals com a membres d'equips multi-professionals i no expressar crítiques sobre l'acompliment professional dels seus companys en la seva absència, ni atreure als seus pacients.



Perquè el professional sigui honest en la seva relació amb els col·legues ha de tenir present els que indica el CDM Article 37.1. *'La confraternitat entre els metges és un deure primordial i sobre ella només tenen preferència els drets del pacient'* i l'article 37.2. *'Els metges han de tractar-se entre si amb la deguda deferència, respecte, lleialtat, sigui quina va ser la relació jeràrquica que hi hagi entre ells. Tenen l'obligació de defensar al col·lega que és objecte d'atacs o denúncies injustes'*. Així mateix el metge com a líder de l'equip assistencial ha d'actuar amb honestat i integritat en les relacions amb els diferents membres del mateix. Ha d'evitar l'assetjament amb tot tipus de col·legues o personal de l'equip.

L'honradesa en la investigació

Una part important dels professionals realitzen tasques de recerca en les seves respectives institucions. Ser honest o honrat en aquest àmbit suposa complir les normes ètic-legals de la investigació, no participar com a autor o coautor en treballs en què no hi hagués participat així com no falsificar resultats o plagiar informació.

En aquest àmbit, s'han de considerar també especialment les recomanacions de l'article 59.3 del CDM. *'El respecte pel subjecte d'investigació és el principi rector de la mateixa. S'haurà d'obtenir sempre el seu consentiment explícit. La informació ha de contenir, almenys: la naturalesa i finalitat de la investigació, els objectius, els mètodes, els beneficis previstos, així com els potencials riscos i incomoditats que li pot ocasionar la seva participació. També ha de ser informat del seu dret a no participar o a retirar-se lliurement en qualsevol moment de la investigació, sense resultar perjudicat*

per això'. Ser honrat en aquest àmbit, suposa també declarar sempre els conflictes d'interès i d'abstenir-se de participar quan el conflicte es doni en el context de les seves decisions.

L'honradesa en la docència

La docència és un imperatiu hipocràtic dels metges. Tot metge ha d'ensenyar i la major part dels mateixos realitzen activitats docents en universitats, hospitals o centres d'assistència primària. El valor de la integritat s'ha d'observar en el desenvolupament de les seves activitats docents. Això significa que els metges han d'abordar les seves obligacions docents amb competències adequades i per això han d'actualitzar aquelles que facilitin l'aprenentatge dels seus alumnes o residents o altres professionals de la salut. Han de realitzar a més aquestes tasques amb interès i compromís, amb puntualitat i disponibilitat.

A més en el cas específic de la docència clínica, s'ha de considerar en tot moment el que assenyala en CDM en el seu article 63.5 *'Els responsables de la docència clínica han de vetllar perquè els processos d'ensenyament i aprenentatge es desenvolupin minimitzant les molèsties que puguin suposar per als pacients'*. Un cop més l'honradesa del professional ha de tenir present que l'interès del pacient és sempre prioritari.

Finalment no han d'adoptar conductes discriminatòries cap als seus alumnes ni demostrar un altre tipus de conductes inadequades amb ells i avaluar-los de manera justa i objectiva.



L'honradesa en relació al sistema sanitari

Els professionals han de ser honestos en relació amb el sistema sanitari en el qual treballen. Per això han de fer un ús responsable dels recursos de les institucions i del sistema sanitari i més encara en temps de crisi econòmica. Han de ser capaços de gestionar aquests recursos de forma prudent i adequada, sense que això suposi minva de la qualitat assistencial que proveeixen als seus pacients.

Els professionals han de fer un ús responsable dels recursos de les institucions i del sistema sanitari

Quan el metge honest observi una inadequada infraestructura per a la seva pràctica professional correcta, ha de seguir el camí que li indica l'article 45.2 del CDM: *'El metge ha de posar en coneixement de la direcció del centre les deficiències de tot tipus, incloses les de naturalesa ètica, que perjudiquin la correcta assistència. Si no fos així, les denunciarà davant del seu Col·legi, i en última instància a les autoritats sanitàries, abans de poder fer-ho a altres mitjans'.*

L'honradesa i integritat en les seves relacions amb la indústria farmacèutica i sanitària en general

En aquest àmbit és fonamental que els professionals actuïn amb integritat, no admetin compensacions de qualsevol tipus que puguin influir en les seves prescripcions i declarin en qualsevol cas tots els conflictes d'interès en què es puguin veure implicats. El metge honrat ha

d'oposar-se als intents de diferents agents de medicalitzar en excés als pacients amb finalitats comercials. El metge ha de prendre consciència d'evitar actuacions que els *lobbies* sanitaris porten a terme amb finalitats bàsicament lucratives.

L'honradesa i els col·legis professionals

Tots els professionals han de conèixer els codis deontològics i observar-los. Dèiem al principi que la integritat suposa l'adhesió a un codi de conducta. En aquest sentit el codi deontològic és d'obligat coneixement i compliment i serà observat per un metge íntegre.

L'honradesa amb l'administració de justícia

Els professionals íntegres han de col·laborar sempre que se li requereixi en les investigacions oficials i en les reclamacions aportant la informació rellevant i mantenint la confidencialitat. El metge honest que sigui citat com a testimoni en un procediment judicial, ha d'actuar amb les consideracions expressades en la guia del BQM en la recomanació 24. *'El metge quan és citat davant els tribunals en les seves actuacions pericials ha de ser veraç, sincer i fidedigne i assegurar-se que totes les proves i documents que redacta i signa siguin verídics per això ha de: a) Verificar raonablement que la informació aportada en la pericial procedeix de fonts fidedignes. b) No ometre de manera deliberada cap informació rellevant'.* Així mateix, l'article 62.3 del CDM afegeix un important consell que només revelarà el necessari per a la resolució de l'assumepte judicial: *'El metge que fos citat com a testimoni, en virtut de nomenament judicial, té l'obligació de comparèixer. En l'acte testifical*



es limitarà a exposar els fets que, en virtut de la seva condició de metge, hagi vist o sentit i que siguin rellevants per a la causa. Preservarà el secret mèdic fins on sigui possible i només revelarà allò que sigui estrictament necessari per a la resolució de l'assumpte judicial. En els plets civils no podrà donar informació privilegiada obtinguda confidencialment per la seva condició de metge'.

Implicacions en el quefer diari

El valor de l'honradesa està present o entra en joc en totes les activitats dels professionals. Són constants els moments i múltiples les situacions en què aquest valor es pot posar en qüestió plantejant reptes quotidians. Per il·lustrar-lo descriurem alguns exemples en què aquests valors entren en joc sent conscients que en cap cas es tracta d'un llistat exhaustiu de totes les situacions possibles en què el metge es pugui trobar.

El valor de l'honradesa està present o entra en joc en totes les activitats dels professionals

He comès un error i d'ell s'han derivat conseqüències per al pacient. Quina actitud he de prendre?

Un professional ha d'actuar sempre amb sinceritat en el tracte amb els pacients, molt especialment quan es produeixen complicacions o errors que determinen algun dany per al pacient. En cap cas s'ha d'amagar l'error. A més un metge

íntegre haurà de posar remei a la situació si és possible, i explicar a pacients i familiars el que ha succeït. Això comporta també al fet que el metge respongui de forma honrada, ràpida i detalladament a les possibles reclamacions dels pacients. S'ha de recordar que l'article 17.1 del CDM indica que *'El metge haurà d'assumir les conseqüències negatives de les seves actuacions i errors, oferint una explicació clara, honrada, constructiva i adequada'.*

Si no estic segur del diagnòstic, la meva pacient ha de saber-ho?

En aquest cas, el professional íntegre ha de comunicar al pacient aquesta circumstància, que contribuirà a l'establiment d'una millor relació metge-pacient.

No actuo adequadament davant els riscos que comprometen la seguretat dels pacients

El metge ha de prendre aquelles mesures que promouen en tot moment la seguretat del pacient. Això pot anar des de mantenir una màxima higiene (com rentar-se les mans abans d'explorar al pacient) fins a no indicar exploracions innecessàries que puguin posar en risc als pacients.

Prescric fàrmacs que es reconeixen com ineficaços per evitar problemes amb els pacients

El professional ha d'evitar en tot cas la prescripció de fàrmacs que no s'hagin demostrat eficaços o la prescripció de placebos, per exemple.



Expedeixo certificats que no s'ajusten a la realitat o introdueixo dades inexactes en les històries clíniques

El professional ha de ser conscient que mai ha d'introduir dades falses o inexactes en documents oficials (certificats i historials clínics, informes de peritatge), sota cap concepte atès que a part de faltar als valors d'integritat, estarà cometent possibles delictes. D'altra banda ha de deixar constància de totes les dades necessàries en les històries clíniques és obligatori.

Expedeixo parts de baixa laboral no justificada

El professional íntegre ha de negar-se a expedir certificats de baixa que no corresponguin a situacions reals ben justificades i que no hagin estat comprovades pel professional.

Em proposen signar com a autor un treball en el qual no he participat. No declaro els conflictes d'interessos que em corresponen

El professional ha d'abstenir de signar com a coautor en un treball en el qual no ha participat de forma directa i significativa encara que se li ofereixi. És fonamental així mateix declarar en tots els treballs els possibles conflictes d'interessos.

He estat citat per l'administració de justícia com a perit

El metge en ser citat pels tribunals com a perit ha de ser veraç i fidedigne, no ometent cap informació rellevant i mantenint la confidencialitat quan correspongui.

He estat amonestat per alguna falta relacionada amb el meu exercici professional o he estat condemnat per delicte greu

En aquests casos és ineludible informar al seu col·legi. En aquells casos en què el metge tingui alguna restricció de la seva pràctica professional, ha d'informar als seus pacients i al centre on treballi d'aquesta circumstància.

Les relacions econòmiques amb pacients en la sanitat privada o pública

En les relacions amb els pacients en l'àmbit de la medicina privada o pública, el professional haurà d'actuar honradament pel que fa als aspectes econòmics, presentant-los uns honoraris justos i adequats. Tampoc haurà d'acceptar compensacions dels pacients fora dels honoraris que corresponguin ni permetre que els seus interessos particulars influeixin en les seves decisions de tipus diagnòstic i terapèutic. El BQM ho resumeix bé en la seva recomanació 27, *'El metge ha d'actuar amb honradesa i transparència en les relacions econòmiques o comercials amb pacients, empresaris, companyies d'assegurances i qualsevol organització o persona'*.

Una empresa sanitària m'ofereix una compensació econòmica per prescriure els seus productes o m'ofereix pagar-me una activitat docent en la qual es farà publicitat d'un determinat producte sanitari

El metge en aquest context no ha d'acceptar cap incentiu o atencions que puguin influir en la seva prescripció. La recomanació 30 del BQM



ho expressa de manera taxativa, *'El metge no ha d'acceptar ni demanar cap incentiu, obsequi o atencions socials, que puguin afectar a la seva manera de prescriure, tractar, derivar pacients o encarregar serveis. Tampoc ha d'oferir cap tipus d'incentiu, ni als seus pacients ni als seus pacients ni a altres companys professionals...'*

Critico i discrimino a companys que tenen opinions no coincidents amb les meves

No he d'expressar mai crítiques a companys en la seva absència.

No participo de manera periòdica en activitats de formació per mantenir la meva competència

És una obligació ineludible de tot professional íntegre sotmetre's de forma periòdica a l'avaluació de les seves competències i als processos de recertificació que s'arbitren.

Deixo d'atendre les meves obligacions com a docent

He d'assegurar la meua presència i la puntualitat.
He d'actualitzar les meves habilitats docents.
He d'avaluar justament als meus alumnes o els meus companys quan sóc requerit per a això. És deure de tot metge implicar-se en l'aprenentatge i avaluació de companys i companyes, tal com reflecteix la recomanació 56 del BQM, *'El metge ha d'estar disposat i preparat per a contribuir en totes les etapes de la formació dels metges. El metge docent també estarà disposat a col·laborar en la formació d'altres professionals de la salut'*. També actuar amb honestedat en l'avaluació de col·legues, com indica la recomanació 57 del BQM, *'El metge ha d'actuar amb honradesa i*

objectivitat quan dóna referències i quan valora i avalua l'actuació dels seus companys...'

Conseqüències de la seva falta de consideració i beneficis individuals i col·lectius de la seva correcta observació

La manca de consideració del valor de l'honradesa es traduirà en una pèrdua de fiabilitat del professional i en una alteració de les seves relacions amb els pacients, amb els seus col·legues i amb les institucions sanitàries i amb col·legis professionals.

La manca de consideració del valor de l'honradesa es traduirà en una pèrdua de fiabilitat del professional

La correcta observació del valor de l'honradesa comporta beneficis tant al professional com als col·lectius relacionats amb les seves tasques professionals i els seus pacients.

L'observació per part del professional, dels valors d'honradesa i integritat el fa respectable tant a nivell humà com a nivell professional, a més de suposar una satisfacció pròpia en exercir la pràctica professional de forma honesta. El metge no només fa de metge sinó que és metge.

El metge en la seva formació, se sotmet a un procés transformacional pel qual s'adquireixen



coneixements i habilitats i pel qual, sobretot, hauria d'incorporar els valors de la professió mèdica i en especial els d'honradesa i integritat, com hem anat analitzant, i que haurien d'impregnar totes les seves activitats.

El metge no només fa de metge, sinó que és metge

D'aquí es dedueix la importància que aquells que assumeixen funcions docents dels futurs professionals de la salut, siguin ells mateixos honrats i íntegres ja que en aquest procés tindran una enorme responsabilitat com a models dels seus alumnes en les diferents fases del continuum educatiu.

Resum i missatges finals

El valor de l'honradesa o integritat està intrínsecament present en la major part dels valors professionals.

L'observació del valor de l'honradesa/integritat facilita l'observació i el compliment dels altres valors del professionalisme mèdic i molt especialment els del comportament ètic i d'adhesió a un codi de conducta, el respecte per l'autonomia del pacient i la seva dignitat, l'altruisme, el manteniment de la confidencialitat i el manteniment de la seva competència, la responsabilitat amb el pacient, la societat i la professió.

L'honradesa és present en diferents esferes o àmbits com: el propi àmbit personal, en l'àmbit de la relació metge-pacient, en el de la relació amb

col·legues, en el de les tasques investigadores i docents, en l'àmbit de la relacions amb el sistema sanitari, amb la indústria farmacèutica, amb els col·legis professionals, amb l'administració de justícia i altres.

L'observació del valor de l'honradesa és clau per a un correcte exercici professional dels metges en qualsevol dels contextos en què es desenvolupi aquest exercici.

Els professionals amb responsabilitats docents en qualsevol nivell del procés de formació dels metges han d'exercir un paper fonamental en l'adquisició d'aquests valors ja que actuen com a models. Per això l'honradesa i la integritat han de ser la guia de l'actuació dels docents.

Bibliografía

ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med* 2002; 136: 243-6.

Cruess RL, Cruess SR, Steinert Y. Teaching medical professionalism. New York: Cambridge University Press; 2009.

Gual A, Monés J. El buen quehacer del médico. Cuadernos CGCOM. OMC; 2018.

Organización Médica Colegial. Código de deontología médica. Guía de ética médica. URL: https://www.cgcom.es/codigo_deontologico/files/assets/basic-html/page-1.html#. [08.06.2019].

Pardell H, Gual A, eds. El médico del futuro. Barcelona: Fundación Educación Médica; 2009.

Sulmasy LS, Bledsoe TA; for the ACP Ethics, Professionalism and Human Rights Committee. American College of Physicians ethics manual: 17th edition. *Ann Intern Med* 2019; 170 (Suppl 2): S1-32.





— 6 —

El respecte a les creences, el respecte a les persones

MONTSE ESQUERDA ARESTÉ



Montse Esquerda Aresté

Pediatra. Directora general Institut Borja de Bioètica, Universitat Ramon Llull

Professora associada de Bioètica, Facultat de Medicina, Universitat de Lleida

Nascuda a Llardecans (Lleida) el 1969. Llicenciada en Medicina per la Universitat de Lleida, especialista en Pediatria a l'Hospital Universitari Vall d'Hebron-UAB, doctora en Medicina per la Universitat Autònoma de Barcelona i màster en Bioètica i Dret per la Universitat de Barcelona. És directora general de l'Institut Borja de Bioètica-Universitat Ramon Llull, pediatra a l'Hospital Sant Joan de Déu Terres de Lleida i professora associada a la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida.

El seu treball d'investigació gira a l'entorn del desenvolupament d'actituds i valors durant la formació en bioètica dins l'àmbit d'estudiants i professionals sanitaris (raonament moral, sensibilitat ètica, empatia, *burnout*) i sobre desenvolupament de la competència del menor madur.

Des de l'any 2014 dirigeix el Màster Universitari en Bioètica de l'Institut Borja de la Universitat Ramon Llull. Col·labora en diferents postgraus i màsters, com en el Màster en Bioètica de la Càtedra de Bioètica de la Universidad de Comillas.

Publicacions

Yugüero O, Esquerda M, Marsal JR, Soler-González J. (2015). Association between sick leave prescribing practices and physician burnout and empathy. *PLoS One* 2015; 10: e0133379.

Esquerda M, Yugüero O, Vinasn J, Pifarré J. La empatia mèdica, ¿nace o se hace? Evolución de la empatía en estudiantes de medicina. *Atención Primaria* 2016; 48: 8-14.

Yugüero O, Forné C, Esquerda M, Pifarré J, Abadías MJ, Viñas J. Empathy and burnout of emergency professionals of a health region: a cross-sectional study. *Medicine* 2017; 96: e8030.

Yugüero O, Marsal JR, Esquerda M, Soler-González J. Occupational burnout and empathy influence blood pressure control in primary care physicians. *BMC family practice* 2017; 18: 63.

Agusti AM, Esquerda M, Amorós E, Kiskerri A, Nabal M, Viñas J. (2018). Miedo a la muerte en estudiantes de Medicina. *Medicina Paliativa* 2018; 25: 230-5.

Yugüero O, Melnick ER, Marsal JR, Esquerda M, Soler-Gonzalez J. Cross-sectional study of the association between healthcare professionals' empathy and burnout and the number of annual primary care visits per patient under their care in Spain. *BMJ open* 2018; 8: e020949.

Amorós E, Esquerda M, Agustí AM, Kiskerri A, Prat J, Viñas J, Pifarré J. ¿Han llegado los millennials a la Facultad de Medicina? Perfil de personalidad de estudiantes de Medicina 1999-2014. *Educ Med* 2019 [en prensa].

Esquerda-Aresté M, Pifarré-Paredero J, Roig H, Busquets-Bou E, Yugüero-Torres O, Viñas-Salas J. Evaluando la enseñanza de la bioética: formando «médicos virtuosos» o solamente médicos con habilidades éticas prácticas. *Atención Primaria* 2019; 51: 99-104.

Oro P, Esquerda M, Viñas J, Yugüero O, Pifarré J. Síntomas psicopatológicos, estrés y burnout en estudiantes de medicina. *Educ Med* 2019; 20: 42-8.

Yugüero O, Esquerda M, Viñas J, Soler-Gonzalez J, Pifarré J. (2019). Ética y empatía: relación entre razonamiento moral, sensibilidad ética y empatía en estudiantes de medicina. *Rev Clín Esp* 2019; 219: 73-8.

El respecte a les creences, el respecte a les persones

El respecte, delimitació del 'valor' i relació amb altres valors i principis

'Bonasera, Bonasera, què he fet perquè em tractis amb tan poc respecte? Si haguessis mantingut la meva amistat, els que van maltractar a la teva filla ho haurien pagat amb escreix. Perquè quan un dels meus amics es crea enemics, jo els converteixo en els meus enemics. i a aquest li tenen por ... però ara véns a mi a dir: 'Don Corleone, demano justícia', i demanes sense cap respecte, no com un amic, ni tan sols em crides Padrí. En canvi véns a casa meva el dia del casament de la meva filla a demanar-me que mati per diners'. (*El Padrí*, Francis Ford Coppola, 1972).

L'inici d'*El Padrí*, una de les obres mestres del cinema, ens regala una de les escenes en què queda més remarcat el valor del respecte. Don Vito Corleone, el Padrí, es dirigeix amb aquestes paraules a Bonasera que acudeix a demanar-li

un favor: 'què he fet perquè em tractis amb tan poc respecte?'. I continua 'demanes sense cap respecte, no com un amic, ni tan sols em dius Padrí'.

El respecte es mostra clarament com a eix principal de la relació, com a element imprescindible per a la confiança. Sense respecte no hi ha relació ni confiança possible.

No obstant això el respecte és un dels valors més difícil d'explicar. Tal com assenyalava San Agustín: '*Quina cosa és el temps? Si ningú m'ho pregunta, ho sé; però si vull explicar-ho, no sé fer-ho?*'. De forma similar, tots coneixem què és el respecte o què és una actitud respectuosa, però és molt més difícil definir exactament què és.

Josep Maria Esquirol, en un llibre preciós 'El respecte o la mirada atenta' el defineix com 'aquella actitud ètica que ens vincula amb les coses, amb el món i amb les persones ... l'essència del respecte és la mirada atenta'.

Esquirol defensa que 'l'ètica del respecte no pot ser cap fugida del món. En primer lloc perquè la



mirada atenta està al servei de l'orientació i no de l'orientació merament teòrica, sinó de l'orientació a la vida ... La mirada atenta és la condició per orientar a la vida. I en segon lloc perquè la mirada atenta ens connecta estretament amb el món, en cap cas és una evasió d'aquest. Qui més atenció presta, millor s'orienta i més respecta.

El respecte s'explicaria doncs com la mirada atenta i l'orientació. En aquest sentit, respectar implica també reconèixer l'altre, de manera que el respecte a les creences de la persona és el respecte a la persona.

Importància del respecte a la persona i la Medicina en el moment actual

La necessitat de construir una atenció basada en el respecte i la confiança ha estat una constant en la història de la medicina, però adquireix una major urgència en el present.

Un concepte mal entès de Medicina basada en l'evidència, ancorat en el positivisme, pot fer-nos creure que la medicina són proves, anàlisis i dades, oblidant a les persones

En l'actualitat, un concepte mal entès de Medicina basada en l'evidència, ancorat en el positivisme, pot fer-nos creure que la medicina són proves, anàlisis i dades, oblidant a les persones. Aquest oblit a la persona és potser l'actitud més irrespectuosa en el context sanitari.

Lain Entralgo, explicat per Diego Gracia el conceptualitza molt bé: 'el positivisme ha tingut en pocs camps un èxit tan rotund i durador com en medicina. De fet la medicina va passar de ser empírica a ser 'experiment' amb el positivisme: en aquest sentit som fills del positivisme. La medicina anterior, la medicina empírica, basava el seu saber en la mera experiència, no en l'experiment, és a dir, no en el mètode experimental i científic. L'experiència és natural, però l'experiment, al contrari, és programat. L'experiència és retrospectiva, i l'experiment prospectiu. L'experiència es basa en la mera acumulació d'experiències similars, l'experiment no: és programat dissenyat i exigeix un procés més complex de comprensió. Doncs bé, el positivisme va tenir molt clar que la ciència positiva havia de ser experimental, no només empírica. I això va fer avançar espectacularment la biologia i la medicina del s XX.

La clínica clàssica es construeix sobre símptomes i signes. El símptoma es defineix com sensació subjectiva i el signe com a dada objectiva. El mètode experimental té clar que el diagnòstic s'ha de fer a la vista dels signes objectius i només d'ells. Els símptomes no són fiables perquè no són objectius. Per aquest motiu en la medicina positivista es produeixen dos fenòmens de la màxima importància: un, la devaluació del símptoma. I dos, el retrocés de la paraula. La medicina positivista es fa muda.

En el moment en què la medicina es redueix a signes i dades, la medicina positivista es fa muda i la persona, subjectiva i narrativa, desapareix. La medicina basada en l'evidència, mal entesa, prescindeix de la persona i de la paraula, per allotjar-se al món de les xifres i dades, deriva a una medicina impersonal i irrespectuosa.



En el moment en què la medicina es redueix a signes i dades, la medicina positivista es fa muda i la persona, subjectiva i narrativa, desapareix

Conseqüències de la manca de respecte

La medicina 'muda' difícilment pot oferir una experiència integral de ser respectat, i el respecte és ineludible per a l'experiència d'emmalaltir, i, tal com comentava Edmund Pellegrino 'l'experiència de ser curat està ontològicament lligada a la de ser cuidat'.

Aquí és on rau una de les enormes mancances de la medicina tecnocientífica actual. La importància de reincorporar el respecte a la persona a través de reincorporar l'experiència individual de l'emmalaltir i la paraula. En paraules de Javier Gomà a El inconsolable: 'L'home és una entitat temporal en continu esdevenir, per això es resisteix a ser comprès per les ciències naturals. Només el gènere narratiu, que es fa càrrec de l'abans i del després, aconsegueix capturar el seu fluent essència ... Quan volem saber més d'algú i preguntem qui és a ningú se li ocorre respondre'ns amb una definició, sempre amb una història: la dels seus orígens, el seu bressol i les vicissituds de la seva biografia.

No descrivim a ningú per les seves dades antropomòrfiques i el seu codi genètic, ni per les seves dades analítiques ni proves radiològiques, per tant no entendrem a ningú només amb les

seves dades, tot i que ampliem el nombre de dades. Citant al filòsof Dilthey, Lain Entrago deia: 'la vida no s'explica, es comprèn. Les ciències naturals 'expliquen les coses', però la vida té característiques molt peculiars. D'antuvi no és merament intel·lectual, sinó que consisteix en un complex de coneixements, sentiments i tendències, donats en una unitat indissoluble. La vida no és un tractat de matemàtiques, per això no val la lògica purament especulativa'.

La manca de respecte en el context sanitari actual es tradueix en la manca d'escolta a la persona, així com la falta de reconeixement de les seves narratives, creences i valors.

No obstant això la medicina actual està sumida en una deriva tecno-científica, no només en la pràctica sinó també en l'ensenyament de la mateixa. Una editorial del Lancet ho defineix molt bé: 'L'èmfasi de l'ensinistrament mèdic actual es posa en les ciències dures: anatomia, fisiologia, bioquímica, patologia, microbiologia, farmacologia ... però en la pràctica clínica els metges han de tractar de comprendre als pacients, les seves històries, les seves personalitats i peculiaritats, per poder proporcionar-los la millor cura possible. En aquest costat 'tou' de la Medicina les ciències 'dures' els són d'escassa ajuda'.

Com a éssers no tan sols biològics, sinó també biogràfics, hi ha una constant recerca de sentit en l'emmalaltir i en l'experiència de la persona que pateix. En aquest context el relat científic (ciències dures) de l'emmalaltir es contraposa al relat narratiu (només abordable per les ciències toves).

Només arribarem a respectar a la persona i a les seves creences des de les ciències toves,



coneixent a la persona, i reconeixent la seva experiència d'emmalaltir, la seva vivència, la seva narrativa.

Només arribarem a respectar a la persona i a les seves creences des de les ciències toves, coneixent a la persona, i reconeixent la seva experiència d'emmalaltir, la seva vivència, la seva narrativa

El respecte en el dia a dia: el nom del gos

New England Journal of Medicine ens regalava un text en les seves Perspectives, amb un curiós títol: 'El nom del gos', de Taimur Safder. L'autor explica com en la seva primera guàrdia de resident, el moment que el va deixar impressionat va ser quan el metge adjunt, atenent un pacient en estudi d'un dolor toràcic que li havia aparegut mentre passejava el seu gos, li va preguntar: 'quin és el nom del seu gos?'

Tan sorprès doncs cap guia clínica ni algoritme diagnòstic en dolor toràcic inclou la pregunta sobre el nom del gos en el diagnòstic diferencial. Però segueix narrant com aquesta pregunta va resultar decisiva en la seva formació com a resident doncs d'aquesta pregunta i de la conversa que va venir després, va derivar una transformació, potser el seu major aprenentatge: la constatació que sota d'aquesta bata de malalt hi havia un visitant humà.

En finalitzar la residència quatre anys després, Saifder constata que ha estat una de les preguntes més útils de tot el que havia après. Explica com discutir la trama d'una telenovel·la li havia facilitat poder discutir amb la pacient el seu pla de tractament en un entorn de major respecte i confiança. També relata com li havia permès acostar-se a pacients 'difícils' amb rebuig al tractament el fet d'escoltar les seves creences, o com adaptar una medicació a les necessitats concretes de cada persona.

De fet aquesta pregunta està directament relacionada amb el respecte a la persona, és la pregunta del 'explicam qui ets': el respecte com a reconeixement i només si el reconec com a persona, individual i diferencial, el puc respectar.

La pregunta fa aflorar un dels llasts de la medicina actual, que és com entre dades, guies terapèutiques, proves, multiplicitat d'informes i formularis administratius, amb molta facilitat ens oblidem que tractem persones. Persones amb les seves creences, narratives, prioritats, calors, prejudicis, la constatació del '*jo sóc jo i les meves circumstàncies, si no les salvo a elles no em salvo jo*', d'Ortega i Gasset.

L'article d'Safder a *New England*, continua amb la reflexió sobre la seva pregunta sobre el nom del gos: aquesta pregunta no només li ha ensenyat a recordar que els pacients són persones, sinó que li ha fet recordar que ell mateix és també persona. És molt més fàcil prendre distància, no involucrar-se, no respectar o no mirar atentament, ja que conèixer i reconèixer l'altre implica, també per als professionals sanitaris, una certa càrrega de dolor.



És molt més fàcil prendre distància, no involucrar-se, no respectar o no mirar atentament, ja que conèixer i reconèixer l'altre implica, també per als professionals sanitaris, una certa càrrega de dolor

Aquesta història explica de forma molt clara com un resident va aprendre el valor del respecte i com va ser nuclear en la seva formació mèdica.

No és un comentari nou, en absolut, però sí la constatació que les mancances persisteixen. Ja Francis Peabody en un article clàssic al JAMA (en 1927), 'The care of the patient' parlava de la necessitat d'una relació metge-pacient propera, no només per a generar un entorn de respecte i confiança, sinó per conèixer a la persona, ja que només coneixent-la podrà realitzar un adequat diagnòstic i tractament.

En paraules del propi Peabody, 'quan parlem d'un quadre clínic no ens referim a la fotografia d'un home malalt al llit, sinó a la pintura impressionista d'un pacient a l'entorn de casa, amb el seu treball, les relacions amb els seus amics, les seves alegries, les seves preocupacions, esperances i pors'.

És molt més senzill 'llegir' una fotografia en blanc i negre, fixa, estable, ben definida, que aprendre a llegir un quadre impressionista. Però si no es realitza el canvi de mirada, seguirem repetint fins a la sacietat allò que 'necessitem tractar malalts i no malalties', però les guies i protocols ens parlen només de malalties.

Beneficis individuals i col·lectius de la seva correcta observació

Als anys 80, Stephen Toulmin va escriure un conegut article titulat «Com la medicina va salvar la vida a l'ètica». En aquest article explicava com els conflictes ètics havien 'salvat a la filosofia i l'ètica filosòfica' i li havia proporcionat material suficient per sobreviure, en uns moments en què aquesta disciplina estava estancada en debats circulars.

Potser en aquest moment cal que la Bioètica (i amb ella, les Humanitats) salvin a la medicina, salvar-la 'd'esdevenir una tècnica o biologia aplicada, altament efectiva i super-especialitzada, però que pel camí ha perdut la seva essència, la seva vocació de guarir i tenir cura, alleujar el sofriment i consolar les persones', que pel camí ha perdut el respecte a les persones.

En societats plurals, de codi múltiple i diversitat de valors coexistents, la millor cura de les persones només podrà proporcionar una aproximació 'tova'. Per cura entenem la comprensió d'allò que li passa a una persona, de perquè contacta amb el sistema sanitari i què li podem oferir des del mateix. I això només ho podrem comprendre des de la mirada i el respecte a la persona.

S'ha ja descrit les múltiples cares de la pèrdua del respecte a la persona en el context sanitari actual: la despersonalització de la medicina, la deshumanització, la tecnificació de la relació metge-pacient, la subespecialització, la pèrdua



de la figura del metge responsable entre equips multidisciplinaris ...

Però s'ha citat ja en diverses ocasions, la influència del positivisme (injuriat en moltes altres àrees) i una mala concepció del concepte de Medicina basada en l'evidència en això.

L'anomenada evidence-based medicine (la traducció més adequada seria la Medicina basada en fets o en proves), neix com un esforç de millora de la qualitat assistencial, davant l'enorme variabilitat en la pràctica clínica i la manca de valor de moltes decisions clíniques, reconeix que l'experiència individual d'un metge i, per si sola, no és garantia suficient en l'actualitat de correcta pràctica clínica.

No obstant això la definició encunyada per Sacket és 'l'ús conscient, explícit i assenyat de la millor evidència actual per a la presa de decisions sobre el tractament individual de pacients'. Amb això, la medicina Basada en l'Evidència comprendria tres grans àrees: la millor evidència científica, l'experiència del professional i els valors i expectatives del pacient. Ha proliferat en l'ús habitual del terme la reducció tan sols a la primera àrea.

Els valors i expectatives dels pacients són claus per a una correcta medicina basada en l'Evidència. Però potser gran part del problema rau en saber integrar coneixements i abordatges: hem heretat del s. XX un concepte de salut més complex, un model bio-psico-social-espiritual, però no disposem de models estàndard d'abordatge complex i multidisciplinari, excepte honroses excepcions (com ara equips de Cures Pal·liatives, amb un abordatge i respecte a la persona en general exquisits).



Figura 1. Les tres àrees de la medicina basada en l'evidència, Sacket- Guyatt

Es pot repetir que importa més que el pacient té una malaltia, que quina malaltia té un pacient, però cal un abordatge que incorpori el reconeixement tant de la dimensió biològica com de la biogràfica, que són inseparables i interdependents.

La proliferació en l'ús de les MAC, ens hauria de fer reflexionar sobre els límits del coneixement tecnocientífic i sobre la necessària saviesa

Alguns fenòmens actuals com la proliferació de consultes a Medicines complementàries i Alternatives (MAC), poden traduir aquesta recerca per part dels pacients d'una medicina respectuosa. La proliferació en l'ús de les MAC, ens hauria de fer reflexionar sobre els límits del coneixement tecnocientífic i sobre la necessària saviesa com a aproximació als valors, creences i la incertesa.

Fulford, psiquiatre i filòsof ha desenvolupat l'anomenada Pràctica basada en valors (Taula).



Davant la creença que en ciència només hi ha fets i que la medicina no té a veure amb els valors, aquest autor defensa que no hi ha fets sense valors. Reconèixer i aprendre a gestionar la diversitat de valors és imprescindible en la medicina actual.

Siddhartha Mukkherjee, un interessant autor, oncòleg i professor en medicina a la Universitat de Columbia és autor de dos extensos llibres 'L'emperador de tots els mals: Una biografia del Càncer' (que va guanyar un Pulitzer de no ficció) i 'El gen: una història íntima'. Entre totes dues obres publica un llibret 'The Laws of the medicine' en què va narrar la seva experiència i la presa de consciència que 'la medicina és un món tan incert i sense llei', i com 'n'és de fàcil prendre decisions perfectes amb perfecta informació'. La medicina, en canvi, et demanda prendre decisions perfectes amb informació imperfecta 'i com la seva' educació mèdica li havia ensenyat un munt de dades, però poc sobre els espais que hi ha entre aquestes dades'.

Aquesta és una de les descripcions més belles de la medicina com a ciència incerta: coneixem dades, moltes dades, però coneixem molt poc (o de vegades res) dels espais entre les dades.

Siddhartha conclou que 'la profusió de dades amaga un problema molt més profund i important: la necessitat de reconciliació entre coneixement (cert, fix, perfecte, concret) i saviesa clínica (incerta, fluida, imperfecta, abstracta)'.

Taula. Deu principis de la practica basada en valors (adaptat de Fulford B 2006).

Pràctica basada en valors i medicina basada en l'evidència

1. En totes les decisions clíniques hi ha 'fets' i 'valors'.
2. Només s'acostuma a 'veure' els valors quan són diversos o potencialment conflictius.
3. En incrementar les opcions terapèutiques amb el desenvolupament científic, la diversitat humana de valors juga un paper major en la presa de decisions sanitàries.

Pràctica basada en valors i assistència

4. Els valors del pacient ocupen un lloc central en la presa de decisions.
5. Els conflictes de valors es resolen principalment en processos de deliberació, que han d'intentar respectar totes les perspectives.

Pràctica basada en valors i habilitats clíniques pràctiques

6. És important ser més conscients de la presència de valors en els pacients, explorant atentament el seu llenguatge, discurs i context.
7. Un increment del coneixement empíric i filosòfic pot ser d'ajuda en la detecció de valors.
8. La deliberació ètica, després d'explorar les diferències de valors, pot ajudar a determinar l'opció més prudent.
9. Les habilitats comunicatives són imprescindibles en la pràctica basada en valors.
10. La pràctica Basada en Valors, la presa de decisions forma part del model centrat en la persona.



Dades i espais entre les dades. No es pot reduir la pràctica clínica a la gestió de dades. Així doncs incorporar el respecte implica incorporar el reconeixement de la persona, del seu món de valors, de la diversitat de valors, per a una medicina amb més valor.

Missatges finals

El respecte es mostra com a eix principal de la relació, com a element imprescindible per a la confiança. Sense respecte no hi ha relació ni confiança possible.

La medicina positivista i la medicina basada en l'evidència poden afavorir que s'ignori la persona i el seu món de valors.

És imprescindible incorporar el respecte a la persona, les seves creences, valors i expectatives per a una medicina amb més valor.

Reconeixement, exploració, diàleg, consciència són paraules clau per al desenvolupament d'un major respecte a les creences i valors.

Bibliografía

Esquerda M, Roig H. ¿Podrá la bioética salvar la medicina? *Bioética & Debat* 2015; 21: 14-7.

Esquirol JM. *El respeto o la mirada atenta*. Barcelona: Gedisa; 2006.

Fulford B, Thornton T, Graham G. *Oxford textbook of philosophy and psychiatry*. Oxford: Oxford University Press; 2006.

Gomà J. El inconsolable. *El Mundo*, 24 de julio de 2016.

Gracia D. *Voluntad de comprensión. La aventura intelectual de Pedro Laín Entralgo*. Madrid: Triacastela; 2010.

Mukherjee S. *The laws of medicine: field notes from an uncertain science*. New York: Simon & Schuster; 2015.

Peabody F. The care of the patient. *JAMA* 1927; 8812: 877-82.

Pellegrino ED, Thomasma DC. *For the patient's good: the restoration of beneficence in health care*. New York: Oxford University Press; 1988.

Sackett D, Rosenberg W, Muir Gray JA, Haynes RB, Richardson W. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312: 71-2.

Safder T. The name of the dog. *N Engl J Med* 2018; 379: 1299-301.

The Lancet. The soft science of medicine [editorial]. *Lancet* 2004; 363: 1247.

Toulmin S. How medicine saved the life of ethics. *Perspect Biol Med* 1982; 25: 736-50.



VALORS DEL METGE COM A METGE

Coordinador

JOAN MONÉS

Experts col·laboradors de la secció

CARLOS POSE VARELA

FELIPE RODRÍGUEZ DE CASTRO

JUAN MONÉS XIOL

GUILLERMO VÁZQUEZ MATA

ROGER RUIZ MORAL



— 7 —

Excel·lència moral i saviesa pràctica

CARLOS POSE VARELA



Carlos Pose Varela

Professor de la Universidad de Santiago de Compostela i Fundació de Ciències de la Salut

Nascut a A Coruña el 1971, és doctor en Filosofia per la Universidad Pontificia de Salamanca, i màster en Bioètica per la Universidad Complutense de Madrid. Filòsof i bioeticista, és professor de Filosofia a la Universidad de Santiago de Compostela. El seu treball d'investigació gira a l'entorn de la filosofia, les ciències mèdiques i la bioètica.

Des del 1997 participa en els seminaris d'investigació de la Fundació Xavier Zubiri de Madrid. Ha estat integrant d'un projecte d'investigació sobre tecnociències socials i humanes, on ha dut a terme investigacions a l'entorn del paper dels sentiments i valors en la presa de decisions ètico-clínicques i l'avaluació ètica de les tecnologies sanitàries. Des del mateix any és redactor en cap i editor de *EIDON*, la revista més important de bioètica en llengua espanyola. Entre les seves publicacions en el camp de la bioètica trobem llibres com *Lo bueno y lo mejor. Introducción a la ética médica* (2009), *Bioética de la responsabilidad* (2012), *La consultoría en ética clínica. De los comités de ética asistencial a la figura del consultor* (2019), i és autor de nombroses publicacions sobre temes de filosofia i bioètica en capítols de llibres i revistes especialitzades.

Publicacions rellevants de l'autor

Pose C. Diego Gracia: pensar la bioètica en España. En Garrido M, Valdés L, Valdés M, coords. *El legado filosófico español e hispanoamericano del siglo xx*. Madrid: Cátedra; 2009.

Pose C. Cómo decidire el tratamiento de mis pacientes. Reflexiones de bioética clínica. *Jano. Medicina y Humanidades* 2011; 1773: 77.

Pose C. La ética de nuestro tiempo: la bioética. En Feito L, Gracia D, Sánchez M, eds. *Bioética: el estado de la cuestión*. Madrid: Triacastela; 2011.

Pose C. La construcción de la bioética desde la filosofía de X. Zubiri. *Cuadernos Salmantinos de Filosofía* 2013; 40: 595-610.

Pose C. El principio de precaución en ética: otro modo de gestionar el riesgo. En Murillo I. *La filosofía práctica*. Madrid: Ediciones Diálogo Filosófico; 2014.

Pose C. Los inicios de la consultoría ética: los comités de ética y su constitución. *EIDON* 2016; n.º 45.

Pose C. El nacimiento de la ética clínica y el auge del eticista como consultor. *EIDON* 2016; n.º46.

Pose C. El papel de las instituciones y comisiones de bioética en el desarrollo de la ética asistencial. *EIDON* 2017; n.º47.

Pose C. La consultoría de ética clínica en la actualidad: revisión crítica de los modelos de mediación y propuesta de un modelo deliberativo. *EIDON* 2017; n.º48.

Pose C. Deliberación anticipada de la atención: educando a los profesionales de la salud. *EIDON* 2018; n.º49.

Pose C. Revisión crítica del enfoque jurídico de las instrucciones previas. *Boletín de estudios de filosofía y cultura Manuel Mindán* 2018; 13: 73-91.

Excel·lència moral i saviesa pràctica

Introducció

No és el mateix saber, ni tan sols saber fer, que actuar. De les dues primeres qüestions s'ocupa la ciència i la tècnica, mentre que de la tercera s'ocupa l'ètica. No obstant això, ciència, tècnica i ètica poden veure's també com a moments inseparables d'una mateixa disciplina. És el cas de la 'ètica mèdica'. La raó d'aquesta unitat es deu al fet que la medicina és una ciència, per tant, un saber teòric, i és també una tècnica, un saber tècnic. Però és i ha de ser també, avui més que mai, un saber pràctic, una manera de conducta i de prendre decisions. Per aquest motiu la medicina és una de les activitats més exigents. Exigeix, abans de res, un bon coneixement dels fets, dels 'fets clínics', i exigeix, sobretot, un adequat maneig dels 'valors'. Això segon és el que avui planteja majors dificultats als professionals de la salut. Un bon coneixement dels fets clínics és condició necessària però no suficient per a una òptima presa de decisions. Entre els fets clínics i les possibilitats d'acció hi ha sempre un moment de valor que és necessari conèixer i saber gestionar. Només així es podrà parlar de 'excel·lència moral' en la pràctica clínica.

Un bon coneixement dels fets clínics és condició necessària però no suficient per a una òptima presa de decisions

La 'ètica mèdica' posseeix encara una altra exigència. Tant el coneixement dels fets clínics com l'estimació dels valors cal fer-la amb mètode. La medicina sempre ha procedit amb mètode, però el mètode que avui millor encarna la presa de decisions clíniques no és un altre que el deliberatiu. La deliberació pot ser individual o col·lectiva, i ha de versar sobre el coneixement dels fets, el dels valors, i el de les possibilitats d'acció. És una exigència ètica que la deliberació formi part de l'anàlisi d'aquests tres moments. I ho és també que quan la deliberació individual no és suficient, es passi a la deliberació col·lectiva. Aquesta és l'essència de la presa de decisions dels diferents comitès que avui existeixen en tota institució sanitària, entre ells, el comitè d'ètica. Així, tant les decisions deliberades de manera individual com col·lectivament constitueixen les anomenades decisions 'prudents' o sàvies. La saviesa pràctica és l'altre eix de l'ètica mèdica.



Així, tant les decisions deliberades de manera individual com col·lectivament constitueixen les anomenades decisions 'prudents' o sàvies. La saviesa pràctica és l'altre eix de l'ètica mèdica

En el que segueix aprofundirem en l'anàlisi d'aquests dos valors fonamentals avui de l'ètica mèdica: l'excel·lència moral i la prudència o saviesa pràctica. L'excel·lència moral té a veure amb la qualitat o el valor encarnat en el professional de la salut que obra òptimament, mentre que la saviesa pràctica té a veure amb el valor del resultat fruit d'una bona anàlisi de tots els elements que formen part de la presa de decisions.

L'excel·lència moral

Les professions socials s'han definit sempre per les seves característiques morals. I de totes, la característica moral que ha romàs invariable al llarg dels segles ha estat l'excel·lència. Avui es tracta d'un terme molt popular en l'ètica empresarial, arran de la publicació, en 1982, per Thomas J. Peters i Robert H. Waterman, Jr., de l'obra *A la recerca de l'excel·lència (In Search of Excellence)*. No obstant això, el terme és consubstancial a l'antiga ètica grega i constitueix el fonament del Jurament Hipocràtic i el valor essencial de tota l'ètica mèdica.

No obstant això, hi ha certes diferències entre l'antiga teoria ètica de l'excel·lència i la teoria moderna. Una primera, fonamental, és que en la teoria antiga de l'excel·lència era comú distingir

dos tipus d'activitats, els '*oficis*' i les '*professions*' i, conseqüentment, dos tipus d'ètica o moralitat, la '*moralitat comuna*' i la '*moralitat especial*'.

La *moralitat comuna* és aquella que practiquen la majoria dels membres de la societat, i dins d'ells, els que tenen per activitat un ofici, mentre que la *moralitat especial* és la pròpia dels professionals, entre ells, els professionals de la salut. Aquesta diferència ve donada en part per l'objecte tan valuós del qual tracten, la salut i la vida de les persones, i en part per l'especial dotació natural de les persones que es dediquen a això. Per aquest motiu la característica fonamental d'aquesta moralitat especial fos l'excel·lència, que es traduïa, primer, en què el professional de la salut sempre actuava en benefici dels altres i no en el propi, segon, que la seva dotació natural el convertia en una figura social de gran autoritat moral, i tercer, que com no podia esperar-se que obrés amb mala intenció, gaudia de completa impunitat jurídica.

Aquesta teoria antiga de l'excel·lència professional va anar entrant en crisi al llarg del segle XX. Potser són dues les raons que van portar a això.

En primer lloc, el naixement dels drets dels pacients fa que els professionals de la salut perdin part de la seva autoritat moral i, com a conseqüència, la seva impunitat jurídica. Actuar en benefici del pacient ja no significa, per exemple, actuar únicament amb bona intenció, sinó tenint en compte, a més, les conseqüències o efectes secundaris de les decisions, en les quals ha de jugar un paper important l'opinió del pacient, la pròpia institució en la qual es presta el servei, etc.



En segon lloc, i relacionat amb l'anterior, també les persones que es dediquen als oficis aspiren a l'excel·lència, ja que les conseqüències de les seves activitats, en un món cada vegada més tecnificat, són d'una magnitud no inferior a les conseqüències de les activitats dels professionals. Per tant, la teoria moderna de l'excel·lència esborra la diferència entre moralitat comuna i moralitat especial. Tota activitat acaba tenint una mateixa moralitat, o almenys la seva diferència pot ser de grau, però no de nivell.

El que resulta comuna a la teoria antiga i moderna és que l'excel·lència és un valor ideal, una aspiració. D'aquí el títol de Thomas J. Petters i Robert H. Waterman, *A la recerca de l'excel·lència*. L'excel·lència no és un punt final, sinó un camí, una manera de fer les coses, i en última instància, una manera o model personal d'exercir òptimament qualsevol activitat. El fet de què es tracti d'una cosa inassolible es repeteix en altres llibres, per exemple, en el de Alasdair MacIntyre, *Després de la virtut (After Virtue)*, publicat dos anys més tard, en 1984. Tant en anglès com en català, el títol és ambigu, perquè juga amb el doble sentit de 'després de', que en espanyol significa tant 'després' com 'a la recerca de', amb la qual cosa, en aquest segon cas, es repeteix la idea d'aspiració o desig. Es dirà que en aquesta segona obra el que es busca no és 'l'excel·lència', sinó la 'virtut'. Però en realitat es tracta del mateix. Els dos termes tradueixen el vocable grec 'areté'.

El canvi terminològic ('excel·lència' en lloc de 'virtut') és reflex d'un canvi d'època, i potser també d'ètica. Si ja no creiem que l'excel·lència moral procedeix de la dotació natural de les persones, sinó de la seva educació moral, si la bona intenció no és suficient per a dur a terme la

millor acció, llavors hem de concebre que l'ètica, i l'ètica mèdica no és una excepció, ha de ser, no una 'ètica de la virtut', ni tampoc una 'ètica del pur deure', sinó una 'ètica dels valors'. Dit d'una altra manera, avui cal entendre l'ètica mèdica, i més en concret, 'l'ètica dels valors mèdics', com una ètica de l'excel·lència professional i moral.

Avui cal entendre l'ètica mèdica, i més en concret, l'ètica dels valors mèdics', com una ètica de l'excel·lència professional i moral

En l'actualitat una ètica dels valors mèdics ha de situar-se més enllà del problema de si els valors són objectius o subjectius. Els valors de la medicina, més que respondre a criteris estrictament mèdics o ser meres preferències dels pacients, són elaboracions intersubjectives, fruit de diferents judicis de valoració personals i professionals que acaben convergint en el context clínic. Els valors de la medicina es construeixen a partir d'aquests judicis d'estimació o valoració sobre els fets clínics o socials, igual que els fets clínics es construeixen a partir de certes dades, símptomes o vivències.

Els valors més freqüents en la pràctica mèdica són resultat de diferents opinions i judicis de metges, infermeres, treballadors socials, pacients, familiars, etc. Valors com a salut, malaltia, benestar o malestar no són mai completament objectius, sinó que tenen a veure amb el fluctuant estat clínic i de confort del pacient. La utilitat o futilitat són resultat de la percepció d'una major o menor efectivitat d'un fàrmac per a controlar o contrarestar una patologia. La beneficència, la capacitat, la confidencialitat, el repartiment



equitatiu de recursos, etc. són altres valors que es van construir en les múltiples interrelacions personals i professionals de la pràctica clínica. Els construeix el professional de la salut que diagnostica i tracta la malaltia d'un pacient, però també altres professionals que són cridats a una interconsulta, i el pacient que suporta la malaltia o afecció, i la institució sanitària que proporciona els mitjans per a l'atenció del pacient, i fins i tot la pròpia societat quan opta per un model sanitari o un altre. El maneig d'aquests valors, no obstant això, obeeix a una certa lògica que tot professional de la salut ha de conèixer.

Abans de res, tots els valors de la pràctica clínica poden dividir-se en instrumentals i intrínsecs. És el primer principi de la lògica de l'ètica dels valors mèdics. Són '*valors instrumentals*' aquells que deuen el seu valor a una cosa diferent d'ells mateixos. Un fàrmac té valor instrumental perquè serveix per a curar o alleujar el dolor. El '*valuós intrínsecament*' en aquest cas seria la salut o alleujament que s'obté a través del fàrmac. El mateix pot dir-se d'un bisturí o d'un TAC. El seu valor no és intrínsec, sinó instrumental. Tots els instruments valen com a possibilitat de curació, però no tenen un valor intrínsec des del punt de vista clínic. Això vol dir que la pràctica mèdica ha de guiar-se sempre per valors intrínsecs, i no merament per valors tècnics. Les anomenades tecnologies sanitàries en tot el seu ampli sentit tenen sens dubte un valor, però un valor instrumental, i la seva acumulació injustificada pot posar en perill els valors intrínsecs. Segons aquesta ètica dels valors mèdics, els valors instrumentals han d'estar sempre al servei dels valors intrínsecs, i no a l'inrevés.

La pràctica mèdica ha de guiar-se sempre per valors intrínsecs, i no merament per valors tècnics

Però siguin instrumentals o intrínsecs, els valors de la medicina els construeix el professional de la salut en la seva pràctica clínica, i amb això es construeix a si mateix com a persona i com a professional. És el segon principi de l'ètica mèdica dels valors. El professional de la salut es compromet a afegir valor a la seva activitat clínica, a tractar de realitzar tots els valors que descobreix o sorgeixen en la pràctica clínica. I fent això, realitzant els valors que compareixen en el context clínic, no només fa el que deu, és a dir, no només fa el correcte, bo o òptim, sinó que es fa, ell mateix, bo o millor. Ara bé, fer el bo o el millor, és el que significa 'excel·lència'. L'excel·lència moral brolla així de la realització dels valors no morals o clínics. Això significa que l'excel·lència no és objecte directe de realització, sinó la conseqüència indirecta de la realització de tots els valors que sorgeixen en la pràctica clínica. Per tant, una ètica dels valors mèdics també és una teoria ètica de l'excel·lència professional i moral.

La saviesa pràctica

Segons s'ha dit al principi, la medicina és un saber teòric i pràctic que exigeix del professional de la salut la combinació de ciència i experiència. Això és el que sintetitza, precisament, el terme grec *phronesis*, '*prudència*'. Ara bé, com el terme prudència s'ha anat carregant de diversos sentits, no tots positius, i a més ha entrat en desús en



alguns àmbits, és preferible traduir *phronesis* per 'saviesa pràctica', i parlar de prudència o saviesa pràctica. No es tracta de ser moderat, caut o previngut, sinó 'expert' en l'anàlisi de la millor opció en situació d'incertesa. Per tant, el professional de la salut ha d'incorporar com a valor a la seva activitat clínica aquesta saviesa pràctica que permet avaluar principis, circumstàncies i conseqüències a l'hora de prendre la millor decisió.

La incertesa en la presa de decisions està en la base del cultiu o ensenyament de la prudència o saviesa pràctica. Els judicis clínics no poden ser més que probables, i el mateix succeeix amb els judicis ètics. Per aquest motiu tant la clínica com l'ètica han compartit, totes dues disciplines, un mateix mètode, que tant en l'antiguitat com en l'actualitat es denomina 'deliberació'. La prudència i la deliberació són així els dos eixos del raonament pràctic i de la presa de decisions que ha de promoure l'ètica mèdica. La deliberació és la cerca del raonable o prudent, mentre que la prudència és la decisió raonable després del procés de deliberació. Es tracta d'una manera de raonar, d'una lògica, i també d'un mètode o procediment.

En efecte, per arribar a un judici prudent o raonable cal que la deliberació s'articuli en un procediment de presa de decisions. Això vol dir que passa per una sèrie de fases, almenys tres. La primera i la més important té a veure amb l'anàlisi dels fets clínics. L'aclariment dels fets clínics (diagnòstic, pronòstic, tractament) és el que permetrà analitzar els valors, la segona fase. Els problemes ètics consisteixen sempre en conflictes de valors, per la qual cosa la identificació de valors suportats en els fets clínics és essencial. Finalment, la tercera fase la

constitueix l'anàlisi dels cursos d'acció. Com els valors demanen la seva realització, aquesta fase exigeix gran compromís del professional de la salut. Es tracta de trobar aquell curs d'acció que millor realitzi tots els valors. Aquest curs d'acció serà l'òptim i, per tant, el més prudent.

A partir d'aquesta mera síntesi, convé subratllar que la deliberació no recau només en els cursos d'acció, la tercera fase del procediment deliberatiu, sinó també en la identificació dels valors i en l'aclariment dels fets clínics. Aquestes tres ordres són escalades i es gestionen de forma concatenada. La manca deliberativa en el nivell dels fets clínics produeix biaixos en la valoració i en la presa de decisions. Per això els judicis prudents exigeixen molta deliberació des de l'inici fins a la fi en un procés continu.

Els judicis prudents exigeixen molta deliberació des de l'inici fins a la fi en un procés continu

Existeixen altres biaixos que distorsionen el judici prudencial. Un de freqüent té a veure amb l'estat emocional. Ja que els judicis tant clínics com ètics són probables i, per tant, incerts, el professional de la salut pot veure's afectat per una crisi d'angoixa. L'angoixa o la convulsió emocional impedeixen realitzar judicis prudencials i pot portar a prendre decisions precipitades. El seu control passa, en conseqüència, per introduir la deliberació en el procés de presa de decisions ajustant el temps a la urgència o transcendència de la decisió. Una decisió deliberada sempre serà més raonable i prudent que una decisió precipitada o no oportuna.



La prudència, en tot cas, no és un punt sinó un espai de decisió. Això es deu a l'existència de variacions normals tant en el coneixement dels fets, com en l'estimació dels valors, com, finalment, en la presa de decisions, degudes a l'edat, el sexe, el caràcter, la cultura, etc. Precisament per això el professional de la salut ha d'estar persuadit d'aquesta variabilitat i acceptar que el seu judici i el judici del seu pacient poden ser tots dos prudents sense que per això hagin de ser iguals.

Finalment, a vegades la prudència no s'aconsegueix si no és mitjançant una deliberació col·lectiva. Quan els problemes són molt complexos o les decisions de molta envergadura, el professional de la salut ha de reunir un nombre suficient de perspectives abans de formar-se una opinió o prendre una decisió.

**A vegades la prudència no s'aconsegueix
si no és mitjançant una deliberació
col·lectiva**

Conclusió

En cap altra època com en la nostra ha estat tan necessària que l'ètica mèdica s'ocupés de la formació en els valors de la medicina. A causa de la introducció de noves tecnologies sanitàries, al paper dels pacients i familiars en la presa de decisions, a la gestió de recursos sempre limitats, els problemes són cada vegada més complexos i això exigeix del professional de la salut tant qualitat o excel·lència moral com prudència o saviesa pràctica en la presa de decisions, dos valors fonamentals de l'ètica mèdica. No és suficient que les decisions siguin correctes des

del punt de vista tècnic ni que se situïn dins del marc legal. És necessari imprimir-los una dimensió de qualitat que només pot aportar una adequada formació en '*valors*'. El que està en joc en la majoria de problemes ètics és un problema de valors, un conflicte de valors. El professional de la salut ha de saber explorar i identificar els valors que estan presents en un problema concret, a fi de prendre la decisió més prudent. Això requereix formació i entrenament. Avui pot dir-se que una bona formació clínica o en els fets clínics no és igual a una bona formació professional. Si un professional de la salut no està format adequadament en ètica mèdica, i especialment, en la qüestió dels valors de la medicina, no pot considerar-se ben format ni capacitat per a l'exercici de la clínica.

Bibliografia

- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. Oxford: Oxford University Press; 2013.
- Callahan D. In search of the good. A life in bioethics. Boston: MIT Press; 2012.
- Gracia D. Construyendo valores. Madrid: Triacastela; 2003.
- Gracia D. Como arqueros al blanco. Madrid: Triacastela; 2004.
- Gracia D. Fundamentos de bioética. Madrid: Triacastela; 2007.
- Gracia D. Valor y precio. Madrid: Triacastela; 2013.
- McIntyre A. Tras la virtud. Barcelona: Crítica; 1984.
- Peters TJ, Waterman RH Jr. En busca de la excelencia. Madrid: Harper-Collins; 2017.
- Pose C. Lo bueno y lo mejor. Introducción a la ética médica. Madrid: Triacastela; 2009.
- Pose C. Bioética de la responsabilidad. Madrid: Triacastela; 2012.



— 8 —

Competència i fiabilitat

FELIPE RODRÍGUEZ DE CASTRO



Felipe Rodríguez de Castro

Ex-degà de la Facultat de Medicina, Universidad de Las Palmas
Patró de la Fundació Educació Mèdica, FEM

És llicenciat en Medicina i Cirurgia per la Universidad de Valladolid (1981) i doctor en Medicina i Cirurgia per la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (ULPGC) (1991). Va ser metge intern resident (MIR) de Neumologia a l'Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid (1982-86). Ha treballat a l'Hospital Virgen de la Luz de Cuenca el 1986, a l'Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid el 1986-87, a l'Hospital Insular de Gran Canaria el 1994- 95 i al Barnes-Jewish Hospital de Saint Louis (EE. UU.) el 1997. Ha estat cap d'estudis de l'Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín (2002-2008), membre del *European Board for Accreditation in Pneumology* (2008-2017) i degà de la Facultat de Ciències de la Salut de la ULPGC (2010-2014). Va ser vicepresident de la Societat Espanyola de Neumologia i Cirurgia Toràcica (2005-2010) i de la Comissió Nacional de Neumologia (2000-2010), i president de la Societat Espanyola d'Educació Mèdica (2013-2018). Actualment és cap del Servei de Neumologia de l'Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín i catedràtic de Medicina a la ULPGC. La seva línia d'investigació fonamental són les infeccions respiratòries.

És editor en cap de la secció de postgrau de la revista de la Fundació Educació Mèdica (FEM), del patronat de la qual forma part, i acadèmic corresponent a la Real Academia de Medicina de Santa Cruz de Tenerife (Canàries). També forma part del grup de treball 'El buen quehacer del médico' de l'Organización Médica Colegial i ha participat en els projectes 'Aprender a ser médico: responsabilidad social compartida' i 'El médico del futuro' de la FEM.

Fins a l'actualitat ha dirigit 13 tesis doctorals i ha publicat més de 50 llibres o capítols de llibres nacionals i internacionals i més de 150 publicacions en revistes nacionals i internacionals indexades (JCR).

Publicacions

Alfonso MT, Carrasco M, Escanero J, Fonseca M, Gual A, Manso JM, Mena J, Nolla M, Palés JL, Peinado JM, Pujol R, Rodríguez de Castro F. Recomendaciones para un nuevo proceso de reforma curricular en las Facultades de Medicina españolas. *Educ Méd* 2005; 8: 17-21.

Gual A, Rodríguez de Castro F. Objetivos del Desarrollo Profesional Continuo. *JANO* 2006 (extra); 1626: 26-9.

Palés J, Rodríguez de Castro F. Retos de la Formación Médica de Grado. *Educ Méd* 2006; 9: 159-72.

Rodríguez de Castro F. Desarrollo profesional continuo. *SEPARVISIÓN* 2008; 48: 2-3.

Álvarez-Sala JL, Casan P, de Miguel J, Rodríguez de Castro F, eds. La formación del residente de Neumología. Madrid: Luzán 5; 2010.

Rodríguez de Castro F. Proceso de Bolonia (V): el currículo oculto. *Educ Méd* 2012; 15: 13-22.

Rodríguez de Castro F. Nuevos roles del estudiante y del residente. El currículo oculto. En Millán J, Palés JL, Morán J, eds. *Principios de Educación Médica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2015. p. 335-42.

Gual Sala A, Rodríguez de Castro F. Reflexiones sobre el futuro de la formación de los profesionales sanitarios. En Pérez Lázaro JJ, ed. *Profesionalismo en salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2017; Disponible en: <http://www.easp.es/project-category/Publicaciones-easp/>.

Rodríguez de Castro F, Carrillo T, Freixinet J, Julià G. Razonamiento clínico. *FEM* 2017; 20: 149-60.

Medina R, Álamo D, Costa M, Rodríguez de Castro F. Aprendizaje autorregulado: una estrategia para 'enseñar' a aprender en ciencias de la salud. *FEM* 2019; 22: 5-10.

Competència i fiabilitat

Per a Ortega, la preocupació pels valors és una conquesta recent de la humanitat, tot i que admet que aquest assumpte no va poder ser ignorat pels filòsofs clàssics i que sempre ha estat ocult sota la idea de 'el bo'. El món dels valors és complex i divers, i encara que són qualitats abstractes, al llarg de la història hem anat donant-los cos amb diferents continguts per acomodar millor la nostra existència, la nostra conducta i les nostres actituds. En el conjunt de treballs reunits a 'La reconstrucció del materialisme històric', Jürgen Habermas descriu la història de l'espècie humana com un procés progressiu de racionalitat no només tècnic-instrumental, sinó també moral-pràctic. Dit en altres paraules, les societats aprenen no només tècnicament, sinó també moralment.

Les societats aprenen no només tècnicament, sinó també moralment

Com a conseqüència d'aquest 'aprenentatge moral', els valors i les expectatives socials respecte a la pràctica mèdica també s'han modificat i diversificat. Els reptes i les responsabilitats dels metges, el seu paper social i la seva realitat professional han anat canviant progressivament. El model de metge actual

demana un nou contracte social que sigui reflex de la voluntat ètica de la col·lectivitat i resultat de la negociació dels conflictes morals latents derivats dels valors emanats dels diferents grups socials. En aquest context de canvi i, en conseqüència, d'importantes transformacions i increment de la complexitat en l'exercici de la medicina, el professionalisme es percep com el nou model de contracte social que reemplaça al més tradicional, basat en el Jurament Hipocràtic, i que avui dia resulta insuficient per respondre als desafiaments que la societat planteja als metges. El Jurament Hipocràtic es realitzava davant Apol·lo, Higia i Panacea amb el compromís de socórrer els pacients; avui el metge es compromet amb la societat i en pro del ciutadà, sa o malalt.

Ja fa gairebé 20 anys que Albert Jovell reflexionava sobre la diferència entre el fet de ser metge –la professió– i el de fer de metge –l'ocupació–. El verb 'professar' tradueix el compromís públic amb un conjunt de valors. Per Cruess, una professió és una ocupació, de la qual el seu element nuclear és el treball fonamentat en el domini d'un cos complex de coneixements i habilitats que s'empra al servei d'altres. Els membres d'una professió es regeixen per codis ètics i professen un compromís amb la competència, la integritat, l'altruisme i la



promoció del bé públic dins del seu àmbit, en aquest cas la medicina. És precisament aquest compromís el que constitueix la base del contracte entre la professió mèdica i la societat, la qual, com a compensació, atorga als metges el monopoli en l'ús del seu cos doctrinal, el dret a un cert grau d'autonomia i el privilegi de l'autoregulació. El professionalisme mèdic deriva òbviament del concepte de professió i es podria definir com el conjunt de valors, comportaments i relacions que apunten la confiança que la societat disposa en els seus metges.

En les societats modernes, els metges exerceixen dos papers fonamentals: el metge sanador i el metge professional. Tots dos rols comparteixen molts aspectes, però procedeixen de tradicions diferents i impliquen diferents compromisos i obligacions. La tradició del metge sanador procedeix d'Hipòcrates i les seves característiques són reconegudes universalment. Per contra, el metge com a membre d'una professió ha tingut poc impacte social fins que la ciència va proporcionar les bases de la medicina moderna i la revolució industrial va proveir el suficient benestar com perquè la salut pogués considerar-se un bé adquirible i negociable. Com a conseqüència d'això, la societat va organitzar les cures sanitàries al voltant de les professions existents i els va atorgar, com ja es va comentar, un monopoli de pràctica, una considerable autonomia, el privilegi de l'autoregulació i una remuneració. Un dels atributs que comparteixen els dos rols dels metges és el de la competència.

El concepte de competència mèdica ha rebut diferents interpretacions. Una d'elles és la que fa referència als coneixements, habilitats i actituds pròpies de la professió que capaciten al metge per resoldre els problemes que planteja el seu

exercici. Un nou concepte de competència s'emmarca dins del procés de formació del metge i es definiria com el grau en què un subjecte pot utilitzar coneixements, aptituds, actituds i bon judici associats a la seva professió, per a poder exercir-la de manera eficaç en totes les situacions que corresponen al camp de la seva pràctica. Per al malalt crònic, predominant en el nostre sistema sanitari, la competència mèdica enllaça elements d'habilitats i coneixements tècnics (posseir coneixements i interès per la malaltia que pateix, encertar en el diagnòstic i en el tractament, mantenir una continuïtat en l'atenció amb els seguiments adequats i sol·licitar les proves complementàries pertinents) amb altres relacionals referits a la comunicació i a la informació.

La competència tècnica és el reflex de la necessitat d'adequar els coneixements i habilitats rellevants per a la pràctica mèdica als continus avenços de les ciències de la salut; en el fons és la recerca de l'excel·lència professional

La competència tècnica és el reflex de la necessitat d'adequar els coneixements i habilitats rellevants per a la pràctica mèdica als continus avenços de les ciències de la salut, i inclou l'atenció sanitària de qualitat, l'actualització científica, la participació en activitats de docència i investigació, la responsabilitat a l'hora de prendre decisions i realitzar actuacions, i l'autonomia professional (sense deixar-se influir per les nombroses pressions de l'entorn, ja siguin administratives, econòmiques o dels mateixos usuaris); en el fons és la recerca de l'excel·lència professional.



La data de caducitat dels coneixements i destreses mèdiques s'avança a mesura que el canvi tecnològic s'accelera i, per aquest motiu, la necessitat d'actualitzar-és una de les exigències que el metge experimenta de manera més urgent que altres professions. S'estima que la vida mitjana d'una 'veritat científica' en medicina és de 50 anys i que cada 15 anys es duplica el nombre de publicacions científiques. Es calcula que actualment es produeix un exabyte al dia d'informació, mentre que al llarg dels segles i fins a principis de l'actual, només s'havien acumulat cinc exabytes de coneixement. A les universitats espanyoles, l'àrea de medicina i farmacologia és la segona en producció científica amb 114.470 documents en la dècada 2006-15. S'ha conjeat que un internista necessitaria llegir 17 articles cada dia de l'any per mantenir-se adequadament actualitzat.

«L'obesitat informativa» obliga els metges a ser veritables gestors del coneixement en el seu exercici professional

Comprensiblement, aquesta 'obesitat informativa' obliga els metges a ser veritables gestors del coneixement en el seu exercici professional i decidir, amb saludable esperit crític, la utilització pertinent d'aquests avenços en pacients concrets. Tal com assenyalen Gual et al, el metge ha de fugir del 'cientificisme' i aprofitar les bondats del mètode científic per incorporar al seu exercici només les novetats tecnològiques degudament contrastades. En aquest sentit, convé recordar que la despesa sanitària dedicat a procediments ineficaços o directament

perjudicials pot arribar al 20% de la despesa total segons algunes estimacions.

És evident que una pràctica clínica competent suposa l'ús del millor coneixement científic disponible. Avui dia no és admissible l'exercici de la medicina desconeixent l'existència de fonts d'informació que permeten una pràctica professional actualitzada. No obstant això, com ja s'ha avançat, és fàcil extraviar-se en la immensitat inabastable de la bibliografia mèdica. El desafiament de mantenir-se actualitzat amb aquesta sobredosi d'informació i, en conseqüència, poder garantir la millor assistència possible als pacients, es veu afavorit per la fàcil accessibilitat a la informació, l'emmagatzematge electrònic de dades, la comunicació instantània, permanent i sense fronteres, i pel sorgiment de moviments com el de la Medicina Basada en l'Evidència, que han contribuït decisivament al pensament i la lectura crítica de la literatura mèdica. En l'actualitat, una pràctica clínica basada en la rutina o en opinions no recolzades per proves és inacceptable. Aquest progrés, aparentment il·limitat i benèfic, exhorta a la reflexió sobre aspectes com l'equitat, l'efectivitat i la sostenibilitat de les noves tecnologies. El fet que la tecnologia formi part indissociable del seu exercici no ha de fer caure al metge en la fascinació tecnològica irreflexiva –que freqüentment genera noves incerteses– ni, per contra, en la resistència irracional als avenços diagnòstics i terapèutics per sentir- confortable amb els procediments tradicionals. Un metge competent, amb capacitat científicotècnica i humana per practicar l'exercici de la professió amb qualitat, també ha de ser capaç de seleccionar la informació que proporciona als seus pacients i evitar la sobreinformació, la desinformació o la confusió informativa. En aquesta relació d'asimetria consentida amb els seus pacients, el metge competent ha d'evitar mantenir una relació



paternalista i propiciar un model deliberatiu que els capiti per a prendre decisions sobre la seva pròpia salut.

La qualificació que s'exigeix als metges és cada vegada més gran. Els continus avenços en l'àmbit sanitari generen grans expectatives en la societat i una pressió addicional en la professió mèdica. La incapacitat d'assimilar i seleccionar tot el coneixement disponible; les dificultats de traslladar aquest coneixement a la pràctica diària i als pacients individuals; l'augment d'àmbits de capacitació específica, especialitats i subespecialitats, i la caducitat del coneixement suposen una pressió addicional per al metge. A més, les altes expectatives que la societat té en el progrés científic i els avenços tecnològics, incrementen les perspectives sobre els estàndards de competitivitat del metge. Se'ls demanda, no només l'exercici solvent de la seva especialitat, sinó també l'acompliment d'una varietat d'actuacions relacionades amb el coneixement de diferents disciplines i habilitats mèdiques de caràcter transversal (epidemiologia, estadística, investigació, gestió, comunicació), el que reclama una formació continuada en tots els àmbits i una reacreditació periòdica de totes les competències professionals. La complexitat del coneixement mèdic, la seva naturalesa probabilística i, per tant, la incertesa que implica, imposen una sèrie de limitacions que haurien de ser objecte d'un major reconeixement social. Així mateix, la fragmentació del coneixement mèdic en especialitats i subespecialitats planteja el desafiament de definir els continguts d'aquestes, les seves competències i la seva repercussió en l'homogeneïtat d'una professió que ha d'articular al voltant d'un conjunt mínim de valors estructurats que la societat pugui reconèixer. Aquesta aparent contradicció implica

el risc d'una ambigüitat en la responsabilitat de la prestació assistencial, per la qual de vegades es fa difícil identificar al metge responsable del pacient, i podria ser font d'errors si no hi ha una coordinació efectiva entre els diferents nivells assistencials implicats en la cura del pacient.

Exercir en un sistema sanitari basat en el coneixement, exigeix aprendre a aprendre des de la formació universitària, un entorn laboral que promogui la generació i la utilització del coneixement i l'adquisició de competències professionals en el treball (capacitació continuada i potenciació professional). Això implica el compromís, no només del metge, sinó també de diferents organitzacions, societats científiques, col·legis professionals i de l'administració. El coneixement, tant explícit com tàcit, presenta una estreta relació amb la formació, les actituds i la competència. Una actitud orientada a l'aprenentatge tendeix a augmentar el valor del professional, i és una qualitat reconeguda i valorada pels pacients. La societat vol uns resultats clínics satisfactoris, la qual cosa passa per realitzar una pràctica basada en la millor evidència disponible i per justificar adequadament les seves decisions quan no es disposa d'ella. La societat té unes expectatives i assumeix el fet que no està en condicions d'emetre un judici sobre la competència que fonamenta la professió mèdica i les decisions derivades de l'aplicació d'un coneixement especialitzat, complex, incomplet i indeterminat. En aquestes circumstàncies, el metge sol·licita la confiança de la societat a la que ofereix, a canvi d'alguns privilegis repetidament esmentats, competència per aplicar uns coneixements i habilitats especialitzats, la recerca de l'excel·lència professional i l'actualització dels seus coneixements. Un metge competent és un metge digne de confiança, fiable. Aquesta



confiança és l'element clau del nou model de contracte social. De fet, la confiança es sustenta en dues idees bàsiques: competència i compromís. Els pacients necessiten confiar en la professió mèdica i aquesta ha d'oferir fiabilitat. Donada l'asimetria d'informació i coneixement entre metge i pacient i la situació de vulnerabilitat en què aquest es troba, el metge ha de garantir el compliment dels compromisos contrets: altruisme, anteposició dels interessos del pacient i confidencialitat.

Donada l'asimetria d'informació i coneixement entre metge i pacient i la situació de vulnerabilitat en què aquest es troba, el metge ha de garantir el compliment dels compromisos contrets

Al llarg de la història, la medicina ha estat testimoni de diversos cicles de confusió moral, de dubtes sobre si existeix alguna cosa especial que imposa als que la practiquen uns estàndards d'integritat ètica més rigorosos. Quan una professió es 'desprofessionaliza' rebutja aquestes superiors exigències morals i s'acomoda al clima polític i cultural predominant. Les causes d'aquesta desprofessionalització són diverses, però un dels factors essencials està associat a un dèficit de competència professional i la conseqüent disminució de la qualitat assistencial, increment de la despesa sanitària, variabilitat en l'exercici clínic i incertesa sobre l'impacte real que sobre la salut dels ciutadans té l'ús de moltes pràctiques mèdiques. L'increment de la producció científica i el paradoxal dèficit de competència entroncaria amb l'anomenada 'societat de risc' que Beck defineix com 'aquella en què la producció de coneixement comporta la creació de situacions de major incertesa'. Relacionat també

amb el dèficit de competència professional està també la tendència a l'ocultació de l'error mèdic i l'automatisme davant pràctiques professionals manifestament millorables.

Un dels factors essencials de la desprofessionalització està associat a un dèficit de competència professional i la conseqüent disminució de la qualitat assistencial, increment de la despesa sanitària, variabilitat en l'exercici clínic i incertesa sobre l'impacte real que sobre la salut dels ciutadans té l'ús de moltes pràctiques mèdiques

La confluència de les revolucions biotecnològiques i infotecnològiques semblen col·locar a la intel·ligència artificial en millors condicions per realitzar càlculs de probabilitats i reconeixement de patrons i fins i tot per a exercir tasques que requereixen intuïcions sobre altres persones. Dues capacitats no humanes importants de la intel·ligència artificial són la connectivitat i la capacitat d'actualització i, en aquest sentit, podrien proporcionar una prestació sanitària molt millor i més barata a milers de milions de persones, en particular, a les que normalment no reben cap tipus d'atenció. La confiabilitat futura de la professió mèdica dependrà de la capacitat que aquesta tingui d'assumir els valors del professionalisme, transparència, honradesa, independència, rendició de comptes i, en definitiva, del compromís innegociable amb la competència professional.



Bibliografia

- Beck U. La sociedad de riesgo: hacia una nueva modernidad. Barcelona: Paidós; 2006.
- Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating waste in US health care. *JAMA* 2012; 307: 1513-6.
- Blay P. Evaluación de la competencia profesional. ¿Están cambiando los tiempos? *Aten Primaria* 1995; 16: 8-10.
- Cortina A. El mundo de los valores. 'Ética mínima' y educación. 2 ed. Santa Fe de Bogotá: Editorial El Búho; 1999.
- Cruess RL, Cruess SR. Teaching medicine as a profession in the service of healing. *Acad Med* 1997; 72: 941-52.
- Cruess SR, Cruess RL. Teaching professionalism –why, what and how. *Facts Views Vis Obgyn* 2012; 4: 259-65.
- Cruess SR, Johnston S, Cruess RL. 'Profession': a working definition for medical educators. *Teach Learn Med* 2004; 1: 74-6.
- Davidoff F, Haynes B, Sackett D, Smith R. Evidence-based medicine. A new journal to help doctors to identify the information they need. *BMJ* 1995; 310: 1085-6.
- Gual A, Oriol A, Pardell H. El médico del futuro. *Med Clin (Barc)* 2010; 134: 363-8.
- Habermas J. La reconstrucción del materialismo histórico. Madrid: Tecnos; 1981.
- Harari YN. Veintiún lecciones para el siglo XXI. Barcelona: Penguin Random House; 2018.
- Informe IUNE 2017. Actividad investigadora de las universidades españolas. Madrid: Alianza 4 Universidades; 2017.
- Jovell AJ. El futuro de la profesión médica. Barcelona: Biblioteca Josep Laporte; 2001.
- Jovell AJ. Contrato social y valores en la profesión médica. *Rev Adm Sanit* 2005; 3: 495-503.
- Jovell AJ, Navarro MD. Profesión médica en la encrucijada: hacia un nuevo modelo de gobierno corporativo y de contrato social. Madrid: Fundación Alternativas; 2006.
- Kane MT. The assessment of professional competence. *Eval Health Prof* 1992; 15: 163-82.
- Ortega y Gasset J. Introducción a una estimativa. En: Obras completas, tomo VI. Madrid: Alianza Editorial; 1989.
- Pellegrino ED. Medical professionalism: can it, should it survive? *J Am Board Fam Pract* 2000; 13: 147-9.
- Prieto MA, Danet A, Escudero MJ, Ruiz A, Pérez-Corral O, García N. Definición de competencia médica según pacientes crónicos del sistema sanitario público de Andalucía. *Gac Sanit* 2012; 26: 450.
- Simpkin AL, Schwartzstein RM. Tolerating uncertainty –the next medical revolution? *N Engl J Med* 2016; 375: 1713-5.

**Confidencialitat.
No divulgar la informació del
pacient sense causa justificada**

JUAN MONÉS XIOL



Juan Monés Xiol

President de la Comissió de Deontologia del Col·legi oficial de Metges de Barcelona (1992-2006), Vocal i secretari de la Comissió Deontològica Central, OMC (2008-2017).

Professor emèrit de la Facultat de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona

Nascut a Badalona el 1940, és llicenciat en Medicina i Cirurgia (1964), doctor en Medicina i Cirurgia (1977) i especialista en Patologia Digestiva (1969). Ha estat cap de la Unitat de Gastroenterologia i Exploracions Funcionals de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona (1994-2006), i consultor sènior de nivell 3 (2006-2011). Ha estat professor titular de Medicina de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB) (1993-2011), on ha impartit docència en la seva especialitat i en Bioètica, i és professor emèrit de Medicina i Bioètica a la Facultat de Medicina de la UAB (des de 2011).

Ha impartit docència al Màster d'Expert en Ètica Mèdica de l'Organització Mèdica Col·legial (OMC) (2011-2013) i al Màster de Direcció d'Institucions Sanitàries de la Càtedra de Gestió, Direcció i Administració Sanitària de la UAB (2009-2019). Col·labora en l'assignatura 'Profesionalismo: los valores de los médicos', del currículum del grau de medicina de la Universitat de Barcelona. Ha estat president de la Societat Catalana de Patologia Digestiva (1987-1990) i membre de la Comissió Nacional de l'Aparell Digestiu del Ministerio de Sanidad y Consumo (1995-2000).

A més de la seva activitat com a especialista en patologia digestiva, ha desenvolupat i segueix desenvolupant una intensa activitat en el camp de la deontologia mèdica, i ha desenvolupat els càrrecs de president de la Comissió de Deontologia del Col·legi de Metges de Barcelona (1992-2006); vocal de la Comissió de Deontologia del Col·legi de Metges de Barcelona (2006-2009); vocal de la Comissió Central de Deontologia de la OMC (2009-2013); secretari de la Comissió Central de Deontologia de la OMC (2013-2017); i membre de la Comissió Nacional de Reproducció Assistida del Ministerio de Sanidad (2009-2014). Actualment és el coordinador del grup de treball del Consell General de Col·legis Oficials de Metges sobre 'El buen quehacer de médico'. És acadèmic corresponent de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya des de 2017

Publicacions

Monés J, Cararach V, Coll O. Infección por VIH y transmisión vertical. Ann Med 1999; 82: 355-7.

Monés J, Ortega D, Craven J, Borrell F, Coll O, Hidalgo G. Internet y la consulta virtual. Ann Med 2000; 83: 228-30.

Monés J, Voltas D, Cararach V. La donación humana. Ann Med 2001; 84: 48-50.

Monés J, Aubia J. Código de Deontología, práctica clínica y economía de la salud. Ann Med 2002; 85: 291-5.

Monés J. Deontología y errores médicos. Ann Med 2003; 86: 134-7.

Monés J, Forcada JM, Craven J. Reflexiones sobre la atención de pacientes terminales en situación de agonía. Ann Med 2005; 88: 75-9.

Monés J, Torras N, Craven J, Sánchez JM. Objeción de conciencia en medicina. Ann Med 2005; 88: 183-6.

Monés J. Reflexiones éticas sobre el tiempo de la visita médica. Ann Med 2007; 90: 141-4.

Monés J, Teres J. Aspectos éticos de la medicina trasfusional. Med Clin (Barc): 2009; 132: 627-32.

Monés J, coord. Manual de Ética y Deontología. Madrid: Organización Médica Colegial; 2012.

Confidencialitat.

No divulgar la informació del pacient sense causa justificada

Introducció

L'obligatorietat de protegir i mantenir el secret de tot el que el metge hagi sentit, vist o intuït d'una persona en l'exercici professional, és un dels principis ètics que els metges tenen més interioritzats des de fa segles, dels drets dels pacients i valors del metge més reconeguts i demandats per la població.

Les persones tenen o senten aspectes que no volen compartir amb ningú, altres només amb la seva parella, altres en un cercle exclusiu de familiars, amics o companys de treball. Aquest reducte interior és la intimitat. Amb alguna freqüència el metge en l'exercici de la seva professió, ha d'entrar en aquest reducte interior del seu pacient, que ha de respectar i actuar amb lleialtat, que es materialitza amb el compromís de preservar-lo, el més inalterable possible

Les persones tenen o senten aspectes que no volen compartir amb ningú, altres només amb la seva parella, altres en un cercle exclusiu de familiars, amics o companys de treball. Aquest reducte interior és la intimitat. Amb alguna freqüència el metge en l'exercici de la seva professió, ha d'entrar en aquest reducte interior del seu pacient, que ha de respectar i actuar amb lleialtat, que es materialitza amb el compromís de preservar-lo, el més inalterable possible. S'està perfilant el concepte de confidencialitat i per tant del secret mèdic. Tant l'una com l'altre han de ser valors fonamentals del quefer professional del metge.

El Dr. Martí Mercadal, en el seu llibre *El secret professional del metge* indica que 'si el metge utilitza el coneixement d'allò que és íntim del seu pacient, obtingut en el procés de la relació metge-pacient, per a una altra finalitat que no es depenent de la raó per la qual li ha estat confiat, incompleix greument el pacte tàcit de confidencialitat'. Més endavant, 'el dret a la protecció de la intimitat és un dret fonamental de l'individu, que avui més que mai necessita de protecció enfront de la divulgació incontrolada



amb els actuals mitjans de comunicació basada en un mal entès dret absolut a la informació’.

L’univers digital en poc temps ha provocat grans canvis en l’àmbit de la salut. Entre altres raons per: a) l’accés fàcil i ràpid a la informació per als ciutadans i els professionals sanitaris, b) les modificacions en el maneig de la història clínica, c) les relacions entre equips assistencials, d) la universalització de la informàtica que permet emmagatzemar, tractar i classificar dades que aïllades tenien poca importància, però que confrontades informàticament poden construir perfils ‘privats’ de les persones.

L’era digital ha eliminat les fronteres de l’espai i temps. Les dades personals poden viatjar pel món en segons, permetent que les possibles agressions a la intimitat, es puguin expandir a un ritme epidèmic i que puguin quedar perpetuades. És cert, que la tecnologia actual aporta instruments que permeten una més adequada protecció de les dades personals i una bona traçabilitat de qui i com els manipula de manera fraudulenta, però aquesta realitat no elimina la percepció que s’estan relativitzant els criteris del que és o no íntim. A més, la pràctica mèdica actual, està allunyada de l’esquema d’una relació interpersonal, amb la necessària aparició del treball en equip, la història compartida, la docència al costat del pacient, la telemedicina, etc. que posen en més risc la intimitat de les persones.

Glossari

En la introducció s’ha fet esment a la intimitat, confidencialitat, secret professional i secret mèdic, que poguessin ser considerats com a sinònims, quan tenen clars matisos diferencials, que es veuran reflectits en les següents definicions breument comentades.

- **Intimitat.** Àmbit en què les persones gestionen lliure i privadament el seu món de valors (religiosos, culturals, polítics, higiènic, sexuals, econòmics, etc.) i tot el que té a veure, directament o indirectament, amb ells. El dret a la intimitat protegeix la intromissió no desitjada d’altres persones en aquest espai interior sense el consentiment exprés de l’interessat.
- **Privacitat.** Dret de la persona a determinar i controlar quina informació seva pugui ser revelada, a qui i per quin motiu. Els continguts íntims són tots privats, però no tots els privats són íntims. A títol d’exemple, són qüestions íntimes l’historial sanitari o la afiliació política, són qüestions privades el número de compte de l’entitat bancària i qüestions personals el NIF o el domicili.
- **Confidencialitat.** Dret de les persones a que els que hagin entrat per la seva professió en coneixement dels seus continguts íntims, no puguin revelar-los ni utilitzar-los sense la seva autorització expressa. En el context de la sanitat, és un element més de qualitat assistencial, un deure de la institució sanitària en el seu conjunt i de cada professional en particular. El respecte a la confidencialitat no és només obligació dels metges, sinó també d’altres professionals sanitaris (infermers/



es, fisioterapeutes, etc.) o altres professionals (advocats, assistents socials, etc.).

- **Secret.** Deure de les persones de no revelar el coneixement de certes dades d'altres sense el seu consentiment o sense habilitació legal. El secret es situa sobretot en col·lectius professionals que tenen Codi de Deontologia i entren dins de l'anomenat professionalisme.
- **Secret mèdic.** Deure del professional de la medicina de mantenir oculta la intimitat del pacient i de no revelar les seves dades confidencials per a fins aliens a l'assistència sanitària, mentre el pacient no ho autoritzi o no hi hagi exigències prou importants de bé públic, evitació de dany a tercers o imperatiu legal. La seva correcta aplicació és un dels valors més apreciats del col·lectiu mèdic i que els seus professionals han de tenir sempre present.

Confidencialitat i secret mèdic

Importància de la confidencialitat i el secret mèdic

A la guia del *Bon quefer del metge* (BQM) en la seva recomanació 10 diu 'el metge ha de tractar la informació dels seus pacients de manera confidencial, respectant sempre el marc legal i ètic'. El Codi de deontologia mèdica (CDM) en el seu article 27.2 reflecteix de manera concisa però clara, l'obligació del metge pel que fa a la confidencialitat i el secret mèdic: 'El secret comporta per al metge l'obligació de mantenir la reserva i la confidencialitat de tot allò que el pacient li hagi revelat i confiat, el que hagi vist i deduït com a conseqüència del seu treball i tingui relació amb la salut i la

intimitat del pacient, incloent el contingut de la història clínica'.

El seu compliment és important per:

- *Mantenir el vincle de confiança entre metges i pacients.* Si no es garanteix als pacients el seu dret a la confidencialitat, aquests poden ser reticents a facilitar en l'interrogatori algunes dades personals i fins i tot reticents a la pròpia assistència. A la pràctica sanitària actual els pacients entenen i comprenen que les seves dades poden ser coneguts per aquells que cooperin per a la seva correcta atenció, però no és tan evident el seu permís amb altres objectius relacionats amb l'assistència (docència, investigació, estudis multicèntrics, etc.), de manera que per a la seva utilització el pacient ha de ser prèviament informat.
- *Si el pacient donés autorització al seu metge de revelar dades de la seva història clínica, el metge ha de ser molt prudent en la seva informació per no danyar la confiança social sobre el seu deure de secret professional.* Si la societat dubtés del compromís dels metges en salvaguardar la confidencialitat dels seus pacients, aquests anirien a sol·licitar assistència amb desconfiança i probablement menys disposats a donar alguna informació, que pogués ser important i condicionar riscos per a la salut individual i/o col·lectiva, és dir les conseqüències derivades d'una medicina sense confidencialitat poden arribar a ser greus per al pacient i fins i tot per a la societat. El metge ha de ser molt prudent en divulgar aspectes de salut de persones de notorietat pública (esportistes d'elit, artistes, polítics, etc.), encara que tinguin el seu permís explícit per comunicar-ho. El CDM ho contempla en



l'article 28.4, 'Quan es produeixi algun problema de salut en persones de notorietat pública el metge responsable de la seva assistència o el designat específicament per a això, podrà facilitar informació fent constar l'autorització de la persona afectada o responsable de la mateixa. S'extremarà en tot cas la prudència en la seva tasca informativa'.

- *Per motivacions legals.* La Constitució espanyola en el seu article 18 garanteix el dret a l'honor, a la intimitat personal i a la pròpia imatge. La Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica, indica la necessitat de reconèixer els drets dels pacients, entre els quals figuren el dret a la informació relativa a la salut de les persones i estableix que s'ha d'assegurar el respecte a la intimitat i llibertat personal i individual, garantint la confidencialitat de la informació relacionada amb els serveis sanitaris que es presten. El CDM en el seu article 7.1 expressa que 'Tota persona té dret a que es respecti el caràcter confidencial de les dades referents a la seva salut, i al fet que ningú pugui accedir-hi sense prèvia autorització emparada per la Llei', i el 7.2., 'Els centres sanitaris han d'adoptar les mesures oportunes per a garantir els drets a què es refereix l'apartat anterior, i han d'elaborar, si escau, les normes i els procediments protocol·litzats que garanteixin l'accés legal a les dades dels pacients'.

Confidencialitat relacionada amb la història clínica

La història clínica, com a document en què es registra l'atenció sanitària d'una persona, té

fonamentalment una finalitat assistencial, però també té connotacions científiques i legals. La història clínica en qualsevol format, però sobretot en les formes actuals de registre digital accessible des de molts llocs, han portat a prendre mesures per assegurar, en la mesura del possible, la confidencialitat. El metge ha de ser molt curós introduint en la història clínica la informació rebuda del pacient. Ha de ser certa obviant detalls íntims irrellevants per a l'atenció de la seva salut. Si la informació sensible del pacient és rellevant, el metge li demanarà permís per a la seva inclusió en la història clínica. Si el pacient denega el permís d'introduir la informació sensible rellevant, cal explicar-li els perjudicis que li pot ocasionar el que no consti i el benefici de la seva inclusió. Quan el metge s'ha assegurat que el pacient és competent i ha comprès la informació, ha de respectar el seu desig, sempre que no comprometi la salut de terceres persones.

Si la informació sensible del pacient és rellevant, el metge li demanarà permís per a la seva inclusió en la història clínica

Les imatges radiològiques, endoscòpiques, fotografies, etc. formen part de la història clínica i s'han de tractar com una dada clínica més i considerar el risc especial quan aparegui la cara o altres atributs que permetin la identificació del pacient. El metge ha de ser curós en les anotacions subjectives en fer reflexions referents a hipòtesis diagnòstiques, si creu que la seva lectura podria perjudicar el pacient, sobretot si no es demostra amb posterioritat. El pacient té dret a conèixer el contingut de la seva història clínica, amb algunes excepcions com assenyala l'article 19.5 del CDM. 'El metge té



el deure de facilitar, al pacient que ho demani, la informació continguda en la seva història clínica i les proves diagnòstiques realitzades. Aquest dret del pacient quedaria limitat si es presumeix un dany a terceres persones que van aportar confidencialment dades en interès del pacient. Les anotacions subjectives que el metge introdueixi en la història clínica són de la seva exclusiva propietat’.

El pacient té dret a conèixer el contingut de la seva història clínica, amb algunes excepcions com assenyalat l'article 19.5 del CDM

En algunes ocasions el pacient sol·licita que sigui eliminada una determinada informació en la història. El metge després d'explicar clarament els perjudicis que aquesta petició li pot ocasionar, si el pacient no es retracta, el metge ha de complir-la, sempre que no perjudiqui a tercers. En les històries clíniques compartides tot professional sanitari amb contrasenya, té accés i representa un gran avanç d'eficàcia i eficiència, però alhora s'ha de crear una empremta i en cas de conflicte, el professional hauria de justificar la necessitat que tenia d'accedir. També s'ha de tenir present com indica l'article 28.5 del CDM que 'la mort del pacient no eximeix el metge del deure de secret professional’.

Bàsicament els centres sanitaris però també els metges que han intervingut en l'assistència i elaboració de la història clínica, tenen l'obligació d'establir els mecanismes necessaris per a mantenir la confidencialitat de la mateixa en qualsevol format. Aquesta obligatorietat està contemplada en l'article 28.1 del CDM: 'el director

mèdic d'un centre o servei sanitari vetllarà per l'establiment dels controls necessaris perquè no es vulneri la intimitat i la confidencialitat dels pacients ni la documentació referida a ells’.

La confidencialitat en l'assistència mèdica no convencional

Tot i que encara són minoritàries cada vegada són més freqüents les visites virtuals o les consultes a través de les xarxes socials. En regions o zones aïllades o de difícil accés per inclemències meteorològiques, així com els vaixells de pesca d'altura, les consultes virtuals són un avanç per la seva immediatesa i per evitar en moltes ocasions desplaçaments costosos, però amb un major risc d'invasió de la intimitat del pacient tot i les mesures en els programes informàtics tendents a dificultar aquesta invasió, així com amb les normatives nacionals i internacionals que regulin l'accés a la informació continguda o difosa via Internet. També s'ha de considerar en aquest apartat la segona opinió a través d'Internet, en la qual tant el primer metge presencial, com el consultor estan obligats a mantenir la confidencialitat en tot el procés.

El cercle de confidencialitat

La família i altres persones que volen i/o tenen cura del pacient tenen la comprensible necessitat de conèixer la situació pel que fa a la salut del seu ésser estimat. S'entén per cercle de confidencialitat, el grup de persones en què el metge pot donar informació sobre un pacient sense violar el secret, definit o acotat pel propi pacient i només aquest pot decidir que persones estan incloses i fins i tot en quin grau.



És molt habitual que després d'una intervenció quirúrgica o d'una visita a un pacient hospitalitzat, la família demani informació sobre el seu estat de salut, el procés diagnòstic de la malaltia o el resultat d'una intervenció quirúrgica. El metge sol donar aquesta informació basant-se en el que pensa és una autorització tàcita. El fet no per ser habitual vol dir que sigui del tot prudent, el més correcte seria demanar al pacient amb anterioritat al fet a quin familiar o familiars pot donar la informació.

Amb alguna freqüència algun presumpte familiar o cuidador, demana informació de forma presencial o per telèfon sobre proves diagnòstiques, pronòstic, temps previsible de baixa laboral, etc. del pacient. El metge ha d'assegurar que el pacient ha permès aquesta informació. Ha de ser especialment estricte si la informació és sol·licitada per telèfon o altres mètodes no presencials. Cal tenir present que de vegades aquesta informació pot condicionar un perjudici per al pacient. Un signe implícit de l'autorització del pacient és el fet que la o les persones que l'han acompanyat freqüentment en la seva assistència, per la qual cosa s'assumeix que són de la seva confiança i integrants del cercle de confidencialitat.

En ocasions són els professionals sanitaris els qui accedeixen a dades de salut o a les històries clíniques de companys de feina, familiars o coneguts, sense el consentiment del pacient. El professional sanitari ha de rebutjar sempre aquestes actuacions

En altres ocasions són els professionals sanitaris, els que poden accedir per curiositat o altres

motivacions fins i tot menys confessables, en dades de salut de companys de feina, familiars o coneguts i no és infreqüent accedir a històries clíniques a petició per abús de confiança d'amics o familiars del metge, que li demanen informació sobre un pacient, sense el seu consentiment. És una actuació que el professional sanitari ha de rebutjar, indicant que el secret mèdic és un dels valors fonamentals del metge.

Una situació especial són els pacients que només parlen la seva llengua i no són les que poden conèixer els metges, de manera que és necessària la presència d'intèrprets (familiars, menors d'edat, mediadors culturals, etc.), que són considerats com 'confidents necessaris', tot i que el metge ha de ser molt prudent en l'interrogatori a abordar aspectes que poden representar un compromís per al pacient, sobretot quan el traductor/a és un familiar i encara amb més subtilesa quan es tracta de menors, habitualment fills o familiars directes del pacient.

El metge pot trobar-se amb les anomenades 'conspiracions de silenci', en què els familiars li demanen que no informi al pacient de la veritat de la seva situació quan aquesta és desfavorable. La família pretén usurpar, habitualment amb bona però equivocada intenció, el dret de la persona a conèixer la realitat de la seva situació per poder exercir el seu dret a l'autonomia. El titular del dret a la confidencialitat és la persona, no la seva família i es pot donar la paradoxa que tot l'entorn del pacient conegui la seva delicada situació menys ell que és sens dubte el protagonista de la seva pròpia història i quedar sense capacitat de decisió.

En la informació al pacient, encara que pugui ser desfavorable, mai s'ha de mentir, però s'ha



d'intentar explicar la veritat esglaonadament i de manera 'tolerable' per al pacient. És una bona tàctica anar contestant les preguntes que el pacient va realitzant i amb això el metge sol intuir fins a quin punt del coneixement de la seva situació vol arribar el pacient en cada moment.

Ocasionalment és el propi pacient qui renuncia a rebre informació que pensa que li pot perjudicar i delega en qui o quins han de rebre la informació i per tant la capacitat de decisió, delegant el seu dret a l'autonomia.

A la confidencialitat dels menors són clars els següents articles del CDM.

- *Article 14.1.* 'El major de 16 anys es considera capacitat per a prendre decisions sobre actuacions assistencials ordinàries'. És a dir, entre els 16 i 18 anys l'adolescent té el mateix dret a la confidencialitat que els adults (amb limitades excepcions, avortament, reproducció assistida i ser subjecte d'investigació), dret que el metge ha de comunicar als adolescents i als seus pares o tutors.
- *Article 14.2.* 'L'opinió del menor de 16 anys serà més o menys determinant segons la seva edat i grau de maduresa; aquesta valoració suposa per al metge una responsabilitat ètica'. La llei fa caure la responsabilitat als pares o tutors ('pàtria potestat'), que el metge ha de respectar, però matisa el CDM que l'opinió del menor sobretot si es considera 'madur' (aquell que comprèn el que ha de decidir), serà determinant com assenyalen els següents articles del CDM.
- *Article 14.3.* 'En els casos d'actuacions amb greu risc per a la salut del menor de 16 anys, el metge té obligació d'informar sempre als

pares i obtenir el seu consentiment. Entre 16 i 18 anys els pares seran informats i la seva opinió serà tinguda en compte'. En aquestes circumstàncies de gravetat, els pares o tutors són determinants, però si el metge considera que aquesta decisió pugui ser inadequada per al menor, li queda el recurs de sol·licitar la intervenció judicial, com mostra l'article 14.4. 'Quan els representants legals prenguin una decisió que, a criteri del metge, sigui contrària als interessos del representat, el metge sol·licitarà la intervenció judicial'.

El secret mèdic compartit i derivat

Històricament la relació metge-pacient es fonamentava en el seu caràcter bilateral, sense que altres professionals intervinguessin en aquest limitat cercle, amb l'excepció d'infermeria. En les últimes dècades l'assistència s'exerceix per equips professionals que comparteixen la informació per donar al pacient una atenció de qualitat i on les dades es van incloent en la història clínica per diferents professionals sanitaris i no sanitaris i tots ells subjectes al secret i apareixen els conceptes de 'secret mèdic compartit' i de 'secret mèdic derivat'.

El 'secret mèdic compartit' és una necessària conseqüència de la medicina moderna exercida per un equip de professionals i àmpliament tecnificada. El 'secret mèdic derivat' prové de l'existència en el procés assistencial d'altres elements sobreafegits, com ara la gestió i administració (persones de l'administració dels centres sanitaris, personal de justícia, de companyies asseguradores, de riscos laborals, certificacions de qualitat, etc.) que obliguen a que un altre tipus de persones no sanitàries, puguin tenir accés a la documentació clínica.



La conducta que ha de tenir el metge en aquestes situacions queda establerta en el CDM en els seus articles 29.1 i 29.2. Article 29.1 'El metge ha d'exigir als seus col·laboradors sanitaris i no sanitaris absoluta discreció i observança escrupolosa del secret professional'. El 29.2. 'En l'exercici de la medicina en equip, cada metge té el deure i responsabilitat de preservar la confidencialitat del total de les dades conegudes del pacient'.

Els metges que comuniquen el que coneixen d'un pacient a altres metges sense necessitat assistencial, s'obliden i transgredeixen el secret mèdic, entenent erròniament que els continguts de les històries clíniques són com una propietat compartida de la professió mèdica, quan és un deure professional individual. L'article 29.3 del CDM ho indica: 'El metge ha de tenir una justificació raonable per comunicar a un altre metge informació confidencial dels seus pacients'.

Els metges que comuniquen el que coneixen d'un pacient a altres metges sense necessitat assistencial, s'obliden i transgredeixen el secret mèdic, entenent erròniament que els continguts de les històries clíniques són com una propietat compartida de la professió mèdica, quan és un deure professional individual

Confidencialitat i docència

El BQM en la seva recomanació 95 diu 'el metge té l'obligació de facilitar l'aprenentatge dels estudiants de grau, de postgrau, d'especialitats mèdiques i d'altres professionals de la salut'.

La docència de grau i postgrau va lligada inexorablement a l'activitat assistencial i aquest aspecte ha de ser conegut i reconegut per la societat. Especial referència al sistema MIR, procediment d'especialització més idoni per donar continuïtat a una assistència sanitària pública de qualitat i l'experiència que ha demostrat la seva eficàcia, en la formació dels professionals mèdics, tot i reconèixer que pot tenir, com tota activitat humana, aspectes millorables.

Però, és cert que la docència pot provocar a vegades incomoditats a pacients. No obstant això, si s'ha comunicat adequadament els aspectes docents dels centres sanitaris, la gran majoria dels pacients ho accepten sense dificultat i fins i tot alguns se senten com a participants necessaris de la docència, assumint-ho com un servei a la societat (pacient com a 'docent') i fins i tot beneficiar-se, ja que la seva participació en l'aprenentatge, implica si és possible una més detinguda atenció.

La docència comporta que en els centres sanitaris, poden estar presents en les consultes, a les habitacions d'hospitalització, en els quiròfans, metges en formació, estudiants de medicina, infermeres, etc., sense que el pacient hagi consentit explícitament la seva presència. A vegades la seva presència podria condicionar l'entrevista clínica, pel seu caràcter íntim o per desconfiança que guardin el secret. Per això és imprescindible presentar als discents i explicar breument el motiu de la seva presència, demanant permís al pacient.

És molt majoritària la bona col·laboració dels pacients, però si no s'admetés la presència de metges en formació o estudiants de medicina és deontològicament adequat, explicar al pacient



que la seva negativa està injustificada i vulnera el 'principi de justícia', pel que fa a la obligació de repartir entre tots la justa distribució dels recursos sanitaris. No obstant això, acceptant com a bàsic l'article 5.3 del CDM 'la principal lleialtat del metge és la que deu al seu pacient i la salut d'aquest ha d'anteposar a qualsevol altra conveniència...' s'ha d'admetre la negativa del pacient pel potencial risc per a la seva salut generat per la probable tensió en la relació metge-pacient.

Finalment considerar que el metge en la presentació pública de documentació tindrà en compte les consideracions dels dos següents articles del CDM. El 28.2. 'El metge procurarà que en la presentació pública de documentació mèdica en qualsevol format, no hi figuri cap dada que faciliti la identificació del pacient', i el 28.3. 'Està permesa la presentació de casos mèdics que hagin estat fotografiats o filmats per a fins docents o de divulgació científica havent obtingut l'autorització explícita per a això o conservant l'anonimat'.

Confidencialitat en àmbits poc relacionats amb l'assistència mèdica

La professió mèdica sap que no ha d'esmentar o comentar pacients a la cafeteria o a l'ascensor d'un centre sanitari, ser acurat en no deixar obert l'ordinador professional, no comentar pacients en l'àmbit personal (familiar, amics, etc.), però no són infreqüents les transgressions en els escenaris enumerats, majoritàriament sense mala intenció, però no treu gravetat a aquestes infraccions contra el secret mèdic. EL CDM en el seu article 27.7 de manera concisa però contundent indica: 'El metge preservarà en el seu àmbit social, laboral i familiar, la confidencialitat dels pacients'.

Les xarxes socials en sanitat són eines magnífiques de comunicació, però poden determinar dificultats de confidencialitat

Les xarxes socials en sanitat són eines magnífiques de comunicació, però poden determinar dificultats de confidencialitat. El BQM en la seva recomanació 51 indica 'el metge, quan informa als mitjans de comunicació, té l'obligació de mantenir la confidencialitat dels seus pacients'. Ha de recordar que les seves comunicacions destinades a amics o familiars mitjançant les xarxes socials poden ser vulnerables i accessibles a altres persones. És mandatori que el pacient no pugui ser identificat, no tan sols per imatges o dades personals, sinó també pel risc de conèixer la seva identitat per dades indirectes (centre sanitari, especialitat, associació amb el metge que publica la informació, etc.). El marc deontològic està en l'article 64.2 del CDM: 'El metge no podrà emprar en les publicacions científiques escrites, orals o visuals cap dada que permeti la identificació del pacient. Quan no pugui obviar aquesta possibilitat d'identificació, el metge ha de disposar del consentiment explícit de l'interessat o del seu representant legal'.

Com a resum final d'aquest punt, es pot dir que el metge ha de ser molt caut en les xarxes socials, en un temps en què el concepte de privacitat ha canviat, gairebé desaparegut cap a una suposada transparència i llibertat d'expressió sense límits, en què tot sembla tenir caràcter públic.

Confidencialitat i medicina del treball

Els reconeixements mèdics laborals generen informació sobre l'estat de salut dels treballadors que ha de considerar-se part de la intimitat del



treballador, que té el dret de mantenir ocults aquelles dades del seu estat de salut que res tinguin a veure amb els riscos inherents de la seva activitat laboral i recollit per la Llei Orgànica 1/1982 de protecció civil del dret a l'honor, a la intimitat personal i familiar i a la pròpia imatge.

El metge del treball només ha de recaptar la informació que sigui pertinent per a la protecció de la salut del treballador en relació amb el treball. Qualsevol altra informació haurà de comptar amb el seu consentiment. El metge del treball serà diligent quan sigui coneixedor d'informació especialment sensible:

- Addiccions del treballador que suposin un seriós risc per a ell mateix, els companys, l'empresa o terceres persones.
- Trastorns mentals que suposin un risc per a ell mateix, els companys, l'empresa o terceres persones.

Per tant, comunicar només l'imprescindible per a la presa de mesures que condueixin a la salut i seguretat dels treballadors, prudència necessària perquè cal suposar la possibilitat que les dades del reconeixement mèdic laboral poden ser mal utilitzats per l'empresa per a acomiadaments o discriminacions laborals.

L'especificitat del secret mèdic en la medicina del treball està ben recollida en els dos articles del CDM. Article 31.1. 'Els resultats dels exàmens mèdics exigits per la llei, han de ser explicats a la persona reconeguda. Només s'informarà a l'empresa o institució pertinent respecte de l'aptitud laboral o de les limitacions o riscos per a l'assignació del treball' i 31.2. 'Els resultats dels exàmens practicats en el marc de la vigilància de la salut es comunicaran exclusivament a la

persona afectada. No obstant això, el metge d'un centre de medicina preventiva o de medicina del treball ha de transmetre qualsevol resultat que sigui útil per al pacient, amb el seu consentiment, al seu metge responsable'.

Circumstàncies en què hi ha obligació de revelar el secret mèdic

El CDM estableix en el seu article 30.1 que: 'el secret professional ha de ser la regla. No obstant això, el metge podrà revelar el secret exclusivament, davant qui hagi de fer-ho, en els seus justos límits, amb l'assessorament del Col·legi si ho necessités, en els següents casos':

- *En les malalties de declaració obligatòria.* A més de l'obligatorietat legal, és un dels motius en què la revelació del secret mèdic té més justificació ètica, per estar en joc un bé més gran, com és la preservació de la salut d'altres persones.
- *En els certificats de naixement i defunció.* Els metges tenen l'obligació legal de certificar-los, donant un testimoni cert, verídic i precís.
- *Si amb el seu silenci donés lloc a un perjudici al propi pacient o a altres persones, o a un perill col·lectiu.* És decisió del metge revelar el secret en aquestes circumstàncies, i és obligatori sol·licitar permís al pacient per fer ús de la informació. Si el metge prengués la decisió de revelar el secret ha de procurar que estigui justificat i que el possible mal que es pugui causar no sigui més gran que el que es tracta d'evitar. Si hi ha evidències d'un perill real de contagi per a un tercer i el pacient no estigui disposat a comunicar la seva situació i/o prendre mesures preventives, el metge té l'obligació d'intentar convèncer-ho, advertint-li



que, si persisteix en la seva negativa, serà el mateix metge qui ho ha de fer. Aquesta norma del CDM és coincident amb la legal en l'article 20.5 del Codi Penal en definir l'estat de necessitat 'una persona actua en estat de necessitat quan per evitar un mal propi o aliè, lesiona un bé jurídic d'una altra o infringeix un deure sempre que concorrin els següents requisits: a) Que el mal causat no sigui major que el que es tracti d'evitar; b) Que la situació de necessitat no hagi estat provocada intencionadament pel subjecte; c) Que el necessitat no tingui, pel seu ofici o càrrec, obligació de sacrificar-se'.

- *Quan es vegi injustament perjudicat per mantenir el secret del pacient i aquest permeti aquesta situació.* Tot i que el secret mèdic és prioritari sobre els interessos del metge, aquest pot excepcionalment revelar el secret davant conflictes que puguin perjudicar injustament i el pacient ho permeti.
- *En cas de maltractaments especialment a nens, gent gran i discapacitats psíquics o actes d'agressió sexual.* El mantenir el secret en aquests casos per part del metge, ha d'interpretar-se com un silenci còmplice inacceptable, per tant la seva comunicació a la justícia és un deure tant des del punt de vista ètic com legal.
- *Quan sigui cridat pel Col·legi a testificar en matèria disciplinària.* Les reclamacions de pacients o col·legues al Col·legi de Metges per presumptes violacions del CDM, requereixen l'obertura d'un expedient informatiu que habitualment és valorat per la Comissió de Deontologia i que de vegades condueix per la seva recomanació a que la Junta Directiva, iniciï un expedient disciplinari. En els dos expedients

no és infreqüent que es demani la declaració d'un o més metges, que han de comunicar les dades que se'ls demanin.

- *Tot i que el pacient ho autoritzi, el metge procurarà sempre mantenir el secret per la importància que té la confiança de la societat en la confidencialitat professional.* La confidencialitat en la relació metge-pacient s'amplia en una relació societat-metge i amb aquesta perspectiva s'entén bé la prudència en la informació, encara que amb l'autorització del pacient, per no danyar la confiança social sobre el secret mèdic.
- *Per imperatiu legal:*
 - a) *En el comunicat de lesions.* El metge té l'obligació legal i ètica de denunciar possibles actes delictius (lesions, maltractaments sobretot a nens o gent gran i les agressions sexuals) que conegui en la seva actuació professional. No obstant això, el contingut de l'informe de lesions ha d'indicar l'estrictament necessari i rellevant per a l'objectiu judicial.
 - b) *Quan actui com a perit, inspector, metge forense, jutge instructor o similar.* L'informe pericial mèdic ha de ser just, ponderat, objectiu i dirigit a allò que es sol·licita ja que en l'acte del metge perit, el secret mèdic no es contempla amb les autoritats administratives, judicials o col·legials que hagin sol·licitat l'informe. El metge ha d'informar la persona sobre el que s'ha fet, així com de la seva condició (perit, testimoni, inspector, metge forense, jutge instructor) i prevenir de l'obligació que té d'informar sobre la petició. Tot això està definit en l'article 62.6 del CDM: 'Si la perícia mèdica precisés d'un reconeixement



mèdic del peritat expressament fet amb aquesta finalitat, el perit ha de comunicar la seva identificació personal i professional, qui li nomena, la missió que li ha estat encarregada, per qui, per què i que les seves manifestacions poden ser plasmades en l'informe i fer-se públiques. Si el pacient es negués a ser examinat, el perit es limitarà a posar-ho en coneixement del mandant'.

- c) *Davant el requeriment en un procés judicial per presumpte delictu, que necessiti de l'aportació de l'historial mèdic del pacient.* El CDM en el seu article 62.1 indica que 'El metge té el deure d'acudir a la crida dels jutges i tribunals; d'auxiliar a les administracions en aquells assumptes que, sent de la seva competència, redundin en el bé comú'. En aquest supòsit el dret a la intimitat d'una persona no ha de comprometre al benestar social, que pot dependre de l'administració de Justícia, per la qual cosa hi ha l'obligació legal de lliurar la història per ordre del jutge. No obstant això, el metge li donarà a conèixer que èticament està obligat a guardar el secret mèdic i procurarà aportar exclusivament les dades necessàries i ajustats al cas concret. Aquest aspecte està contemplat en l'article 62.3 del CDM: 'El metge que fos citat com a testimoni, en virtut de nomenament judicial, té l'obligació de comparèixer. En l'acte testifical es limitarà a exposar els fets que, en virtut de la seva condició de metge, hagi vist o sentit i que siguin rellevants per a la causa. Preservarà el secret mèdic fins on sigui possible i només revelarà allò que sigui estrictament necessari per a la resolució de l'assumpte judicial...'

Bibliografia

Cresswell K, Howe A, Steven A, Smith P, Ashcroft D, Fairhurst K, et al. Patient safety in healthcare preregistration educational curricula: multiple case study-based investigations of eight medicine, nursing, pharmacy and physiotherapy university courses. *BMJ Qual Saf* 2013; 22: 843-54.

Edwards LL, Hunt A, Cope-Barnes D, Hensel DJ, Ott MA. Parent-child sexual communication among middle school youth. *J Pediatr* 2018; 199: 260-2.

Gilbert AL, McCord AL, Ouyang F, Etter DJ, Williams RL, Hall JA. Characteristics associated with confidential consultation for adolescents in primary care. *J Pediatr* 2018; 199: 79-84.

Gual A, Monés J, coords. *El buen quehacer del médico. Escenarios del mal quehacer del médico.* Madrid: Organización Médica Colegial de España; 2016.

Ignatowicz A, Slowther AM, Elder P, Bryce C, Hamilton K, Huxley C, et al. Ethical implications of digital communication for the patient-clinician relationship: analysis of interviews with clinicians and young adults with long term conditions (the LYNC study). *BMC Med Ethics* 2018; 19: 11-8.

Lalanda M, Altisent R, Delgado-Marroquín MT. Teaching confidentiality through comics at one Spanish medical school. *JAMA J Ethics* 2018; 20: 154-7.

Martí-Mercadal JA. *El secret professional dels metges. Monografies mèdiques.* Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears; 2001.

Mohammadi M, Larijani B, Emami Razavi SH, Fotouhi A, Ghaderi A, Madani SJ, et al. Do patients know that physicians should be confidential? study on patients' awareness of privacy and confidentiality. *J Med Ethics Hist Med* 2018; 11: 1.

Monés J, coord. *Manual de ética y deontología médica.* Madrid: Organización Médica Colegial de España; 2012.

Organización Médica Colegial de España. *Código de deontología médica. Guía de ética médica.* Madrid: Organización Médica Colegial de España; 2011.



Ramjist JK, Coburn N, Robert Urbach D, Govindarajan A, Armstrong KA, Scott AL, et al. Disposal of paper records containing personal information in hospitals. *JAMA* 2018; 319: 1162-3.

Robles B, Monés J, Morato ML, Sala J, Marquet R, Teres J, et al. *Principis de confidencialitat en la pràctica clínica*. Barcelona: Col·legi de Metges de Barcelona; 2014.

Talal AH, McLeod A, Andrews P, Nieves-McGrath H, Chen Y, Reynolds A, et al. Patient reaction to telemedicine for clinical management of hepatitis C virus integrated into an opioid treatment program. *Telemed J E Health* 2018; Oct 16. [Epub ahead of print].

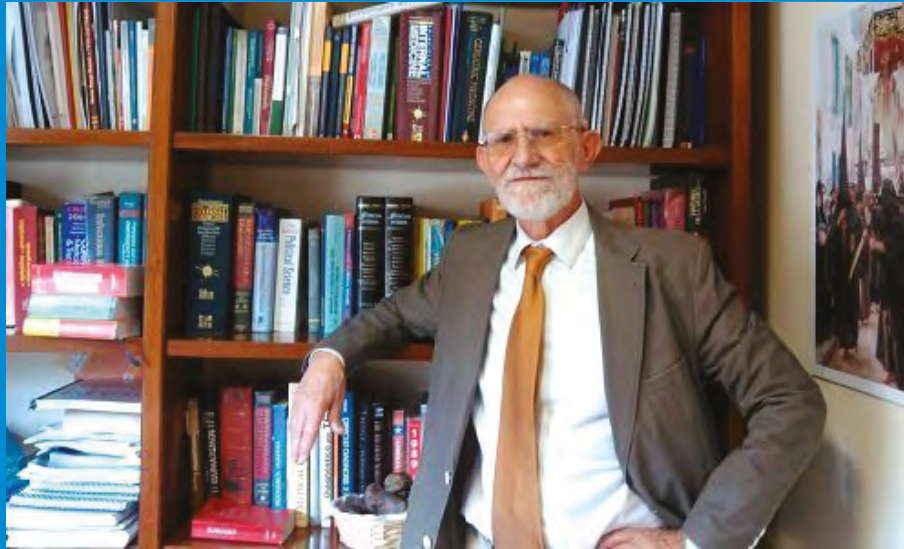




— 10 —

Medicina i treball en equip

GUILLERMO VÁZQUEZ MATA



Guillermo Vázquez Mata

Especialista en cooperació internacional

Catedràtic de Medicina Interna, Universidad de Granada i Universitat Autònoma de Barcelona

És doctor en Medicina per la Universitat de Barcelona i especialista en Medicina Intensiva. Ha treballat com a cap clínic, cap de servei i cap de departament de diversos hospitals d'Espanya, i ha desenvolupat la seva activitat assistencial en serveis de cures intensives, urgències i medicina interna. Ha estat catedràtic de Medicina Interna a la Universidad de Granada i a la Universitat Autònoma de Barcelona. Actualment treballa en cooperació internacional pel desenvolupament amb diverses institucions internacionals.

Publicacions

Vázquez G, Benito S, Cáceres E, Net A, Rusalleda J, Rutllant M, et al. Una nueva concepción de urgencias: el Complejo de Urgencias, Emergencias y Críticos del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Rev Calidad Asistencial 2001; 16: 45-56.

Vázquez G, Benito S, Ruiz D, Domingo P, Domingo G, Soler D, et al. La propuesta de rediseño del Servicio de Medicina Interna del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Rev Calidad Asistencial 2004; 19: 20-6.

Gual Sala A, Monés Xiol J, Vazquez Mata G. El buen quehacer médico. Cádiz: Consejo General de Colegios Médicos de España; 2018.

<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-la-propuesta-rediseño-delservicio->

S1134282X04776642-aff0005.

Medicina i treball en equip

L'objectiu central de l'activitat mèdica és oferir la millor atenció possible a cada pacient. Per assolir aquest objectiu es requereix dels metges una actitud responsable, dominar en profunditat les competències que li corresponguin, actualitzar permanentment els seus coneixements i habilitats, integrar-se en els equips on treballen i crear sinèrgies positives amb els seus companys de treball.

La mancança en l'entrenament mèdic es deu en part a la creença errònia que el treball en equip és un aspecte intuïtiu de la pràctica mèdica

En l'entrenament mèdic es posa l'accent en les competències relacionades amb la pràctica clínica, relegant a un segon pla altres vessants de l'activitat professional, com les actituds i conductes que qualsevol metge ha de posseir o el treball en equip. Aquest últim domini esmentat, el treball en equip, es realitza en contextos que solen ser de gran complexitat, i moure en ells requereix l'aprenentatge i entrenament de les seves diverses facetes. Aquesta mancança en l'entrenament mèdic es

deu en part a la creença errònia que el treball en equip és un aspecte intuïtiu de la pràctica mèdica. Pel que fa a les actituds i conducta, que tots els metges han de posseir, han començat a emergir com un cos de doctrina ben conformat gràcies al manual *El bon quefer metge*, editat per l'Organització Mèdica Col·legial d'Espanya. Combinar les tres dimensions esmentades, clínica, treball en equip i actituds i conductes apropiades hauria de constituir-se en l'eix central de l'activitat mèdica a 'peu de llit' en aquest inici del segle XXI.

El treball en equip, tal com ja s'ha assenyalat, és complex i requereix un aprenentatge de les seves diverses facetes que no sempre es porta a la pràctica

El treball en equip, tal com ja s'ha assenyalat, és complex i requereix un aprenentatge de les seves diverses facetes que no sempre es porta a la pràctica. En aquest capítol s'intenta donar una visió ordenada de les diverses dimensions del treball en equip i la seva íntima relació amb els diversos àmbits que s'enumeren en el manual



d'El bon quefer mèdic, però especialment amb els següents àmbits: comunicació i col·laboració, relacions intra i interprofessionals i el treball en equip, seguretat i qualitat, relació pràctica professional/aprenentatge com a font de millora permanent, i organitzacions sanitàries i els sistemes de salut.

Quan els equips mèdics perden aquesta triple perspectiva, clínica, d'equip i d'actituds i conductes apropiades, es detecta fàcilment per la pèrdua de cohesió del grup i el principal perdedor és el pacient i l'atenció mèdica que requereix.

Dinàmica dels grups petits

Els equips mèdics bàsics solen ser grups petits (amb un màxim al voltant de 15 persones), alhora immersos en equips més grans que agrupats configuren serveis, centres de salut o hospitals. Aquests equips bàsics tenen múltiples connexions tant externes (altres serveis o hospitals) com internes amb altres professionals (ex. Infermeria, farmàcia, enginyers de telecomunicacions). Entendre la dinàmica d'aquests grups és una peça essencial per afavorir el seu funcionament i això requereix al seu torn entendre les seves característiques, la seva manera de treballar i com prenen les seves decisions.

S'entén per grup petit, aquells grups en què la relació personal permet la connexió cara a cara de tots els seus membres. Tots els membres treballen per arribar a un mateix objectiu, es relacionen amb les seves pròpies normes, i desenvolupen una cultura i uns valors. Les relacions en els equips mèdics són professionals,

la seva cultura ve donada per la seva especialitat i els seus valors són comuns i basats en el codi ètic de la professió. Aquestes tres característiques venen modulades, quan parlem del Servei Nacional de Salut (SNS), per un personal seleccionat o bé mitjançant concurs d'oposició en què les decisions es prenen sobre un currículum tancat, o bé per una situació d'interinitat, aspectes que influencien profundament les característiques dels grups mèdics bàsics.

Aquest grup bàsic té dos tipus d'activitats, una dirigida cap a la consecució dels objectius que se'ls han fixat i altres per al manteniment de l'estabilitat del grup. El predomini d'una altra activitat depèn en part de què els seus objectius siguin atractius per al grup, és a dir ser pertinents, fàcilment comprensibles i acceptats.

Els equips mèdics realitzen un conjunt d'activitats que van de l'activitat clínica, a la recerca, passant per la relació amb la família, l'entrenament permanent, les publicacions, la participació en comissions i els viatges a congrés i formatius. Quan predomina la progressió cap als objectius, totes aquestes activitats són fàcils de detectar en els membres de l'equip; no obstant això, quan predomina el manteniment de l'estabilitat, es van reduint activitats i poden quedar reduïdes només a l'activitat assistencial bàsica.



Cohesió (àmbit 5 del BQM: relacions intra i interprofessionals i el treball en equip)

La cohesió d'un grup petit ve donada pel nivell d'identificació seus membres amb els objectius a assolir i la manera d'aconseguir-los. Els grups cohesionats progressen cap a la consecució dels objectius previstos i viceversa quan aquests objectius no es comparteixen i la cohesió es debilita, les activitats de manteniment predominaran sobre les activitats de producció.

Una altra característica de la cohesió dels grups petits és l'afinitat entre els seus membres. L'empatia personal o la coincidència en els objectius perseguits genera aquesta afinitat. No obstant això, aquestes varien amb el temps i per tant la cohesió pot fluctuar àmpliament amb el pas del temps.

Un últim factor de la cohesió és la mobilitat dels components del grup per ocupar altres places en altres hospitals o bé per la seva promoció en el seu propi centre de treball. En el SNS, per les seves característiques, les dues situacions són difícils o fins i tot impossibles de realitzar. Aquest aspecte sol influir negativament amb el pas del temps i fa que els membres de l'equip passin de la productivitat al manteniment de l'estabilitat.

La cohesió dels equips permet avançar cap als objectius prefixats còmodament.

La comunicació en els grups petits (àmbit 4 del BQM: comunicació i col·laboració)

La comunicació interna és un altre pilar en el funcionament dels equips mèdics petits

La comunicació interna és un altre pilar en el funcionament dels equips mèdics petits. Té dos pols, un és l'emissor que consta de dues vessants. La primera és el contingut, la primera característica deu ser l'objectivitat, i la segona, les seves fonts (ex. pacient i la seva història clínica, reclamacions, possibles errors, bases de dades de l'hospital, i les evidències científiques). L'altre vessant és el fenomen de comunicació i la persona que el realitza. Aquesta persona deu saber expressar-se amb claredat, exposar els continguts sense biaixos personals, reformular les propostes que es facin i acceptar les preguntes i discrepàncies que es poden donar. S'ha d'evitar transmetre opinions en comptes de continguts, parlar només per als afins i esbiaixar la informació segons els interessos personals. També s'ha de recordar que la comunicació no verbal (ex. expressió facial) pot influir i esbiaixar positiva o negativament la informació.

L'altre pol és el receptor de la informació. Aquest ha de desprendre's del seu marc d'idees en relació al tema que es va exposar, realitzar una escolta activa, demanar aclariments quan ho cregui convenient, saber fer propostes i evitar el llenguatge corporal negatiu (ex. llegir mentre un



altre exposa).

A més de les barreres que poden donar-se per no gestionar bé els aspectes que hem comentat, hi ha altres dos aspectes importants. Una és la competitivitat entre els membres del grup i les expectatives de rol que un té o vol assumir. Tots dos factors poden ajudar o dificultar la comunicació. Prescindir del marc personal i assumir un paper proactiu positiu, deu ser l'actitud correcta.

Una bona comunicació ajuda a cohesionar els grups de treball i viceversa.

Estil de comandament i gestió del grup (àmbit 8 del BQM: les organitzacions sanitàries i els sistemes de salut)

L'últim aspecte a tenir en compte en la dinàmica dels grups petits és l'estil de comandament que hi ha al grup i que exerceixen els seus responsables (cap clínic o cap de servei).

Aquest estil es pot dividir en:

- *Autoritari*. Tot passa pel cap d'equip, que prescindeix en la presa de decisions de l'opinió i participació dels membres de l'equip. Aquest estil esquartera la cohesió pel rebuig que produeix en els professionals de l'equip. Les respostes que pot generar van des d'un bloqueig per agressivitat o per apatia, la qual cosa desfigura tots els objectius a assolir.

- *Democràtic*. El cap descentralitza les decisions, promou la participació de tots els membres de l'equip en la presa de decisions i fixació d'objectius. La convivència no requereix energia per a l'estabilitat i es pot centrar en la productivitat.

Instruments per treballar en els diferents tipus de reunions dels equips mèdics

En qualsevol reunió, sigui del tipus que sigui, es poden identificar un conjunt seqüencial d'etapes que es poden resumir en:

- Definir un problema (justificació de la reunió o sessió)
- Identificar les seves dimensions
- Analitzar les possibles solucions
- Prioritzar-les
- Fixar els objectius a assolir.

En moltes ocasions, aquestes etapes en l'activitat clínica es fan de manera ràpida mentre que, en altres ocasions, es realitzen amb meticulositat com en les reunions administratives.

A les reunions és convenient que, a més dels metges, participin infermeria i qualsevol altre personal que pugui contribuir a una millor resolució del tema que s'analitza.



Reunions dels equips mèdics bàsics (àmbit 3 del BQM: competència professional, i àmbit 7 del BQM: la relació pràctica professional/aprenentatge com a font de millora permanent)

Una part important dels equips mèdics són les reunions en què ha de participar. Aquesta activitat es pot resumir en blocs.

Sessions assistencials

- Canvis de guàrdia.
- Sessions clíniques diàries.
- Activitat conjunta amb altres equips.

Sessions administratives

- Seguiment dels objectius de l'equip i del servei al qual pertanyen.
- Anàlisi de possibles errors i reclamacions que afecten l'equip.
- Anàlisi de necessitats a mitjà i llarg termini i el seu pla estratègic.
- Canvis assistencials a introduir.
- Noves tecnologies.
- Formació i entrenament.
- Estadades en congressos i centres assistencials.

Sessions científiques i dels projectes propis de recerca (àmbit 2 del BQM: relació metge pacient)

La seva descripció supera l'àmbit d'aquest treball, però deu recordar-se que deuen estar obertes a

tot l'equip i que la participació en els programes d'investigació a més de voluntària comporta una sèrie d'obligacions extres que deuen quedar exposades amb transparència.

La investigació en la història digital del servei i de l'hospital mitjançant metacercadors han de formar part de les dimensions de la investigació de qualsevol equip mèdic.

Sessions clíniques (àmbit 4 de l'BQM: comunicació i col·laboració, i àmbit 7 del BQM: la relació pràctica professional/aprenentatge com a font de millora permanent)

Hi ha diversos instruments útils per millorar el seu rendiment. Ens aquests figuren les bases de dades bibliogràfiques virtuals accessibles per a tot tipus de reunions. Entre aquestes dades destaquen aquelles que presenten de manera estructurada i elaborada la informació disponible en aquell moment (ex. UptoDate) sobre un tema concret. Els metges deuen saber fer les preguntes per obtenir la resposta adequada. Això no és intuïtiu, sinó que requereix entrenament.

En segon lloc, deuen saber gestionar els arbres de decisions per analitzar de manera seqüencial totes les possibles accions i els seus possibles resultats. L'arbre de decisions és útil en decisions mèdiques complexes. Finalment han de conèixer les normes per a interpretar resultats de proves de tota mena i els algorismes matemàtics de predicció.

En tercer lloc, la història digital permet analitzar els resultats de casos semblants atesos amb anterioritat i per tant prendre les accions més adequades per a la situació del pacient. Aquesta recerca requereix l'existència de metacercadors i mantenir la privacitat dels pacients.



El responsable de la reunió ha de realitzar les preguntes que permetin aclarir les accions a prendre i al final fer un resum executiu dels objectius clínics a assolir i les mesures a implementar.

En aquestes sessions, la presentació dels pacients pels metges en formació és un altre factor per implementar si prèviament no existeix.

Sessions administratives (àmbit 4 de l'BQM: comunicació i col·laboració)

En aquestes sessions hi ha diversos mètodes de treball que es poden aplicar durant la reunió per assegurar obtenir els millors resultats amb el consens de tots.

- *Anàlisi DAFO*. Permet analitzar l'estratègia a implementar en un projecte mitjançant l'anàlisi de l'entorn i del propi equip de treball. Aquesta anàlisi en què participen tots els membres de l'equip, s'analitzen les oportunitats i amenaces de l'entorn, juntament amb els punts forts febles de l'equip de treball.
- *Grup de consens*. Permet analitzar les causes i les solucions a problemes o situacions concretes. Aquesta tècnica té com a característica principal la participació de tots els presents i evitar que l'opinió dels membres més influents del grup bloquegi les opinions de la resta de grup. Inicialment el moderador presenta i explica l'objectiu de la reunió, recull preguntes i les reelabora i les clarifica. Tot seguit els membres de l'equip present (no s'aconsella que en aquesta tècnica es superin els 15 membres) disposen de diversos minuts en silenci per pensar les seves propostes, i quan el moderador dona per acabat el temps

de meditació els demana que escriguin en un paper en blanc seves idees o propostes sobre el tema. Aquestes propostes es recullen i es transcriuen de manera anònima a un papelograma o una pissarra electrònica (per conservar tot el material). Llavors comença el torn de discussió en el qual cada persona expressa la seva opinió sobre les idees recollides. Finalitzada l'anàlisi-discussió es passa a una votació també secreta per seleccionar les idees-propostes més votades. Aquestes tornen a discutir es repeteix el cicle, fins arribar a un consens final sobre una proposta concreta.

Aquesta tècnica requereix un moderador que la conegui bé i que porta les intervencions adequadament. Com a norma el públic que mai hagi participat en aquest tipus de reunions ràpidament ho entén i participa. Les conclusions finals al obtenir-se per consens solen comptar amb el suport de tots els participants.

- *Diagrama d'Ishikawa*. Aquesta tècnica de treball és molt útil per analitzar les causes d'errors mèdics i reclamacions. S'hi analitzen el personal, l'entorn, els mètodes de treball, la gestió de l'equip, les tecnologies disponibles, i el material general disponible. Això permet detectar què ha fallat o pot fallar quan es detecta un dèficit en una d'aquestes branques de l'anàlisi.

Hi ha altres tècniques més especialitzades, però les tècniques descrites són útils per a la major part dels temes que es desenvolupen en les sessions administratives.

Progressar cap als objectius requereix conèixer i emprar les tècniques de treball en equip.



Sessions d'investigació i projectes d'investigació (àmbit 3 del BQM: competència professional)

Tal com vaig indicar anteriorment aquest tema sobrepassa l'objectiu d'aquest capítol. Només vull recordar que la investigació relacionada amb la família, o les relacions intra-equip, requereixen una modalitat de recerca específica, la investigació qualitativa. L'equip mèdic no sol emprar (ni conèixer) aquest tipus d'investigació, però, infermeria el coneix i l'utilitza. La investigació qualitativa és imprescindible per aprofundir en els equips humans, les relacions entre els seus membres i les relacions amb les famílies i les conseqüències indirectes que recauen sobre elles amb els malalts greus. Aquesta part de la investigació sol una gran oblidada. Quan es parla de la humanització de la medicina, les respostes només poden venir a través de la investigació qualitativa.

La investigació qualitativa ha de promocionar-se per millorar el nostre coneixement del funcionament dels grups humans reduïts.

L'impacte de les noves tecnologies de la Informació i comunicació sobre la dinàmica dels grups petits

Hem esmentat la història digitalitzada, que ha substituït el paper i està permetent crear megabases de dades que mitjançant un metacercador han de permetre reescriure molts

temes mèdics amb arrels que s'enfonsen en la medicina del segle XIX. L'equip mèdic bàsic deu ser conscient que moltes de les respostes a les seves preguntes es troben actualment en aquestes bases de dades.

El diàleg amb els pacients es veu mediatitzat per l'accessibilitat a la informació virtual que farà als pacients i les seves famílies cada vegada més empoderats. Els equips mèdics han de ser conscients d'aquesta realitat que anirà en augment.

El món del mercat lliure posa cada vegada més proves diagnòstiques de lliure accés (ex. Perfil genètic personal) i els equips mèdics han d'estar preparats per atendre les demandes dels pacients o persones sanes interessades en que s'interpreti els resultats de les proves que han demanat ells mateixos.

La vídeoconferència estendrà de manera progressiva el concepte d'equip mèdic presencial al d'equip mèdic virtual. Aquesta situació complirà amb la premissa bàsica d'una comunicació directa cara a cara entre tots els membres de l'equip, que poden estar situats en el mateix edifici o milers de km.

La vídeoconferència també estendrà la relació amb els pacients cada vegada amb més coneixements sobre salut i malaltia. Aquesta nova modalitat es combinarà amb sistemes de monitorització a distància que ja són al mercat en les seves formes més simples.

Els equips mèdics han d'adaptar-se a aquesta nova modalitat de relació virtual que al seu torn requereix noves normes i assegurances.



Finalment, el gran repte és el maneig correcte de les xarxes socials en què el metge, donada la seva condició professional, haurà de vigilar els seus comentaris i fotografies per mantenir l'ètica i la privacitat dels pacients.

Notes finals

El manual del *Bon quefer mèdic* de l'Organització Mèdica Col·legial, ofereix un conjunt de normes i exemples per a resoldre les disjuntives que els metges com a membres d'un equip poden confrontar.

El treball en equip, requereix un aprenentatge. Aquest aprenentatge ha d'iniciar-se en el grau

El treball en equip, requereix un aprenentatge. Aquest aprenentatge ha d'iniciar-se en el grau de medicina, on l'ensenyament clàssic és individualista i deu ser substituït per l'Ensenyament Basat en Problemes, en el qual no només s'ensenyava la construcció del propi coneixement, sinó que també es prepara pel treball en equip per aconseguir objectius beneficiosos per a tothom.

Durant la residència la participació activa en les activitats del servei ha de transmetre un model de còpia que a l'entrenament clínic afegiu les regles del treball en equip. Això es pot aconseguir i potenciar mitjançant l'entrenament amb simulacions més o menys complexes i amb l'anàlisi de vídeos d'activitats d'equips mèdics en totes les seves facetes incloent la relació amb les famílies.

Bibliografia

Bohmer RMJ. The hard work of health care transformation. *N Engl J Med* 2016; 375: 709-11.

Gual A, Monés J, coords. *El buen quehacer médico: pautas para una actuación profesional de excelencia*. 3 ed. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos; 2018.

Lee TH. Putting the value framework to work. *N Engl J Med* 2010; 363: 2481-3.

Rosenbaum L. Teamwork Part 1: divided we fall. *N Engl J Med* 2019; 380: 684-8.

Rosenbaum L. Teamwork Part 2: cursed by knowledge –building a culture of psychological safety. *N Engl J Med* 2019; 380: 786-90.

Rosenbaum L. Teamwork Part 3: the not-my-problem problem. *N Engl J Med* 2019; 380: 881-5.

Verghese A, Rosenthal DI. Meaning and the nature of physicians' work. *N Engl J Med* 2016; 375: 1813-81.



— 11 —

Comunicar

ROGER RUIZ MORAL



Roger Ruiz Moral

Professor de Medicina. Escola de Medicina. Universidad Francisco de Vitoria (Madrid)

Nascut a Segòvia el 1959, és doctor en Medicina i especialista en Medicina Familiar i Comunitària, i professor de Medicina i Comunicació Clínica a la Universidad Francisco de Vitoria de Madrid des de 2013. Va ser professor de la Facultat de Medicina a Còrdova (1990-2013). Ha desenvolupat activitat clínica en atenció primària i urgències (general i pediàtrica) (1987-2009). De 1993 a 2013 va ser responsable del programa de residència de medicina familiar dels hospitals i centres de salut de Còrdova (tasques organitzatives, gestores, docents i investigadors). Va participar en el disseny del programa docent de l'especialidad de Medicina Familiar (àrees d'ensenyament i de la comunicació) i ha publicat estudis de caràcter educatiu mèdic. Va rebre el Premio Andalucía de la Consejería de Salud el 2002 pel seu estudi pioner sobre l'efectivitat d'un 'Programa Nacional de Formació en Comunicació para los Residentes'. S'ha involucrat en grups d'investigació en atenció primària, comunicació i educació mèdica, i és membre de diferents societats espanyoles i internacionals en aquests àmbits. Els temes d'investigació en els que participa són: a) la comunicació entre especialistes/metges d'atenció primària amb els pacients i la seva influència en els resultats clínics; i b) l'eficàcia d'alguns enfocaments educatius per a l'ensenyament de la comunicació clínica a estudiants i residents. Ha publicat més de 150 articles d'investigació i opinió en revistes especialitzades i diversos llibres -*El modelo CCAA de habilidades de comunicación para la práctica clínica*. (Barna: Semfyc Ediciones; 2004), *Educación médica para médicos clínicos* (Madrid: Panamericana; 2010) i, recentment, *Comunicación clínica: principios y habilidades para la práctica* (Madrid: Panamericana; 2014)-, i capítols en llibres sobre aquests temes. Participa en el consell editorial de diverses revistes nacionals i internacionals. És revisor de publicacions científiques periòdiques nacionals i internacionals i editor en cap de *Doctor*, un butlletí web d'educació mèdica (www.doctor.es) ampliament estès a Espanya i Amèrica del Sud. Ha rebut els premis Mati Ezquerria (2017) a l'excel·lència en la formació sanitària especialitzada a Espanya, concedit per la Societat Espanyola de Formació Sanitària Especialitzada i el premi a la Labor Docente en Medicina de Família (2018) de la Societat Espanyola de Medicina de Família i Comunitària. Actualment és responsable del currículum de comunicació de grau i postgrau de la Facultat de Ciències de la Salut de la Universidad Francisco de Vitoria, i responsable de la Unitat d'Educació Mèdica d'aquesta facultat.

Publicacions

- Ruiz Moral R. The role of physician-patient communication in promoting patient-participatory decision making. *Health Expectations* 2010; 13: 33-44.
- Ruiz Moral R, Peralta Mungia L, Pérula de Torres LA, Carrión MT, Olloqui Mundet J, Martínez Lechuga M. Patient participation in the discussions of options in Spanish Primary Care Consultations. *Health Expect* 2014; 17: 683-95. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1369-7625.2012.00793.x/pdf>.
- Ruiz Moral R, Pérula de Torres LA, Pulido Ortega L, Criado Lacumbe M, Roldán Villalobos A, Fernandez Garcia JA, et al. Effectiveness of a motivational interviewing in elderly chronic patients for improving therapeutic adherence: a randomized clinical trial in primary care settings *Pat Edu Couns* 2015; 98: 977-83. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2015.03.008>.
- Braš M, Djordjevic V, Ruiz-Moral R, Deveugele M, Ramahlo R, Pype P. The role of the communication. In Mezzich J, Botbol M, Christodoulou G, Cloninger R, Salloum I, eds. *Person Centered Psychiatry*. Heidelberg: Springer Verlag; 2016.
- García de Leonardo C, Ruiz-Moral R, Caballero F, Cavaco A, Moore P, Paula Dupuy L, et al. A Latin American, Portuguese and Spanish consensus on a core communication curriculum for undergraduate medical education. *BMC Medical Education* 2016; 16: 99. doi:10.1186/s12909-016-0610-8.
- Ruiz-Moral R. Person centered medicine: an existential outline beyond the biopsychosocial model. *Int J Person Cent Med* 2016; 6: 146-154. doi: <http://dx.doi.org/10.5750/ijpcm.v6i3.594>.
- Ruiz-Moral R. What is person centered medicine: conceptual review with focus on George Engel's perspectives. *Int J Person Cent Med* 2016; 6: 83-90. doi: <http://dx.doi.org/10.5750/ijpcm.v6i2.575> ISSN: 2043 7749.
- Appleyard J, Botbol M, Caballero F, Ghebrehwet T, Mezzich JE, Perez-Miranda J, et al. Bases of Person Centered Medical Education to Enhance Health Systems Worldwide . *International Journal of Person Centered Medicine* 2017; 7: 82-90.
- Ruiz Moral R, Pérula de Torres LA, Monge D, García de Leonardo C, Caballero Martínez F. Teaching medical students to express empathy by exploring patient emotions and experiences in standardized medical encounters. *Pat Educ Couns* 2017; 100: 1694-700.
- Ruiz Moral R, García de Leonardo C, Caballero Martínez F, Monge D. Medical students perceptions towards learning communication skills: a qualitative study after 2 year training programme. *Int J Med Educ* 2019; 10: 90-7.

Comunicar

Juntament amb el coneixement mèdic i les habilitats clíniques, la capacitat de comunicar-se representa un component essencial de la competència mèdica. Aquest capítol tracta sobre el valor especial que per a un metge té la seva capacitat i la forma de comunicar-se, que està entrelaçada amb els valors fonamentals de la pràctica clínica, superant la seva condició de simple 'capacitat', per revelar les actituds i els hàbits del propi metge. Es descriuen les principals característiques de la comunicació centrada en el pacient com un mètode no només per aconseguir la precisió diagnòstica i terapèutica, sinó també per reflectir els valors fonamentals de la pràctica clínica actual, destacant l'íntima connexió entre la comunicació i l'ètica.

Definició, delimitació i context de la 'comunicació'

Parlarem aquí de 'comunicar' en el context de la 'relació clínica' (RC), entesa aquesta com la 'comunicació' que el metge estableix amb els seus pacients i/o familiars, però també amb els seus col·legues. El terme 'comunicació clínica' (CC) serà així utilitzat indistintament amb els anteriors.

Els rituals en la comunicació del metge han passat d'un paternalisme respectuós a una col·laboració per a la presa de decisions, que s'ha estès sota la denominació de 'relació centrada en la persona-pacient'

La pràctica clínica té a veure en gran mesura amb la forma en la qual els metges es comuniquen (es comporten) amb els seus pacients i en el desenvolupament d'aquesta comunicació (comportaments) les habilitats de comunicació (HC) del metge són fonamentals. Els rituals i les regles d'aquesta relació s'han anat refinant en els últims 100 anys, havent passat des d'un paternalisme respectuós a una col·laboració per a la presa de decisions, que s'ha estès sota la denominació de 'relació centrada en la persona-pacient'.

Convé no obstant això diferenciar bé a què ens referim quan parlem de 'atenció centrada en la persona-pacient' i de 'comunicació o relació centrada en la persona-pacient' (CCP). El primer terme fa referència a un tipus de filosofia moral que prioritza valors com la consideració de la perspectiva dels pacients o la participació



d'aquests en la presa de decisions. El segon es refereix a la forma de comunicar del metge, al conjunt d'accions que aquest posa en joc per intentar 'centrar-se en la persona-pacient'.

El valor de comunicar: la perspectiva comunicativa

Què significa comunicar avui en medicina clínica? Conseqüències de comunicar a la clínica

La comunicació clínica no és una mera abstracció, sinó una cosa real, una cosa que succeeix en el temps i en l'espai

La CC no és una mera abstracció, sinó una cosa real, una cosa que succeeix en el temps i en l'espai. Té un aspecte tangible, empíricament constatable, constituït per elements com els gestos o les formes de conversar i un aspecte intangible, que succeeix en el món intern de les persones en relació (el metge i el pacient). Tot això es desenvolupa d'una forma dinàmica succeint multitud de fenòmens de vegades en un lapsus de temps molt breu. D'altra banda quan el metge realitza una CCP, desenvolupa unes habilitats comunicacionals concretes (aspecte tangible) alhora que posa en joc valors propis de la cultura mèdica occidental actual (aspecte intangible).

Aquesta CCP realitzada desplegant habilitats com l'escolta activa, la captació i seguiment de

pistes, evitar interrupcions, fer més preguntes obertes i ajustar l'enfocament biomèdic de l'entrevista, emfatitzant el personal, contribueix a millorar la pràctica clínica. Aquesta millora es refereix a l'efectivitat diagnòstica i terapèutica, especialment en pacients crònics i amb càncer, augmenta el coneixement i la capacitat del pacient per afrontar els seus problemes de salut, incrementa les taxes d'adherència terapèutica i fa que els pacients se sentin clínicament millor i més satisfets després de les consultes. Repercuteix també positivament en la sostenibilitat i rendibilitat del sistema sanitari, amb una reducció en el nombre de proves diagnòstiques, de les reconsultes pel mateix procés i de les derivacions, així com el temps dedicat pel professional al pacient quan es considera la unitat de mesura no una consulta aïllada sinó el procés mèdic en el seu conjunt. També la CCP disminueix el nombre i tipus de queixes i demandes als metges i en aquests produeix més benestar i menys sensació de desgast professional.

Per comprendre bé el que significa l'acte de comunicar és útil distingir-ne les dues facetes: una és la seva dimensió de contingut, que està relacionada amb tot el tangible i una altra la dimensió de relació, relacionada amb l'intangible. La dimensió de contingut té a veure amb la transmissió de la informació entre els participants, com el llenguatge i la informació que transmeten els missatges. La dimensió de relació fa referència a la manera d'estar en relació, i al·ludeix a l'element intangible, que té a veure amb la creació de confiança, molt lligada a l'experiència de percebre suport emocional, o la impressió de consens o conflicte que els participants perceben.

Aquestes dues dimensions, la de contingut i la de relació, es reflecteixen també en les dues



tendències en què es conceptualitza actualment la comunicació clínica: un posa l'accent en l'observable, és a dir, el desenvolupament de determinades conductes o comportaments per part del metge i del pacient; l'altra es refereix més a experiències intangibles, com la reflexió del metge i del pacient, o el seu acte-consciència sobre els seus processos mentals i físics relacionats amb la interacció comunicativa.

L'enfocament 'conductual' (component comunicacional) suposa fer èmfasi en les habilitats comunicatives. La possibilitat d'observar directament aquestes 'habilitats' facilita la 'objectivació' de la comunicació i el seu entrenament. Les habilitats poden adquirir-se, mesurar-se, actualitzar-se, reposar-se i transmetre. No obstant això, aquest concepte d'habilitat només no permet entendre els múltiples nivells de l'experiència que per un metge i un pacient suposa 'estar en relació' (component relacional), que és l'aspecte crucial del fenomen comunicatiu a la clínica. I a l'inrevés, sense habilitats comunicatives adequades pot ser impossible aconseguir una manera d'estar en relació satisfactòria

Si en l'enfocament conductual l'objecte de treball és l'observable empíricament, en l'enfocament de 'relació' és el món intern dels participants: les sensacions, pensaments o desitjos, la percepció de la situació, els valors personals i la visió de les possibilitats que es plantegen durant l'entrevista. Per exemple, la impressió d'estar a gust, de sentir-se en connexió, de sentir-se en confiança, d'estar d'acord o en desacord, etc.

La manera de comprovar o desvetllar aquest món intern és complexa. Pel que fa al metge, aquest el pot percebre de forma directa i immediata

mitjançant un exercici d'atenció plena al que passa dins d'ell/a mateix/a, desenvolupant el seu nivell d'autoconsciència cognitiva i emocional. No obstant això, el món intern de l'altre no es pot percebre de forma directa i immediata, sinó a través dels seus missatges verbals, para-verbals i no verbals, de vegades summament subtils. El que requereix a més d'un exercici de 'atenció plena' desenvolupar el 'diàleg'. És el diàleg el que proporciona un coneixement racional rigorós del que succeeix en el món intern del pacient, l'anomenat 'coneixement per compenetració'.

Els metges 'conscients' solen ser fàcilment identificats per pacients i col·legues perquè es mostren atents, interessats, dialogants, sense prejudicis, autèntics, naturals i sense donar la impressió d'estar pensant en l'estratègia comunicativa més adient. En la interacció això es revela com una manera d'estar en relació en la qual es capta el respecte a la persona que hi ha davant, una atenció i interès per les seves experiències i per les seves idees i temors. Alguns autors han afirmat que, per exemple, en el cas de la pràctica de la medicina de família, aquesta té a veure principalment amb aquest factor de 'relació amb el pacient' i només en segon lloc amb el contingut de l'atenció mèdica, el motiu de consulta, o el tipus de serveis sanitaris que s'ofereixen.

Integrant el tangible i intangible de la comunicació a la pràctica: el mètode clínic centrat en la persona

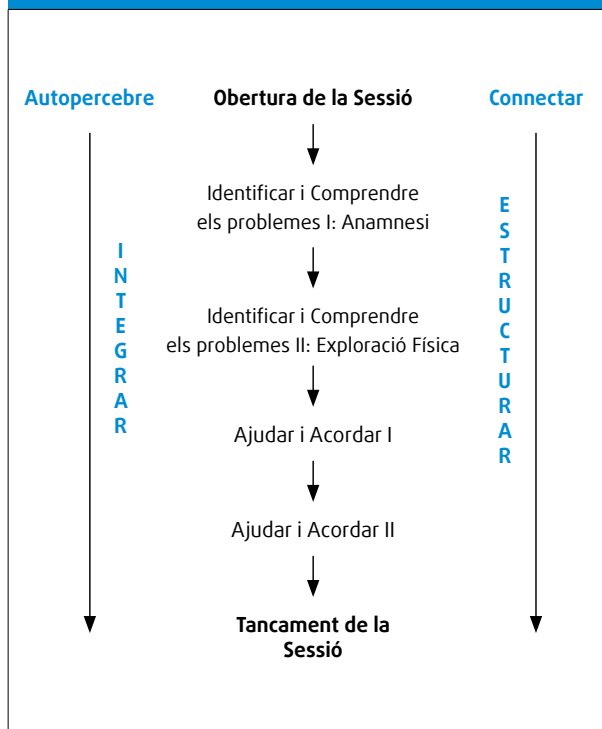
No obstant això la importància que el comunicar adquireix en aquest context nou (centrat en el pacient) comporta al seu torn el repte d'incorporar aquest 'comunicar', (ara bastant



més complex) en el propi mètode clínic, és a dir com a part de la principal eina diagnòstic-terapèutica del metge. El mètode clínic es basa en l'observació de les manifestacions clíniques i de les troballes obtingudes mitjançant l'exploració i les proves complementàries i per a això té en la història clínica el seu principal element. La història clínica s'estructura en apartats concrets que, tradicionalment el metge ha obtingut a través d'un procés comunicatiu de característiques gairebé interrogatives. El nou enfocament del mètode clínic (ara ja 'centrat en el pacient') emfatitza el caràcter bidireccional d'aquest procés comunicatiu que suposa incorporar els aspectes subjectius de la malaltia (perspectiva del pacient) i planteja la trobada des de la perspectiva de la col·laboració per a una presa de decisions conjunta. Així aquestes habilitats o competències comunicatives que abans comentàvem, s'han de desenvolupar organitzades dins d'una nova i més àmplia estructura que té en la trobada clínica el seu marc de desenvolupament i que exigeix, d'una banda, i seqüencialment el desenvolupar les tasques d'identificar i comprendre els problemes de salut (correlacionada amb l'anamnesi clàssica, l'exploració de la perspectiva del pacient i l'exploració física), acordar 'i' ajudar (explicar i planificar).

Però per altra banda també (i aquest cop continuadament al llarg de tota l'entrevista) la de 'construir la relació' amb el pacient, mitjançant la connexió per captar i respondre els missatges del pacient de forma que s'estableixi un vincle, fluïdesa comunicativa i un grau de compenetració adequat, la d'auto-percebre per detectar fenòmens interns i la integració de tots aquests processos, i la d'estructurar que permet assolir els objectius principals de la CC. A la figura s'esquemmatitza això.

Tasques comunicatives de l'entrevista mèdica, integrant el contingut i la forma (el tangible i l'intangible)..



Es pretén que amb aquest plantejament s'abordin tant la dimensió de contingut (el llenguatge i la informació que transmeten els missatges) com la dimensió de relació, relativa a la manera 'estar en relació' per aconseguir un acte clínic eficaç. Les habilitats auto-perceptives permeten al metge identificar barreres emocionals, possibles biaixos en els processos de raonament clínic o actituds personals que facilitaran o entorpiran la comunicació (intangibles). D'altra banda, s'inclouen aspectes relacionats amb el contingut i el procés comunicatiu (tangibles). Els aspectes de contingut, s'obtenen a través de l'anamnesi tradicional, més una història clínica orientada a detectar la perspectiva del pacient.



Les habilitats de procés tenen a veure amb les formes verbals, no verbals i para-verbals en què s'intercanvien els continguts (tangibles). Entre elles, la captació i resposta a pistes, verificació, comprovació i integració de la informació abocada pel pacient, reversió del que comprèn respecte a la seva situació, compartint-se de forma clara i adaptada, convidant-lo a participar i buscant acords. Alhora aquestes HC reflecteixen fenòmens que es produeixen en el món intern del clínic, com actituds de respecte, autenticitat, empatia o escolta activa (intangibles) i que busquen generar una manera d'estar en relació amb el funcionament eficaç en el qual el pacient se senti acollit, comprès i tractat competentment i, per tant, segur i en confiança (intangibles).

El valor de 'comunicar': la perspectiva ètica

Relació de la comunicació amb els altres valors metges

Com qualsevol desenvolupament tècnic, les habilitats pretenen aconseguir eficàcia (en aquest cas clínica), però fins i tot sent útils, aquestes poden ser èticament ambigües, és a dir, es poden emprar per bé o per mal. Per exemple, el coneixement empàtic amb el pacient es pot emprar per evitar que aquest se senti aïllat en la seva malaltia, però també proporciona un poder de manipulació; les habilitats necessàries per arribar a un diagnòstic precís poden dur a un ús exagerat de proves complementàries oblidant el bé del pacient; el procés comunicacional en el seu conjunt pot ser exageradament paternalista o, per contra, provocar un cert abandonament del

pacient, deixant-lo a la mercè de decisions molt difícils (abandonament del pacient en els seus drets).

Com qualsevol desenvolupament tècnic, les habilitats pretenen aconseguir eficàcia (en aquest cas clínica), però fins i tot sent útils, aquestes poden ser èticament ambigües, és a dir, es poden emprar per bé o per mal

Això vol dir que les HC que apliqui un metge s'han de justificar èticament. És així com el comunicar del metge es revela íntimament connectat amb l'ètica. Una manera de comprovar aquesta connexió és veure quina és la justificació ètica de les HC. En la mesura que les habilitats estiguin sustentades en valors, tindran categoria de deures, els quals seran moralment justificables en la mesura en què aquests siguin efectius per plasmar aquests valors. Per això ha de partir de valors professionals sòlids, que representin si no la seva totalitat, almenys una part molt rellevant, del que és important en la pràctica mèdica. Són els valors que s'aborden en els diferents apartats d'aquest llibre, dels quals destaquem, la solidaritat humana, el saber mèdic i la confiança. Aquests valors són una forma d'especificar els quatre valors bàsics de la bioètica, formulats en forma de principis: beneficència, no maleficència, respecte a les persones i justícia.

L'íntima connexió entre la comunicació i l'ètica mèdica quedarà palès en la mesura en què aquests valors s'assoleixin mitjançant el desenvolupament de les tasques comunicatives descrites en el nou mètode clínic, que representen els cursos d'acció comunicatius



de l'entrevista clínica. Així, podem concloure el nostre al·legat a favor del valor de comunicar per un metge, precisament exemplificant aquesta connexió entre 'comunicar' i 'actuar èticament', a través d'aquestes principals tasques comunicatives:

- Connectar captant i responent als missatges del pacient, és un curs d'acció que ha de servir per generar confiança i per plasmar i desenvolupar la solidaritat humana. Sobre la confiança, indispensable perquè una relació sigui constructiva, m'estendré més avall. Aquí, la solidaritat fa referència a una unió entre individus amb una finalitat legítima. La solidaritat consisteix en prendre seriosament la situació d'altres i actuar en el seu suport. La pràctica mèdica és, per la seva pròpia índole i en la seva millor versió, un exercici actiu de solidaritat. Cal, però, distàncies que no s'escurcen només a força d'idees, sinó amb emocions, com la compassió, que no és més que sentir una certa commoció davant la vulnerabilitat de l'altre, i que se'ns revela com una cosa concernent a un mateix. La compassió ens descobreix en una posició de proximitat a l'altre i en disposició d'ajuda. Per tant, se situa en una posició idònia per connectar d'una forma beneficiosa.
- L'autopercepció que aquí és exigida precisament pel que acabem de dir, ja que la compassió, com a forma de solidaritat emocional en la pràctica mèdica, consisteix llavors a fer-se càrrec del dany actual o potencial del pacient, consentint el seu impacte emocional d'una manera mèdicament beneficiosa per a les persones. Una autopercepció adequada ha d'evitar tant la indiferència com la sensibleria que poden desmotivar o bloquejar

respectivament l'acció sanadora. La solidaritat emocional exigeix comprendre la situació de l'altre i saber gestionar les pròpies emocions d'una manera mèdicament eficaç, fent que se senti acompanyat, comprès i alliberat de l'aïllament. Permetre que flueixi la solidaritat emocional és, per tant, una forma de connectar de forma beneficiosa en la relació clínica. Però l'autopercepció és un curs d'acció que també ha de servir per plasmar i desenvolupar el saber mèdic, ja que és una forma d'estar actualitzat en tot el que succeeix durant el procés de l'entrevista. És aquí on es poden detectar dissonàncies cognitives (dubtes de coneixement), emocionals (malestar), volitives (dubtes a l'hora d'actuar) o, fins i tot, espirituals (dubtes de consciència), que permeten identificar llacunes competencials susceptibles de millora.

- Identificar i comprendre és un curs d'acció que ha de servir per conèixer veritablement la realitat del pacient i trobar la millor actuació possible. La qüestió clau és que li passa a aquesta persona amb aquests símptomes i, des d'aquí, veure després com ajudar-lo. Per trobar una resposta són essencials tots els processos comunicatius. El coneixement racional de la realitat es construeix des de la recerca rigorosa de veritats racionals, provades mitjançant l'experiència. Per tant, el que regeix tots aquests processos és una voluntat, un desig de veritat. A la veritat científica s'arriba per diferents camins, depenent de l'objecte de treball. Si aquest és una cosa física, el camí és el de la constatació o prova d'hipòtesis nosològiques (per exemple, una radiografia em demostra si la tos és per una pneumònia). Si l'objecte de treball són les vivències, preferències, desitjos o sentiments del món



intern del pacient, el camí és la identificació de missatges significatius, l'elaboració de possibilitats interpretatives i la seva comprovació mitjançant el diàleg (per exemple, el testimoni del pacient em demostra que la seva expressió facial respon a un sentiment de tristesa i no a una altra cosa). Aquests processos de verificació, que es produeixen en l'entrevista clínica, podran ser utilitzats en bé del pacient si arriben a la veritat, és a dir, una adequació entre la realitat del pacient i el que pensem sobre ella. I la veritat situa al clínic en una posició idònia per a l'ajuda.

- La deliberació és 'una espècie d'investigació' en què 'el que delibera malament erra i el que delibera rectament encerta'. En medicina diríem que una bona deliberació arriba a un judici clínic d'acord amb el millor resultat possible per al pacient, realitzant-se amb un procediment correcte i en un temps adequat. L'objectiu de la deliberació és aconseguir decisions prudentes i la prudència 'té per objecte el que és just, noble i bo per a l'home' (Ètica a Nicòmac 1143b 20-25). És un saber que es nodreix de l'universal (el teòric, el generalitzable) i el particular (les dades de l'escenari clínic concret), 'perquè és pràctica i l'acció té a veure amb el particular' (Ètica a Nicòmac 1141b 15). La deliberació inclou una reflexió compartida sobre els fets, els valors implicats en la situació i el millor curs d'acció possible per al pacient. És alliberadora per al pacient, ja que l'allibera de la ignorància sobre la seva pròpia malaltia, l'ajuda a trobar formes de millorar respecte al seu problema de salut i li proporciona autonomia (llibertat) en la presa de decisions.
- Assolir acords i ajudar és un curs d'acció que ha de servir per plasmar i desenvolupar el

caràcter prudencial del saber mèdic, així com la confiança mútua, ja que la deliberació genera transparència en la relació i contribueix a enfortir el vincle metge-pacient, la qual cosa fa que l'entrevista flueixi cap a una determinada manera d'estar en relació, que té molt a veure amb el to de la mateixa, que al seu torn determina la seva qualitat i efectivitat. Es podria dir que mitjançant els esforços de connectar i d'acordar i ajudar es tracta d'avançar cap a un estat en confiança, és a dir un estat cognitiu, emocional i físic de certa certesa o seguretat. La confiança depèn almenys de tres factors importants: competència, transparència i vincle. La competència té a veure amb la capacitat del metge per aconseguir una comprensió de l'experiència i situació del pacient. La transparència està molt relacionada amb la presa de decisions compartida amb el pacient, en la qual les emocions poden també informar la deliberació il·luminant aquelles àrees i aspectes que necessiten ser ateses amb més deteniment, d'acord amb les preferències es van construint, obtenint-se i integrant-se. El vincle és una cosa que es construeix fonamentalment des d'una actitud de solidaritat humana, que permet que flueixi la compassió, el compromís amb l'altre i la voluntat inequívoca d'actuar a favor seu.

- La integració de tots els processos, i l'estructuració que permet assolir els objectius principals de tota entrevista són cursos d'acció que han de servir per desenvolupar els valors de beneficència, no maleficència, respecte a les persones i justícia, subjacents als anteriorment esmentats (la solidaritat, el saber mèdic i la confiança).



Bibliografia

- Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet* 2001; 357: 757-62.
- Elwyn G, Lloyd A, May C, Van der Weijden T, Stiggelbout A, Edwards A, et al. Collaborative deliberation: a model for patient care. *Patient Educ Couns* 2014; 97: 158-64.
- Epstein RM. Mindful practice. *JAMA* 1999; 282: 833-9.
- Epstein RM, Franks P, Fiscella K, Shields CG, Meldrum SC, Kravitz RL, et al. Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: theoretical and practical issues. *Soc Sci Med* 2005; 61: 1516-28.
- García de Leonardo C, Ruiz-Moral R, Caballero F, Cavaco A, Moore P, Dupuy LP, et al. A Latin American, Portuguese and Spanish consensus on a core communication curriculum for undergraduate medical education. *BMC Med Educ* 2016; 16: 99.
- Gracia D. Deliberación moral: el método de la bioética. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 18-23.
- Gracia D. Valor y precio. Madrid: Triacastela; 2013.
- Ruiz-Moral R. Comunicación clínica: principios y habilidades para la práctica. Madrid: Médica Panamericana; 2014.
- Ruiz-Moral R. What is person centered medicine: conceptual review with focus on George Engel's perspectives. *Int J Person Cent Med* 2016; 6: 83-90.
- Ruiz-Moral R, Rodríguez JJ, Epstein R. ¿Qué estilo de consulta debería emplear con mis pacientes?: reflexiones prácticas sobre la relación médico-paciente. *Aten Primaria* 2003; 32: 594-602.
- Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-centered medicine: Transforming the clinical method. Oxford, UK: Radcliffe Publishing; 2003.
- Watzlawick P, Bavelas JB, Jackson DD. Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas. 11 ed. Barcelona: Herder; 1997.
- Zoppi K, Epstein RM. Is communication a skill? Communication behaviors and being in relation. *Fam Med* 2002; 34: 319-24.



VALORS DE LA PROFESSIÓ QUE HA D'ASSUMIR EL METGE

Coordinador

MÀRIUS MORLANS MOLINA

Experts col·laboradors de la secció

MÀRIUS MORLANS MOLINA

CHARLES BOELEN

JUAN JOSÉ RODRÍGUEZ SENDÍN

ARCADI GUAL SALA

ANTONIO OTERO RODRÍGUEZ



— 12 —

L'exercici col·legiat de la responsabilitat professional

MÀRIUS MORLANS MOLINA



Màrius Morlans Molina

Ex president de la Comissió de Deontologia del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, COMB.
Vicepresident del Comitè de Bioètica de Catalunya

Nascut a Llinars del Vallès el 1947, es va llicenciar a la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona (UB) el 1972. Es va formar com a MIR a l'Hospital Universitari Vall d'Hebron (HUVH) de Barcelona (1973-1978), i va obtenir els títols d'especialista en Medicina Interna (1979) i Nefrologia (1982) a la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). Va ser metge adjunt del Servei de Nefrologia del citat hospital (1978-2012), on va exercir com a director assistencial (2000-06).

Va ser promotor i primer president del Comitè d'Ètica Assistencial de l'HUVH (1999-2012); president de la Comissió de Deontologia del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (COMB) (2006-14); i membre del Comitè de Bioètica de Catalunya des de 2000, del qual en la actualitat és el seu vicepresident. Va obtenir el premi a l'excel·lència professional del COMB (2014).

Va ser professor del Màster de Ciutadania i Drets Humans de la Facultat de Filosofia (UB) (2008-2014), i professor associat de Bioètica i Comunicació de la Facultat de Medicina (UAB) (2010-2012). En l'actualitat és coordinador i professor del curs 'Bioètica, una ètica aplicada?', organitzat pel Centre d'Estudis Col·legials del COMB i la Fundació Víctor Grifols i Lucas, i del curs en línia 'Introducció a la bioètica', organitzat per la citada fundació juntament amb l'Institut Català d'Oncologia. És autor i coautor de diverses publicacions dins l'àmbit de la bioètica i la deontologia.

Publicacions

Morlans M. Fer costat al malalt. Barcelona: Columna-COMB; 2008. (1^a reimpressió de la edició de 1994).

Montero F, Morlans M. Para deliberar en los comités de ética. Barcelona: Fundació Doctor Robert; 2009.

Morlans M. El consejo moral en el ámbito clínico. En Bilbeny N, coord. Bioética, sujeto y cultura. Barcelona: Ed. Horsori; 2011. p. 79-103.

Morlans M, Clos-Masó D, Gómez-Duran EL, Arimany-Manso J. El rechazo en las transfusiones de sangre y hemoderivados: criterios éticos, deontológicos y médico-legales. Rev Esp Med Legal 2015; 41: 19-26.

Morlans M. Bioètica: les claus del debat interdisciplinari. Treballs de la Societat Catalana de Biologia 2017; 67: 4-9.

Martin-Fumadó C, Morlans M, Torralba F, Arimany-Manso J. La comunicación del error médico. Consecuencias éticas y médico-legales. Med Clin (Barc) 2019; 152: 195-9.

L'exercici col·legiat de la responsabilitat professional

Introducció

La responsabilitat és una de las virtuts cíviqves més apreciada i que més sovint es troba a faltar. I no només entre els que exerceixen el poder sino també entre la ciutadania. Si és una conducta esperada i exigible al comú dels ciutadans, què podem dir de les expectatives amb les que exerceixen una professió i, encara més, quan es tracta dels que tenen cura de la salut. La conceptualització d'aquest valor universal serà la porta d'entrada per entendre el seu significat en l'àmbit de la medicina i, més en concret, del seu exercici col·legiat com a funció orientadora i reguladora de la conducta professional del metge.

La responsabilitat, virtut cívica

L'etimologia de les paraules ajuda a entendre el seu significat. La paraula responsabilitat té la seva arrel en la paraula llatina *respondere*, formada pel prefix *re*, que indica reiteració i el verb *spondere*,

acceptar solemnement o prometre. Això vol dir que la responsabilitat implica compromís, o sigui, comprometre's a acomplir amb certes obligacions, tenir cura de les decisions i, a més, respondre de les conseqüències.

Responsabilitat implica compromís, o sigui, comprometre's a acomplir amb certes obligacions, tenir cura de les decisions i, a més, respondre de les conseqüències

Diu Victòria Camps que ser responsable és ser capaç de respondre de quelcom davant d'algú i voler fer-ho. Això pressuposa una capacitat o competència socialment reconeguda i la voluntat d'exercir-la lliurement assumida. Competència, dedicació i llibertat són valors intrínsecs indispensables per a l'exercici de la responsabilitat. Però, a més, es respon davant dels altres, davant de la societat. Quant a que s'actua d'acord amb la pròpia consciència, és una virtut moral que s'exerceix de manera individual, però quan s'ha de donar explicacions davant dels altres, adquireix la consideració de virtut pública.



Si alguna professió resulta paradigmàtica i permet il·lustrar el que hem dit, és la de polític. Max Weber, en el seu citat més que llegit assaig 'La política com a vocació', es refereix a l'ètica de la responsabilitat com el valor superior de qui vol viure per a la política i no de la política. I contraposa l'ètica de la responsabilitat a l'ètica de la convicció per justificar l'actitud dels polítics que, en virtut del pragmatisme, renuncien als seus ideals. Res més allunyat del pensament i del discurs de Weber que argumenta que ambdues ètiques són complementaries i que aquesta complementarietat és necessària. Aquí neix la sospita que és poc llegit o el que encara és pitjor, que el seu pensament és tergiversat. Concep al polític de vocació com una persona amb fermes conviccions que actua d'acord amb aquestes, sempre que les conseqüències siguin acceptables. La crítica de Weber vol ser una advertència per prevenir els dogmatismes ideològics que promouen accions de conseqüències irreparables.

La conducta responsable, doncs, consisteix en actuar d'acord amb uns principis preveien sempre les conseqüències

La conducta responsable, doncs, consisteix en actuar d'acord amb uns principis preveien sempre les conseqüències. I aquesta actuació responsable exigeix la prudència necessària per a que quan les conseqüències previstes no aportin el benefici esperat, un s'abstingui d'actuar i doni les explicacions oportunes. En paraules de Weber: 'no puc fer una altra cosa, aquí em deturo'. Així, doncs, la convicció en uns principis ètics, la autonomia personal, la

competència i la prudència són els elements constitutius d'una conducta responsable.

Responsabilitat mèdica col·legiada

Entesa la responsabilitat com a compromís davant d'algú, la responsabilitat mèdica és tridimensional ja que s'exerceix davant de tres subjectes: la persona malalta, la societat i els col·legues. Insisteixo en el fet tridimensional perquè el seu exercici és conjunt, de manera que en qualsevol activitat professional estan presents i només es poden diferenciar en l'anàlisi teòric. No es pot atendre a la persona malalta sense la competència ni els recursos socialment habilitats. L'exercici mèdic només és possible pel reconeixement social de la competència professional i pels mitjans que s'utilitzen, finançats amb impostos, quotes o remuneració. Per a que l'encontre entre la persona malalta i el professional competent sigui fructífer, aquest deu acomplir amb aquest triple compromís, sent prioritari el que el vincula al malalt. L'obligació de lleialtat amb el pacient està regulada en tots els codis de deontologia mèdica.

Tenint en compte la relació intrínseca entre ambdues, em centraré exclusivament en el exercici de la responsabilitat mèdica davant, per a i amb els col·legues. No és fortuït el fer servir la paraula 'col·lega' i no una altra qualsevol per referir-me als qui practiquen una mateixa professió. Malgrat que en l'actualitat s'utilitza com a sinònim d'amic o company, la paraula original llatina s'utilitzava en l'antiga Roma per identificar els membres del *collegium*, els elegits per a un



càrrec públic polític, administratiu o sacerdotal. I una característica essencial d'aquestes funcions és que s'exercien col·lectivament, no a títol individual. És en aquest sentit que la utilitzaré. Parlar de responsabilitat col·legiada és referir-se al compromís individual que necessita ser compartit i referendat pel conjunt dels col·legues per a que adquireixi amb plenitud el seu valor.

Parlar de responsabilitat col·legiada és referir-se al compromís individual que necessita ser compartit i referendat pel conjunt dels col·legues per a que adquireixi amb plenitud el seu valor

Els col·legis professionals mèdics neixen a mitjans del segle XVI per regular una pràctica que defuig de les competències legislatives del poder reial no només per la seva complexitat tècnica si no per la seva intencionalitat o motivació principal. La causa d'aquesta delegació està en l'essència de la professió que consisteix en la voluntat d'exercir amb excel·lència, entesa aquesta no tan sols com a virtut si no com a habilitat tècnica i competència professional. I com es pot regular l'aspiració a l'excel·lència? Òbviament no es pot imposar per mitjà de la llei. Les lleis només poden regular aquells deures que són exigibles a tots els ciutadans, però no poden obligar a exercir amb excel·lència. I això per dues raons.

La primera es que exercir amb excel·lència és una aspiració, una predisposició que exigeix preparació i competència com condicions necessàries però que no són suficients. La preparació i motivació del professional que aspira a ser excel·lent no són garanties per assolir un bon resultat. Això és així i per aquesta raó és jutja la pràctica mèdica pels

mitjans emprats i no pels resultats, per si s'és competent i s'ha utilitzat els recursos diagnòstics i terapèutics necessaris d'acord amb les normes que regulen la bona pràctica.

La segona raó consisteix en la dificultat per establir les normes que regulen els estàndards del correcte exercici, a partir de les que es pot jutjar l'actuació professional. En contribuir a consensuar les dites normes i respectar-les rau el compromís amb la professió. Es basa en el convenciment que aquesta regulació necessària de la pràctica ha de ser col·lectiva, no pot ser individual.

La societat demana garanties sobre els professionals individuals i per això han de ser avaluats prèviament a l'inici del seu exercici i durant el mateix. I només poden ser avaluats pels qui tenen el coneixement i aspiren a exercir amb excel·lència, o sigui, els propis col·legues, com s'afirma en las recomanacions 92 y 93 de la guia *El buen quehacer del médico* (BQM). Aquesta i no cap altra és la funció essencial dels col·legis professionals. Garantir a la societat que s'exerceix amb competència, no només científica i tècnica, sino també moral i que s'actua d'acord amb el bé comú.

La societat demana garanties sobre els professionals individuals i per això han de ser avaluats prèviament a l'inici del seu exercici i durant el mateix. I només poden ser avaluats pels qui tenen el coneixement i aspiren a exercir amb excel·lència, els propis col·legues. Aquesta i no cap altra és la funció essencial dels col·legis professionals



La funció col·legial com a autoregulació

La crítica liberal dels col·legis professionals els qualifica de monopolis concebuts per evitar la competència externa i poder fixar els preus al marge de les lleis del mercat, protegint així, els interessos dels col·legiats. Els seus codis dicten les normes d'etiqueta que regeixen la conducta social dels professionals, tant amb els pacients, que són els clients, com amb els col·legues, que són els competidors. Regular el comportament professional d'acord amb els estàndards de l'etiqueta social i dirimir conflictes entre col·legues és la seva funció durant el segle XIX i bona part del xx. El paradigma del codi en aquest període és *Medical ethics*, de Thomas Percival, publicat el 1803 i en el qual s'inspiraren els primers codis de la American Medical Association.

Però en finalitzar la segona guerra mundial, l'assistència sanitària en els països occidentals constituí un dels pilars essencials de l'estat del benestar. S'exerceix en institucions i organitzacions en les que la relació clínica perd la seva condició de privada per ser regulada pels governs. En aquest context és lícit replantejar-se la funció dels col·legis professionals. Si les lleis regulen la relació clínica, quin sentit tenen els codis de deontologia i les seves normes de conducta?

En les societats democràtiques avançades existeix una prevenció sobre l'excessiva judicialització de les relacions personals i creix la convicció que no tot pot i ha de ser regulat per llei. La judicialització de la vida quotidiana, sovint, comporta conseqüències pitjors que

les generades pel conflicte que dona peu al litigi. A més, els ciutadans exigeixen una major participació i control sobre les qüestions que els afecten. L'autoregulació es percebuda com una possible alternativa a l'excés legislatiu.

I en què consisteix l'autoregulació? Doncs en què un col·lectiu es doti de les seves pròpies normes de funcionament, però no en interès propi, sino d'acord amb l'interès general. Aquesta segona condició, segons Victòria Camps, és la que diferencia l'autoregulació en interès propi, o sigui, el corporativisme, de l'autoregulació compromesa amb l'interès social, el bé comú.

Així, doncs, la responsabilitat amb la professió s'exerceix en assumir lliurement la decisió de compartir col·lectivament el compromís de dotar-se d'uns principis i unes normes que regulin la pròpia pràctica d'acord amb els estàndards màxims de competència per prestar l'atenció adequada en l'àmbit de la salut d'acord amb l'interès general.

Els valors associats a la responsabilitat col·legiada

Incorporar-se a un col·lectiu que té l'afany de regular la pràctica professional que aspira a l'excel·lència només pot ser el fruit d'una decisió lliure. En aquesta decisió individual se sustenta la força moral del compromís col·lectiu. És un exercici individual d'autodeterminació pel qual es vincula la pròpia pràctica a la del conjunt. Parteix del convenciment que la regulació d'aquesta pràctica no pot ser una mera qüestió individual ni que les lleis siguin l'instrument idoni.



Incorporar-se a un col·lectiu que té l'afany de regular la pràctica professional que aspira a l'excel·lència només pot ser el fruit d'una decisió lliure. En aquesta decisió individual se sustenta la força moral del compromís col·lectiu

Incorporar-se al col·lectiu professional organitzat, el col·legi, suposa assumir una doble responsabilitat: acceptar l'avaluació de l'exercici individual pels propis col·legues i participar en l'elaboració de les normes que permeten avaluar aquest exercici. En garantir aquest doble compromís resideix la funció primordial dels col·legis professionals: redactar els principis i les normes que han de regir el correcte exercici i vetllar pel seu acompliment.

Identificar els principis i les normes de conducta d'un col·lectiu no és una feina ni fàcil ni vana. S'han d'encarar les reticències pròpies del pensament postmodern impregnat de nihilisme en què es basa la supremacia dels valors individuals, els de l'afirmació personal i de l'autorealització per sobre dels valors comunitaris, dels que ajuden a ordenar la vida en societat. Es qüestiona la possibilitat de fonamentar uns principis ètics d'àmbit universal i es relativitza, així, el concepte i el criteri de veritat. Cal partir d'aquesta percepció, de què no hi ha una única veritat, per poder posar d'acord les diferents conviccions morals que conviuen en una societat oberta.

El respecte per les persones és el principi que ha de regir tot procés de deliberació col·lectiva per identificar unes normes de conducta. El diàleg entre 'estranys morals', entre els qui

no comparteixen el mateix sistema moral de referència, és un repte pels que sí que comparteixen una mateixa professió. És un repte, a la vegada intel·lectual i moral, que sotmet les conviccions pròpies a la prova de la consistència i la coherència. Hi ha actituds, com la mateixa voluntat de pertànyer al col·lectiu, que propicien el diàleg i el consens. L'interès intel·lectual pel pensament aliè com a mostra de respecte per l'altre i un cert distanciament dels propis principis i valors personals, faciliten el procediment per assolir el consens.

Una altra precaució és la d'evitar caure en el reduccionisme de matriu científica de creure que la informació obtinguda sobre els resultats de les intervencions mèdiques és suficient per a regular la bona pràctica. Conèixer l'eficàcia i l'efectivitat dels instruments no és garantia del seu bon ús. I això és especialment rellevant en les qüestions de l'assistència al principi i al final de la vida.

Les recomanacions col·lectives consensuades deuen ser exercides amb prudència, en el sentit aristotèlic del terme, això és, com la capacitat d'optar per les decisions més raonables, entenent com a tals, les més adequades a les circumstàncies. I d'acord amb aquest context d'autonomia, respecte i prudència, el compromís col·lectiu amb les normes de conducta ha d'incloure l'objecció de consciència quan la conducta exigida al professional és contrària a les seves conviccions. Així es protegeixen els drets dels qui resten en minoria i s'evita la imposició coercitiva del parer de la majoria.



La pràctica del compromís col·legiat

Per exercir amb competència és necessari posar-se al dia no només en els coneixements científics i les habilitats tècniques, sino també en les actituds en el tracte personal, en un context de creixement exponencial de la informació i de les elevades expectatives dels ciutadans respecte a la salut. Això implica un triple compromís del col·lectiu col·legial: promoure i proporcionar la formació continuada, compartir els coneixements i acceptar l'avaluació per iguals, com es regula en l'article 7 del Codigo de Deontologia de la Organización Médica Colegial (CDM).

Avui, els programes de formació han de ser explícits, amb avaluacions periòdiques i transparència quant als resultats

La disposició del bon professional ha de ser tant la de continuar formant-se com la de contribuir a formar els seus col·legues. Aquest és un dels legats del Jurament Hipocràtic, encara que en el context històric en que fou concebut, el compromís de compartir els coneixements responia a la necessitat de preservar la transmissió del saber mèdic exclusivament als iniciats, vedant el seu accés als llecs. Avui, els programes de formació han de ser explícits, amb avaluacions periòdiques i transparència quant als resultats.

Si l'avaluació de la competència professional correspon al col·lectiu organitzat com a col·legi,

la desqualificació d'un col·lega per part d'un altre es desdiiu d'aquest compromís. No hi ha res que evidenciï més la falta de responsabilitat d'un professional com el judici públic negatiu sobre la competència de qualsevol altre professional.

Quan hom adverteix que la conducta d'un col·lega pot suposar un risc per a les persones, la protecció de les mateixes exigeix una actuació diligent i prudent. No pot ser la mateixa l'actitud amb el company negligent, imprudent o maleficiant que amb el que està malalt o pateix una addició. Comunicar al col·legi professional una conducta de risc no és una falta de companyonia sino una mostra de la mateixa que vol protegir de possibles danys a les persones i, per tant, de responsabilitats més greus, com bé recull l'article 22.3 del CDM i la recomanació 76 de la guia BQM. El programa PAIME és un bon exemple d'actuació col·legial per a protegir a la ciutadania i atendre el company malalt.

El convenciment que el bon professional s'organitza col·lectivament per autoregular-se és el fonament del respecte a les altres professions sanitàries. Les professions sanitàries tenen una especificitat i unes competències pròpies que complementen i enriqueixen la funció mèdica. El reconeixement d'aquesta especificitat i d'aquestes competències és la condició necessària per treballar en equip.

El treball en equip és la forma organitzativa idònia per respondre a la complexitat de la assistència sanitària actual. En l'equip, cada membre té el seu rol que desenvolupa amb plena autonomia sense dependències jeràrquiques, més enllà del compromís adquirit quan s'accepten els objectius assistencials. En l'equip no hi ha jerarquies excepte la del lideratge necessari que assumeix



qui té un major compromís amb l'organització i una visió de conjunt sobre els objectius de la mateixa.

Lidera qui té un major compromís no qui té més coneixements ni més experiència. El lideratge clínic exigeix compromís

Lidera qui té un major compromís no qui té més coneixements ni més experiència. El lideratge clínic exigeix compromís. En primer lloc amb els valors i les expectatives de les persones sobre els objectius i els procediments de la institució sanitària. I en segon lloc, amb els membres de l'equip quant a saber acomodar els citats valors amb els objectius i tasques comunes. El lideratge s'exerceix propiciant el creixement personal mitjançant la pràctica professional, respectant les singularitats individuals i facilitant el consens sobre els procediments i mètodes de treball.

Així, doncs, la responsabilitat com a col·lectiu organitzat comporta el compromís de promoure, actualitzar i avaluar la competència professional, assumida de manera individual i voluntària. Aquest compromís implica el respecte per la competència dels col·legues i vetllar per evitar les pràctiques de risc amb les persones. La col·laboració amb les altres professions sanitàries basades en el respecte per les seves competències específiques i complementaries a las mèdiques és la base del treball en equip que es beneficia del lideratge compromès.

Conclusions

La responsabilitat amb la professió, això és, amb els col·legues, s'exerceix de manera col·lectiva i institucionalitzada, que vol dir, col·legiada. Ara bé, aquest compromís col·lectiu parteix d'una motivació essencial, la voluntat individual d'exercir amb excel·lència, i d'una convicció, la que això exigeix l'avaluació dels iguals, dels col·legues, els membres del col·legi.

L'autoritat moral del col·lectiu organitzat com a col·legi, es fonamenta en l'actitud individual dels seus membres de voler fer les coses el millor possible. Dona el mateix que aquesta predisposició de la voluntat sigui innata o fruit de l'èmulació de la conducta exemplar d'un altre professional de referència. En tot cas, només és un punt de partida, una aspiració. Y aquesta aspiració només es pot mantenir, consolidar i manifestar-se plenament en el context adequat, la comunitat creada pels qui comparteixen la mateixa aspiració.

Aquesta ha de ser la convicció que motiva la incorporació voluntària al col·legi. Aquesta convicció assumeix que només el parer dels iguals pot decidir sobre la competència pròpia. Per fer-ho possible, cal confiar en aquells que ens han precedit en l'ordenament de l'exercici d'acord amb els cànons de la bona pràctica. Però aquesta capacitat de regulació de la professió ha de ser reconeguda per la societat. I aquesta ho farà en la mesura en què la competència professional s'adeqüi a les necessitats de la ciutadania en l'àmbit de la salut i l'atenció sanitària.

Per tot plegat, les societats democràtiques avançades, si volen mantenir l'excel·lència



professional, evitar la burocratització de la pràctica i la judicialització de la relació clínica, faran bé en delegar la certificació de la competència professional en els respectius col·legis. L'autoregulació professional que això representa és el camí idoni per ordenar una pràctica complexa, en una societat plural amb múltiples codis de conducta i unes elevades expectatives en quan als serveis públics.

El seu valor ètic es fonamenta en dos criteris ja apuntats. El primer és que la incorporació al col·lectiu ha de ser voluntària. La garantia palmària del compromís del professional amb el recte exercici és que sigui un acte de consciència no imposat, que sigui el fruit de la deliberació personal i, per tant, que la decisió sigui lliure. I el segon és que les corporacions professionals, els col·legis, ordenin la pràctica professional, no només d'acord amb els seus interessos, que també, sino prioritàriament atenent el bé comú. I fer-ho és un exercici d'autoregulació entesa no com a corporativisme que vetlla exclusivament pels interessos dels professionals, sino com servei a la societat, priorititzant l'assistència adequada a les persones. És tasca dels legisladors donar resposta i fer factibles aquestes propostes.

Castiñeira A, Lozano JM. El poliedro del liderazgo. Barcelona: Libros de Cabecera; 2012.

Fundació Galatea. Protocolos de funcionamiento del PAIME (Programa de Atención Integral al Médico Enfermo). Barcelona: Consell de Col·legis de Metges de Catalunya; 2007.

Gracia D. Fundamentos de bioética. Madrid: Triacastela; 2007.

Gual A. Aprender a ser médico: responsabilidad social compartida. Barcelona: Fundación Educación Médica; 2012.

Gual A, Monés J. El buen quehacer del médico. Madrid: Organización Médica Colegial; 2017.

Gual A, Nolla M. Regulación de la profesión médica. Barcelona: Fundación Educación Médica; 2015.

Organización Médica Colegial. Código de deontología médica. Guía de ética médica. Madrid: Organización Médica Colegial; 2011.

Oriol A, Pardell H, eds. La profesión médica: los retos del milenio. Monografías Humanitas, n.º 7. Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médicas; 2004.

Vattimo G. El fin de la modernidad. Barcelona: Gedisa; 2015.

Weber M. El político y el científico. Madrid: Alianza Editorial; 2012.

Bibliografia

Ballester-Leiner A. Max Weber y la sociología de las profesiones. México DF: Universidad Pedagógica Nacional; 2007.

Camps V. Virtudes públicas. Madrid: Espasa Calpe; 1996.

Camps V. Una vida de calidad. Barcelona: Ares y Mares; 2001.



— 13 —

El repte de convertir-se en un metge socialment responsable

CHARLES BOELEN



Charles Boelen

Consultor Internacional en sistemes de salut i personal. Excoordinador del programa de recursos humans per a la salut de l'Organització Mundial de la Salut (Oficina de Ginebra)

És metge (Bèlgica, 1966), especialitzat en Salut Pública (Universitat de Montreal, Canadà), Epidemiologia (McGill University, Montreal), Gestió del Sistema de Salut (Harvard i Stanford University, EE. UU.) i Educació de professionals de la salut (Universitat de París XIII, França). Durant els seus 30 anys dins l'Organització Mundial de la Salut (OMS) (1972-2001) va desenvolupar projectes de desenvolupament de recursos humans en tot el món en coordinació amb els Ministeris de Salut i Educació Superior, associacions professionals i institucions acadèmiques. Va ser assessor regional per al desenvolupament de recursos humans per a la salut a l'Oficina Regional de la OMS per al Pacífic Occidental (1983-86) i per a Àfrica (1986-88). De 1988 a 2001 va ser coordinador del programa de recursos humans per a la salut a la seu de l'OMS a Ginebra on va iniciar diverses iniciatives polítiques importants. Actualment és consultor internacional en sistemes i personal de salut, és copresident del Consens Mundial per a la Responsabilitat Social de les Escoles de Medicina i president de Réseau International Francophone pour la Responsabilité Sociale en Santé. És autor de la monografia de la OMS *Definición y medición de la responsabilidad social de las escuelas de medicina*, i ha publicat una sèrie d'articles revisats per experts sobre el tema. Va introduir el model 'Médico cinco estrellas' i va escriure l'estratègia global de l'OMS per a la reorientació de l'educació mèdica i la pràctica mèdica per a la salut per a tots (1996). És l'autor del document estratègic de l'OMS *Hacia la unidad para la salud*, l'objectiu del qual és facilitar la creació d'un objectiu comú d'acció entre els principals interessats en el sector de la salut: responsables polítics, administradors de serveis de salut, professionals de la salut, institucions acadèmiques, i organitzacions civils i societat civil.

Publicacions

- Boelen C. Medical education reform: the need for global action. *Acad Med* 1992; 67: 745-9.
- Boelen C. Defining and measuring the social accountability of medical schools. Geneva: World Health Organization; 1995.
- Boelen C. Towards Unity for Health. Challenges and opportunities for partnership in health development. Geneva: World Health Organization; 2000.
- Boelen C. A new paradigm for medical schools a century after Flexner's report. *Bulletin of the World Health Organization* 2002; 80: 7.
- Boelen C, Woollard B. Social accountability and accreditation: a new frontier for educational institutions. *Med Educ* 2009; 43: 887-94.
- Boelen C, Woollard B. Social accountability: the extra leap to excellence for educational institutions. *Med Teach* 2011; 33: 614-9.
- Boelen C, Dharamsi S, Gibbs T. The Social Accountability of Medical Schools and its Indicators. *Educ Health* 2012; 25: 180-94.
- Boelen C. Why should social accountability be a benchmark for excellence in medical education? *Educ Med* 2016; 17: 101.
- Boelen C, Pearson D, Kaufman A, Rourke J, Woollard R, Marsh DC, et al. Producing a socially accountable medical school: AMEE Guide No. 109. *Med Teach* 2016; 38: 1078-91.
- Boelen C. Coordinating medical education and health care systems: the power of the social accountability approach. *Med Educ* 2018; 52: 96-102.

El repte de convertir-se en un metge socialment responsable

La responsabilitat social es defineix per tres característiques: identificar les necessitats i els reptes de salut prioritaris en la societat, adaptar el treball per satisfer millor aquestes necessitats i reptes i assegurar que les accions empreses tinguin el major impacte possible en la salut de les persones a través d'una col·laboració eficient amb altres agents interessats. Qualsevol agent de la salut, inclòs el metge, s'ha d'implicar en això. Diversos models promouen el paper social dels metges, així el model del Metge Cinc Estrelles de l'OMS, el CanMEDS canadenc i el Physician Charter. Tots aquests models suggereixen que el metge ha d'ocupar una posició central en el sistema de salut per mitjà de la comprensió i l'acció sobre els determinants de la salut que afecten tant a les persones com a les poblacions. Però hi ha una bretxa òbvia entre les bones intencions i la realitat. Perquè els metges siguin veritablement responsables socialment i adaptin el seu comportament en conseqüència, s'ha d'aconseguir un gran consens entre les associacions de professionals de la salut, les institucions acadèmiques, les organitzacions de serveis de salut i les autoritats

públiques per adaptar les seves respectives missions i programes per tal de millorar la qualitat, l'equitat i l'eficiència en la salut.

Responsabilitat social per millorar l'impacte en la salut

Cada vegada més, la societat s'enfronta a la pressió de garantir als seus ciutadans, una atenció sanitària centrada en la persona, l'equitat, la rellevància i l'eficiència en la prestació de serveis de salut. Aquesta situació deriva d'una combinació única de factors arreu del món: envelliment de la població, major consciència pública i expectatives, augment dels costos de l'atenció mèdica, millor reconeixement dels determinants socials i ambientals de la salut, desigualtat i pobresa creixents i la necessitat emergent de nous tipus de professionals de la salut. Cada organització o institució està cridada a revisar la seva missió i els seus programes per contribuir a millorar la situació. Els professionals de la salut, en particular



els metges, són fonamentals per a aquests esforços, per la seva relació directa amb els pacients i, a través d'ells, amb les seves famílies i amb la societat en general.

Què és la responsabilitat social?

La responsabilitat social es defineix per tres aspectes: identificar les necessitats i els reptes de salut prioritaris en la societat, adaptar el treball per satisfer millor aquestes necessitats i reptes i assegurar que les accions empreses tinguin el major impacte possible en la salut de les persones

La responsabilitat social es defineix per tres aspectes: identificar les necessitats i els reptes de salut prioritaris en la societat, adaptar el treball per satisfer millor aquestes necessitats i reptes i assegurar que les accions empreses tinguin el major impacte possible en la salut de les persones a través de la col·laboració eficient amb altres agents implicats. En principi, la responsabilitat social és una obligació per a qualsevol organització, institució, grup o professió en qualsevol sector que reclami el seu compromís de servir a la societat, s'identifiqui la societat com a individus, com una comunitat, o com un districte o una nació. Abasta un ampli espectre d'activitats, que van des de la protecció del medi ambient global i l'ús raonable dels recursos del nostre planeta fins el respecte de la dignitat humana.

La UNESCO declara que les universitats han de ser socialment responsables i 'la seva rellevància en l'educació superior s'ha d'avaluar en termes de l'ajust entre el que la societat espera de les institucions i el que fan'

L'Organització Internacional de Normalització (ISO) defineix la responsabilitat social d'una empresa com 'una integració voluntària de les preocupacions socials i ecològiques en les seves activitats comercials i en la seva relació amb els agents interessats'. A més, en una declaració més recent, s'estableix que 'una organització és responsable de l'impacte en la societat i en el medi ambient, de les seves decisions i activitats a través d'un comportament ètic i transparent amb efectes en el desenvolupament sostenible, fins i tot en la salut i el benestar social'. De manera similar, la UNESCO declara que les universitats han de ser socialment responsables i 'la seva rellevància en l'educació superior s'ha d'avaluar en termes de l'ajust entre el que la societat espera de les institucions i el que fan'. L'OMS, per mitjà de la seva definició de salut com un 'estat de benestar complet, físic, mental i social' i la seva constant apel·lació a la justícia social com ho exemplifica l'Estratègia de Salut per a Tots en la dècada de 1970 i la Cobertura Universal de salut el 2010, sempre ha instat els estats membres de l'ONU a implementar polítiques socialment responsables.



Responsable davant de qui i per a què?

Un és responsable del que ha promès de forma pública i explícita. Un sistema públic nacional de salut és responsable davant els ciutadans pel seu compromís explícit, de proporcionar els millors serveis de salut possibles. Per tant, els ciutadans poden demanar que totes les persones de la nació tinguin accés a l'atenció mèdica. També poden esperar una millor protecció contra els riscos per a la salut i una millor actuació sobre els diferents determinants de la salut, ja siguin ambientals, culturals, econòmics i polítics. De la mateixa manera, altres agents clau en el sistema de salut, com les organitzacions dels serveis de salut, les companyies d'assegurances de salut, les associacions de professionals de la salut, les institucions acadèmiques i les escoles / facultats de medicina i de les ciències de la salut, així com la societat civil, han de també declarar explícitament el que es comprometen a complir. En el cas de les facultats de medicina, el 1995, l'OMS va definir la seva responsabilitat social com: 'l'obligació de dirigir les seves activitats educatives, investigadores i serveis a abordar els problemes de salut prioritars de la comunitat, la regió o el país en les que tenen un mandat'. Els problemes prioritars de salut han de ser identificats conjuntament pels governs, les organitzacions d'atenció de salut, els professionals de la salut i el públic.

Hi ha dos punts importants en aquesta definició que són rellevants per a altres agents de salut: obligació i conjuntament. L'obligació al·ludeix al fet que ser socialment responsable ha de ser una actitud ètica fonamental, mentre que la

definició dels problemes de salut prioritars ha de sorgir d'un procés de consulta amb altres agents de salut. El 2010, el Consens Global sobre la Responsabilitat Social de les Facultats de Medicina descrivia quatre atributs d'una facultat de medicina socialment responsable:

- Respondre a les necessitats i reptes actuals i futurs de salut de la societat.
- Reorientar les seves activitats docents, de recerca i serveis prioritars adequadament.
- Reforçar la seva governança i les seves aliances amb d'altres agents.
- Usar l'avaluació i l'acreditació per avaluar el seu rendiment i el seu impacte.

Si bé els principis bàsics anteriors han d'inspirar a qualsevol agent de salut que aspi a ser socialment responsable, inclosos els metges, estratègicament sembla lògic examinar primer el paper de les facultats de medicina que tenen el mandat de formar els metges. Les facultats de medicina, en ser un model de responsabilitat social, han d'inculcar principis similars als seus graduats. Al Canadà, la responsabilitat social i la rendició de comptes són valors fonamentals que sustenten el paper dels metges canadencs i de les facultats de medicina. Aquest compromís significa que, tant de forma individual com col·lectivament, els metges i les facultats han de respondre a les diverses necessitats dels individus i les comunitats en tot el Canadà, així com complir amb les responsabilitats internacionals davant la comunitat global.

No obstant això, hi ha una bretxa entre els models de rols oferts per la institució educativa i les modalitats reals de la pràctica dels futurs metges. La facultat de medicina com a productor



de la força laboral és només un dels agents clau, mentre que els comportaments socialment responsables han de ser avaluats i reconeguts universalment en tot el sistema de salut, des del nivell de la política nacional de salut fins a les normes de les companyies d'assegurances de salut, l'organització dels serveis de salut i els sistemes de reconeixement.

El metge en la societat

Òbviament, la principal obligació social dels metges és oferir la millor atenció possible als seus pacients. A més de les mesures curatives, els metges també són vistos com a referència clau per prevenir els riscos de mala salut i per aconsellar sobre estils de vida saludables relacionats amb la nutrició, la mobilitat, evitar l'abús de substàncies, la seguretat en el treball, la interacció social. Amb l'alt grau d'especialització mèdica actual, els aspectes humans també s'han de considerar essencials en prendre en consideració el context integral en què viuen els pacients i els ciutadans.

Entre els altres valors en què s'ha de basar la responsabilitat social estan l'equitat i l'eficiència. L'equitat en la salut és una part important de l'*ethos* dels agents de salut. Els metges han de sentir-se preocupats pel benestar de la població que viu en una àrea determinada, en la que llurs membres no es beneficien adequadament dels serveis de salut a causa de la seva condició socioeconòmica, les seves diferències culturals o la seva vida en llocs remots. Un altre desafiament clau avui dia és la sostenibilitat del sistema sanitari que requereix un millor ús dels recursos humans, financers i tècnics. Per tant, els metges

han de recolzar les reformes per aconseguir una major eficiència en el sistema d'atenció mèdica, eventualment mitjançant el canvi de tasques dels professionals de la salut i la millora de la gestió participativa.

Des de sempre, el metge ha estat considerat com un element fonamental del sistema sanitari si no en l'esfera política, com afirma el famós histopatòleg alemany del segle XIX, Rudolf Virchov: 'els metges són els advocats naturals dels pobres i els problemes socials haurien de ser resolts en gran part per ells'. En el Jurament Hipocràtic original, hi ha poc o cap esment sobre el paper social del metge. Només a mitjans del segle passat, les versions revisades del jurament es refereixen a qüestions ètiques i a l'obligació de no només tractar a un òrgan, sinó a un ésser humà malalt, car la seva malaltia pot afectar la seva família i l'estabilitat econòmica. Va ser revisat en 1964 per afirmar que el metge, com a membre de la societat, té una obligació especial amb tots els altres éssers humans, les seves mentes i el cos, així com amb els malalts.

El 1996, l'Assemblea Mundial de la Salut va aprovar la resolució WHA48.8 'Reorientant l'educació mèdica i la pràctica mèdica per a la salut per a tots', instant els països a col·laborar amb tots els organismes interessats, incloses les associacions professionals, en la definició del perfil desitjat del metge del futur i, quan correspongui, les funcions respectives i complementàries dels generalistes i especialistes i les seves relacions amb altres proveïdors d'atenció primària de salut per respondre millor a les necessitats de les persones i millorar l'estat de salut'. En el document d'estratègia de l'OMS per implementar aquesta resolució titulada 'Metges per a la salut', es fa referència al model 'Metge



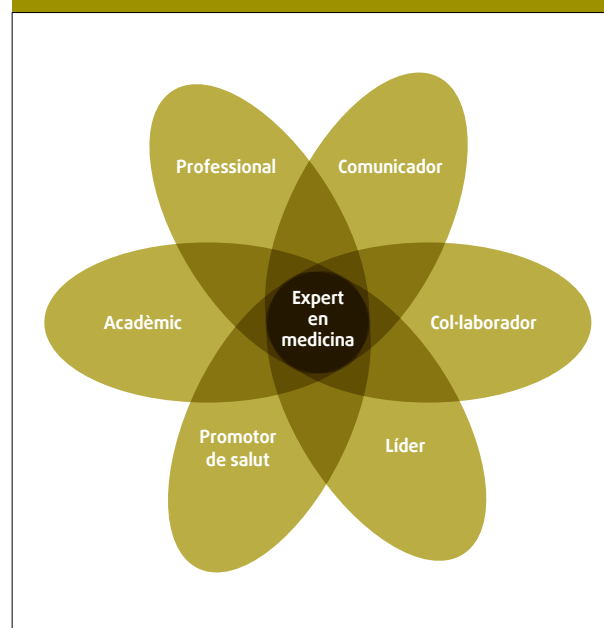
Cinc Estrelles' (Taula), també citat per primer cop el 1992 a *Academic Medicine*.

Taula. 'Metge Cinc Estrelles'	
Proveïdor d'atenció	Serveis clínics d'alt nivell. Considera el pacient com a part integral d'una família i una comunitat. Personalitza l'atenció preventiva. Relació de confiança
Prevedor de decisions	Escull les tecnologies que aplica de forma ètica i cost/efectiva
Comunicador	Promou estils de vida saludables mitjançant explicacions categòriques
Líder de la comunitat	Guanya la confiança de la gent amb la qual treballa i pot conciliar els requeriments de salut individual i col·lectiva
Membre d'un equip	Treballa en harmonia amb altres professionals, individus i organitzacions per a respondre a les necessitats dels seus pacients

El model 'Metge Cinc estrelles' afirma que el perfil del metge ha d'estar conformat per les mateixes forces que influeixen en el sistema de salut del futur. La funció del metge ha de tornar a revisar-se com a part de la revisió de les funcions

de tots els proveïdors d'atenció sanitària. Altres models han confirmat el paper social dels metges, d'una manera que és molt consistent amb les característiques de la responsabilitat social, per exemple, el CanMEDS canadenc (Figura), el Physician Charter o el Tomorrow's Doctor del British General Medical Council.

Figura. El model CanMEDS



El model CanMEDS consta de sis dominis, de les quals tres suggereixen accions més enllà dels límits d'un metge clínic: col·laborador, líder i defensor de la salut. Com a col·laborador, el metge pot delegar tasques en altres professionals de la salut, és a dir, se li pot demanar a un farmacèutic que vacuni a les persones, a una infermera que faci el seguiment de pacients crònics, a un treballador social que educi els cuidadors de pacients amb Alzheimer. Com a defensor de la salut, pot esperar-se que el metge assessori les autoritats



públiques sobre els determinants socials de la salut. Com a líder, el metge pot facilitar la coordinació d'un grup per a una acció més efectiva sobre problemes de salut prioritaris, dins d'un entorn de salut o en una comunitat.

El Physician Charter va definir el professionalisme en la pràctica mèdica al voltant de tres principis bàsics: benestar del pacient, autonomia del pacient i justícia social. S'exposa el principi de la primacia del benestar del pacient, mentre que l'autonomia del pacient té la intenció de capacitar els pacients perquè prenguin decisions que determinin la seva salut. El principi de justícia social es refereix a encoratjar els metges a treballar activament per a una distribució justa dels recursos de salut en una població. Per tant, el professionalisme pot considerar-se com un contracte entre la societat i la professió mèdica que reflecteix valors culturals.

El metge i la responsabilitat social

Hi ha molts punts en comú entre els tres models referits en la mesura que orienten sobre el futur paper dels metges. A més de la capacitat de brindar el millor servei possible al pacient, més enllà de la relació tradicional de proveir atenció als pacients, diverses de les funcions suggerides tendeixen a posicionar al metge com una figura central en el complex context d'atenció sanitària. Aquestes funcions es refereixen tant a la cura individual com a la interacció comunitària, que són pilars del concepte de responsabilitat social.

Aplicant la responsabilitat social en la cura individual

S'espera que els metges donin atenció centrada en la persona i considerin els pacients en el seu entorn vital i laboral, tenint en compte les seves condicions culturals, socials i econòmiques quan brinden assessorament o prescriuen qualsevol procediment. Amb un fàcil accés a la informació mèdica, els pacients tenen més expectatives i es tornen més crítics amb els serveis proposats. Aquesta característica obre l'oportunitat de dialogar amb els pacients i les seves famílies i els permet adoptar estils de vida més saludables, convertir-se en consumidors de productes de salut més independents i raonables. Això és encara més pertinent amb la creixent prevalença de malalties cròniques. D'aquí es deriva la necessitat imperativa per part dels metges de dominar les habilitats de comunicació per ajudar els pacients i als ciutadans a ser el més autònoms possible i actius en el manteniment de la seva salut i eventualment defensar la salut de les persones que viuen a prop.

Aplicant la responsabilitat social en la interacció amb la comunitat

Ser socialment responsable suposa col·laborar amb altres agents implicats en el sector de la salut. Els metges contribuïrien activament a actuar sobre els determinants de la salut en l'entorn veí, és a dir, ser un defensor públic per limitar els riscos



de la contaminació o contribuir als programes de reducció de la pobresa. En una escala més àmplia, els metges poden col·laborar activament en campanyes nacionals de salut pública dirigides a problemes prioritaris de salut, és a dir, participar en informació de salut i en l'educació en escoles o llocs de treball. Els metges també poden optar per treballar en entorns de salut multiprofessionals, compartint espai, informació i competències amb diversos professionals en els sectors de salut i socials, per brindar un servei més integral als pacients i participar en un programa basat en la prevenció de la salut de la població.

Ser socialment responsable implica col·laborar amb altres agents implicats en el sector de la salut

Conclusió

Sembla haver-hi un acord general sobre el principi d'aplicar el concepte de la responsabilitat social als metges. No obstant això, hi ha poca evidència disponible sobre possibles estratègies que permetin portar el concepte a la pràctica. Una bretxa similar entre l'ideal i la posada en pràctica s'aprecia en la promulgació dels Drets Humans i la consciència ecològica per preservar el nostre medi ambient. Si la responsabilitat social en el sector salut es converteix en una política nacional, un agent progressista pot sentir-se perjudicat si tots els altres romanen conservadors i tebis en aplicar canvis en els seus hàbits i prerrogatives. Als països democràtics els canvis de comportament només poden ocórrer a través d'un consens nacional construït pacientment mitjançant

consultes àmplies amb actors rellevants, recolzats per evidències del valor afegit que ofereixen pràctiques alternatives de benestar comú i recolzats per un sistema de recompenses.

Malgrat això, en diverses ocasions, els metges han demostrat la seva responsabilitat social, ja sigui en forma personal o en una pràctica grupal. Per exemple, els que treballen en àrees rurals i remotes, sovint es comprometen a atendre les necessitats de salut integral dels pacients i les poblacions. Així mateix, les associacions nacionals de centres de salut multiprofessionals recomanen un compromís similar, ja sigui en àrees rurals o urbanes. A nivell internacional, la WONCA, l'organització mundial de metges de família, és un potent promotor de la responsabilitat social dels metges, com ho demostra la concessió regular d'un premi de cinc estrelles a metges generals. En menor mesura, altres especialitats mèdiques advoquen per pràctiques socialment responsables, com es veu en el Physician Charter publicada per un grup d'internistes. En certs països, no és estrany veure els dermatòlegs oferir una consulta gratuïta un cop l'any per detectar melanomes o als pediatres per detectar els primers símptomes de l'asma.

Els metges generalment són conscients dels canvis sociològics profunds i la necessitat d'adaptar-se per continuar sent una referència central en el sistema de prestació d'atenció sanitària. Les generacions més joves de metges estan disposats a construir una carrera que proporcioni satisfacció professional contínua i sigui rellevant per fer front als canvis de salut més urgents en la seva societat. Correspon a les associacions mèdiques en aliança amb institucions acadèmiques, autoritats públiques, organitzacions d'atenció de salut i el públic elaborar polítiques



i dissenyar estratègies apropiades per canviar la cultura per a una institucionalització progressiva de pràctiques mèdiques i de salut socialment accessibles.

Missatges a recordar

- S'ha de ser conscient de la bretxa existent entre les bones intencions transmeses pel concepte de responsabilitat social i la factibilitat de la seva implementació, a causa de la resistència al canvi, i esdevenir un defensor de les reformes utilitzant arguments creïbles.
- Col·laborar en l'adaptació dels programes d'educació mèdica basats en les competències esperades en un metge amb responsabilitat social.
- Promoure associacions entre facultats de medicina, associacions mèdiques i serveis d'atenció sanitària per experimentar models de prestació d'atenció mèdica en un territori determinat, per abordar els problemes de salut prioritàris en una població.
- Participar en iniciatives de polítiques de disseny de guies de bones pràctiques que ressaltin els principis i estratègies de responsabilitat social que els metges podrien aplicar i ser recompensats per això.

Bibliografia

ABIM Foundation; ACP-ASIM Foundation; European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter. *Ann Intern Med* 2002; 136: 243-6.

Boelen C. Medical education reform: the need for global action, *Acad Med* 1992; 67: 745-9.

Boelen C, Heck J. Defining and measuring the social accountability of medical schools. Geneva: World Health Organization; 1995.

Boelen C, Woollard B. Social accountability and accreditation: a new frontier for educational institutions, *Med Educ* 2009; 43: 887-94.

Boelen C, Woollard B. Global consensus for social accountability of medical schools. East London: South Africa; 2010.

Health Canada. Social accountability: a vision for Canadian medical schools. Ottawa: Health Canada; 2001. URL: https://afmc.ca/pdf/pdf_sa_vision_canadian_medical_schools_en.pdf. [21.11.2018].

International Organization of Standardization. URL: <https://www.iso.org/iso-2600-Social-responsibility.html>. [14.02.2019].

Lasagna L. Modern physicians' oath. URL: <https://www.hospicepatients.org/modern-physicians-oath-louis-lasagna.html>. [14.02.2019].

Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. CanMEDS. URL: <http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/about/history-canmeds-e>. [14.02.2019].

Unesco. Final report of the World Conference on Higher Education, Higher Education in the Twenty-first Century, Vision and Action. Paris: Unesco; 1998.

World Health Organization. Doctors for health, a WHO global strategy for the reorientation of medical education and medical practice for health for all. Geneva: WHO; 1998.

**Autonomia:
llibertat del metge per
prendre decisions de forma
independent per al millor
interès dels pacients i per al bé
de la societat**

JUAN JOSÉ RODRÍGUEZ SENDÍN



Juan José Rodríguez Sendín

President de la Comissió deontològica central. Vocal del Consell Assessor de Sanitat, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Nascut a Vitigudino (Salamanca), és llicenciat en Medicina i Cirurgia per la Universidad de Salamanca. Metge especialista en Medicina Familiar i Comunitària, és diplomat en Sanitat i màster en Administració Sanitària per l'Escola Nacional de Sanitat (Instituto de Salud Carlos III).

És director mèdic de la Gerència de Coordinació i Inspecció de Castilla-La Mancha, adscrit als serveis centrals de la Direcció de Gerència del SESCAM. Des de 2001 a 2015 ha estat secretari general i president del Consell General de Col·legis de Metges. Entre altres càrrecs ha estat president del Fòrum de les Professions Sanitàries del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, vicepresident de la Confederació Llatina Iberoamericana d'Entitats de Metges i president de la Fundació per a la Investigació, Docència, Formació i Competència Professional dels Metges Col·legiats d'Espanya. A l'actualitat és president de la Comissió Deontològica de l'Il·lustre Colegio Oficial de Médicos de Toledo i de la Comissió Central de Deontologia de l'Organització Mèdica Col·legial (OMC), vocal del Consell Assessor de Sanitat del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, i professor en diversos màsters i cursos:

- Màster de Dret Sanitari. Universidad San Pablo CEU de Madrid.
- Màster d'Administració Sanitària. Escola Nacional de Sanitat. Instituto de Salud Carlos III.
- Coordinador i professor del Títol d'Expert en Ètica Clínica de la Fundació per a la Formació Mèdica del Consell General de Col·legis Mèdics.
- És responsable de l'Aula de Professionalisme, Facultat de Medicina, Universidad San Pablo CEU de Castelló/Consell General Col·legis Oficials de Metges.

Publicacions

Rodríguez Sendín JJ. Guía de ética latino iberoamericana. Confederación Latino Iberoamericana de Entidades Medicas. (COMFEMEL), 2014.

Rodríguez Sendín JJ. Carta de identidad y principios de la profesión médica latino iberoamericana. Foro Latino Iberoamericano de Entidades Medicas (FIEM). Coímbra, 2016.

Rodríguez Sendín JJ. Prevención de los efectos adversos sanitarios y contra la medicina defensiva, Médico de Familia. Médico de personas: cuatro décadas de ejercicio profesional en medicina rural. Valladolid: Fuente de la Fama; 2017.

Rodríguez Sendín JJ. Documentos del Grupo de Trabajo Atención Médica al final de la Vida OMC/SECPAL https://www.cgcom.es/sites/default/files/GT_atencion_medica_final_vida/.

Rodríguez Sendín JJ. Guías de ética en la práctica médica: conflictos éticos en psiquiatría y psicoterapia; retos éticos en atención primaria; planificación anticipada de la asistencia médica. historia de valores; instrucciones previas; decisiones de representación; ética de los incentivos a profesionales sanitarios; la capacidad de los pacientes para tomar decisiones.

Autonomia: llibertat del metge per prendre decisions de forma independent per al millor interès dels pacients i per al bé de la societat

Definició i desenvolupament

El Codi d'Ètica Mèdica de l'Associació Americana de Medicina (AMA), de 1847, inspirat en el pensament de Thomas Percival, va proposar als metges assumir una sèrie d'obligacions enfront de la comunitat; mentre aquesta, a canvi, li atorga a la professió mèdica una sèrie de prerrogatives especials, entre les quals sobresurt la llibertat per establir els seus propis estàndards. En altres paraules, la societat confereix autonomia a la professió mèdica. Com era d'esperar, gairebé immediatament va sorgir la discussió sobre què significa autonomia professional i l'interrogant sobre si els estàndards promulgats per la professió mèdica eren de caràcter obligatori per a tots els metges o si, per contra, aquests són lliures per establir-los individualment.

Es pot entendre l'autonomia com la capacitat d'algú per prendre decisions sense ajuda d'un

altre. Per a la Reial Acadèmia de la Llengua, és la 'condició de qui, per a certes coses, no depèn de ningú'. D'altra banda, el Diccionari Enciclopèdic Norma la defineix com: 'Estat i condició de l'individu o poble que es governa per si mateix'. Des de finals del segle XIX, autonomia professional (mèdica) vol dir que la professió mèdica estableix i fa complir els estàndards de qualitat de la seva pràctica.

Des de finals del segle XIX, autonomia professional (mèdica) vol dir que la professió mèdica estableix i fa complir els estàndards de qualitat de la seva pràctica

El concepte modern d'autonomia, proposat principalment per Kant, es refereix a la capacitat del metge de governar-se per les normes que estableix la comunitat professional mèdica bé científica, be deontològica, que ell mateix accepta com a tal, sense coerció externa. En



aquest sentit, autònom és qui actua lliurement d'acord amb un pla escollit, és a dir, dins el marc d'una norma lliurement adoptada. Perquè qui no és capaç de reflexionar per triar lliurement un pla, està destinat a ser controlat per uns altres.

A l'octubre de 1987, la 39a. Assemblea de l'Associació Mèdica Mundial (WMA), celebrada a Madrid, va definir com a element principal de l'autonomia professional, la garantia que el metge té per expressar amb llibertat la seva opinió professional respecte a l'atenció i al tractament dels seus pacients, sense influència indeguda o inadequada de parts o persones externes. Aquest principi ha estat revisat per la pròpia WMA en diverses ocasions, 2005, 2008 i 2018 establint la importància de l'autonomia professional com a component essencial de l'atenció mèdica d'alta qualitat i, per tant, com un benefici que es deu al pacient i que ha de ser preservat. La WMA va comprometre les seves associacions mèdiques nacionals a mantenir i garantir aquest principi d'ètica essencial, que és l'autonomia professional, en l'atenció dels pacients.

El Codi de Deontologia Mèdica de l'Organització Mèdica Col·legial (OMC) a més de constituir una guia de conducta amb la qual respon a la seva voluntat i capacitat d'autoorganització de la professió mèdica espanyola, constitueix un cant a l'autonomia i independència del metge, des de la responsabilitat i lliurament d'aquest a l'interès del pacient i de la societat. El citat codi recull escrupolosament les línies mestres de les normes que sobre el principi d'autonomia del pacient estableix la legislació vigent, tot i que, com és lògic, amb una major delicadesa i aproximació a la relació clínica.

Relació amb altres valors i principis fonamentals

L'autonomia i independència de l'exercici professional del metge té relació amb:

L'autonomia del pacient i el seu dret a la informació

En relació amb la salut és probable que en el món occidental no hi hagi avui un altre principi de tanta importància com el que afirma l'autonomia dels ciutadans i del metge a l'hora de prendre decisions responsables després de respectar la decisió del seu pacient lliurement informat.

Promoure de manera efectiva l'autonomia del pacient i el seu dret a una informació de qualitat, precisa inexcusablement preservar i cuidar l'autonomia i la independència del metge. Els pacients tenen dret a decidir lliurement per l'opció que desitgin en relació a la seva pròpia salut. Per a això han d'estar convenientment informats i assessorats per professionals ben formats i informats sobre la base de l'evidència disponible que lliurement ofereixen els seus coneixements, recomanacions i opinions als pacients i societat en general i que a més es comprometen amb el que recomanen. L'autonomia professional és imprescindible per ajudar els pacients a prendre decisions informades i d'altra banda permeten que els metges puguin rebutjar peticions de pacients o familiars injustificades o que atempten contra la bona pràctica. En conseqüència, el ciutadà és lliure per a demanar l'assistència que necessita i que considera necessària, els pacients són autònoms i lliures per decidir, després de ser informats convenientment, el que més els convé en relació a



la seva salut. I els metges som autònoms i lliures per oferir als pacients i ciutadans en relació a la cura de la seva salut i qualitat de vida, el necessari, potser, de la millor manera i al millor preu.

L'autonomia professional és imprescindible per ajudar els pacients a prendre decisions informades i d'altra banda permeten que els metges puguin rebutjar peticions de pacients o familiars injustificades o que atempten contra la bona pràctica

La relació d'agència en l'exercici de la medicina

Una agència és un lloc, o un moment, on dues persones intercanvien informació, objectes o béns de consum. A l'agència hi ha un venedor o un proveïdor, que li explica al comprador les característiques de l'objecte o servei que desitja i naturalment el que val, o el preu que ha de pagar per adquirir-lo. Els temps estan canviant per a les relacions entre el metge i el seu pacient. Quan es discuteix, per exemple, sobre les opcions possibles per tractar les fractures del coll del fèmur d'un pacient determinat, tots hem d'estar d'acord (perquè ho exigeix la llei i la Deontologia) en la necessitat d'informar el pacient o, si de cas a la família, dels pro i contra de cadascuna de les possibilitats de tractament. Aquesta informació que explica i lliura el metge al seu pacient, que l'ajuda a decidir l'opció que més li convé tant d'un mètode ben sigui diagnòstic, terapèutic o quirúrgic és el que s'anomena 'relació d'agència'.

A la vida corrent quan un client va a una agència sol tenir una idea clara i prèvia del que vol

adquirir. S'informa abans i durant l'entrevista amb el venedor i decideix lliurement d'acord amb les seves preferències, o a la seva capacitat adquisitiva, si compra o no l'objecte o el servei. Això és el que es coneix en economia com una 'relació d'agència' normal, perfecta o simètrica. Però què passa en medicina? La diferència d'informació de què disposa en aquest cas el pacient (client) i el metge (proveïdor) és tan gran que el pacient, sol haver d'admetre (adquirir/permitre/decidir) el que el metge li diu, li aconsella o recomana. És el que s'anomena 'relació d'agència imperfecta', és a dir, s'estableix una relació entre el metge i el pacient amb gran asimetria de coneixements entre tots dos. És difícil trobar en una altra activitat de la vida una situació tan asimètrica, però alhora tan important en conseqüències. Perquè en aquesta relació les conseqüències per a la salut de les decisions equivocades poden ser greus i sovint el pacient disposarà d'una altra oportunitat. Ens trobem en suma amb una relació d'agència on el metge (proveïdor) serà en bona part el major responsable tant de l'oferta com de la demanda. Cal que el metge en la seva relació amb el pacient realitzi un esforç per procurar en cada cas que aquesta asimetria sigui la menor possible. D'aquesta relació es desprèn d'una banda la necessitat de mantenir i reforçar els vincles de confiança entre el pacient i el seu metge i de l'altra garantir que el metge sigui independent i lliure per oferir la seva opinió i les propostes diagnòstiques i terapèutiques.

Comunicació i medicalització de la vida

Tot el relacionat amb la salut individual i col·lectiva adquireix en la societat actual una rellevància extraordinària. La medicalització



(qüestions quotidianes o pròpies de la vida busquen resposta a la medicina) i la medicamentació de la vida (processos quotidians que originen desplaer busquen i obtenen un medicament) és exagerada i no sembla tenir fi. Els mitjans de comunicació amb el suport dels professionals sanitaris tenen un paper determinant en la construcció de l'estat d'opinió sobre tot el relacionat amb la salut i especialment amb l'assistència sanitària. La llibertat i autonomia del metge, des de la responsabilitat legal i deontològica que se'ls exigeix, són fonamentals i constitueixen un determinant fonamental a l'hora d'oferir informació fiable i fonamentada a la població general sobre tot el relacionat amb la seva salut i qualitat de vida.

La medicalització i la medicamentació de la vida quotidiana induïda i provocada pels incentius de la indústria farmacèutica i tecnològica, amb la col·laboració de sectors professionals i la tolerància de sectors polítics i econòmics, fa molt difícil de contrarestar. Les dues utilitzen inútilment gran quantitat de recursos i energia sanitària, generen i indueixen demanda de tecnologia i medicaments innecessaris que augmenta la pressió sobre el metge, altera la dinàmica de la relació metge-pacient, i és causa de riscos greus evitables per als pacients.

La formació, avaluació i investigació

A la dècada dels setanta del segle passat, els hereus de Percival i Cabot, van considerar que la millor evidència per conèixer l'efectivitat de les intervencions l'aporten els estudis probabilístics i la investigació. Sorgia així el que posteriorment es va definir com a medicina basada en l'evidència i amb ella les guies de pràctica clínica que contravenien la forma tradicional de la pràctica

mèdica, fins llavors basada en l'experiència individual acumulada. El compromís de promoure la millor qualitat reforça la confiança de la societat en la professió mèdica legitimant la seva autonomia per autoregular-se. La pràctica clínica sobre la base de la millor evidència disponible beneficia els pacients i a la societat. Però també la professió mèdica legitima i reforça amb resultats la seva capacitat per autogovernar-se i autoregular-se.

El compromís de promoure la millor qualitat reforça la confiança de la societat en la professió mèdica legitimant la seva autonomia per autoregular-se

L'avaluació contínua de l'exercici professional s'ha d'utilitzar en benefici dels pacients per tal d'assegurar-los la qualitat contínua de l'atenció prestada per metges competents. Dins d'aquesta preocupació hi ha també la necessitat de supervisar els avenços en la medicina científica i la utilització de mètodes terapèutics segurs i efectius no subjectes a interessos aliens al pacient. Igualment els assajos clínics han de complir com a mínim les normes de protecció requerides per la Declaració d'Hèlsinki de l'WMA que han d'excloure les teories científiques dubtoses per ser aplicades en pacients.

Les limitacions econòmiques

Les limitacions econòmiques sempre presents en relació a la cura de la salut mereixen consideració des de dos vessants ben diferents i contraposades on l'autonomia i independència



del metge té una importància definitiva. D'una banda, cal recordar sempre que, sent cert que els recursos són finits i els recursos per millorar les sensacions de salut i benestar tendeixen a l'infinit, és èticament necessari que el metge, després d'oferir al pacient el que tècnica i èticament consideri necessari per preservar la seva salut, ha d'introduir el sentit econòmic en les seves decisions. Les limitacions en els serveis públics i prestacions de salut, així com l'establiment de prioritats en els mateixos, especialment quan són gratuïts en el moment de la demanda, són fonamentals per garantir la supervivència dels serveis públics i que aquests puguin continuar distribuint riquesa i seguretat en salut en condicions d'equitat. Aquestes limitacions financeres o l'augment injustificat de costos de medicaments i tecnologia poden provocar que les administracions sanitàries interfereixin en l'autonomia clínica en tractar d'imposar regles i limitacions contra l'evidència científica i les normes deontològiques de la professió mèdica.

D'altra banda passa que les polítiques de retallades i reducció de costos indiscriminats, s'apliquen especialment sobre la població i els àmbits de la cura de la salut on són més fàcils d'aplicar, erosionant l'autonomia del metge per exercir la seva professió: salaris baixos, distribució inequitable de pressupostos i recursos entre el rural i l'urbà, entre l'atenció primària i l'hospital, disminució del temps d'atenció necessari a cada pacient, manca d'equitat per accedir a mètodes diagnòstics i tractaments o als especialistes mitjançant llistes d'espera ... tot resta qualitat en l'atenció del pacient en fer-ho també a la independència i autonomia efectiva del professional.

Les limitacions financeres o l'augment injustificat de costos de medicaments i tecnologia poden provocar que les administracions sanitàries interfereixin en l'autonomia clínica en tractar d'imposar regles i limitacions contra l'evidència científica i les normes deontològiques de la professió mèdica

Importància per al pacient, el professional i la societat

L'autonomia professional i la independència clínica del metge són elements substancials per a la millor relació metge-pacient; d'ells dependrà la bona pràctica mèdica amb el millor servei al pacient. La societat concedeix aquesta prerrogativa a la professió mèdica en el seu conjunt, no al professional com a individu. D'aquí es desprèn la necessitat que la professió mèdica, com a col·lectivitat, s'encarregui de la responsabilitat de regular l'autonomia i llibertat d'exercici mèdic de tots i cadascun dels seus membres. En conseqüència, l'autonomia i independència que justifiquen la llibertat d'opinió i de prescripció de la professió mèdica, no són valors absoluts que permetin dirimir els problemes amb la seva sola apel·lació i davant de qualsevol decisió justificar el comportament del metge. L'autonomia professional i la independència del metge estaran limitats per l'evidència científica, els valors i les normes professionals i deontològiques de la professió mèdica. Constitueix en suma el substrat on



creixen i es mantenen els principis i valors del metge que coneixem com a professionalisme mèdic.

L'autonomia professional i la independència clínica del metge que assumeix la responsabilitat final de l'atenció del pacient ha de ser respectada per altres membres de l'equip, encara que convé recordar que quan sigui possible i en el millor benefici dels pacients els dilemes professionals és convenient que es discuteixin en sessió clínica amb absoluta llibertat i sense por a represàlies adoptant després d'això la decisió més convenient en cada cas. Rendir comptes i oferir explicacions a altres professionals en un ambient de lleialtat al pacient i sense restriccions a la llibertat professional és un acte d'extraordinari valor ètic i científic que constitueixen una garantia i seguretat per als pacients.

Autoregulació i professionalisme mèdic

El principi d'autonomia mèdica està relacionat amb el professionalisme. En un sentit ampli, el professionalisme mèdic inclou tres dimensions clau: el coneixement expert, l'autoregulació de la professió i l'obligació de subordinar l'interès propi a les necessitats, interessos i autonomia del pacient. Amb ell es respon a una necessitat social amb alta responsabilitat per al metge, que actua sota control del propi col·lectiu professional al qual pertany. Els metges han de confluïr, precisar, explicar i difondre les competències tècniques i els principis i valors amb el que es comprometen a realitzar el seu exercici professional i que coincideix amb el model d'autoregulació que representa l'Organització

Mèdica Col·legial (OMC) davant el qual han de respondre obligatòriament de la seva conducta tots els metges.

Per les característiques tant de la cura de la salut com l'exercici de la medicina, els metges necessiten un alt grau d'autonomia individual i independència per controlar els termes i les particularitats de les seves obligacions, compromisos i exercici diari. L'autonomia professional només pot mantenir-se si els metges sotmeten les seves activitats i decisions a l'avaluació crítica d'altres col·legues, i fins i tot a les opinions dels pacients. Únicament a partir d'aquest contracte entre parells, un model de col·legiació pot assumir la responsabilitat de la regulació de la pràctica mèdica. A canvi dels privilegis que resulten d'aquesta autoregulació de la professió, el model de col·legiació ha de garantir la competència i la conducta dels seus membres.

La 39a. Assemblea de la WMA celebrada a Madrid, a l'octubre de 1987, va realitzar una declaració revisada en la seva redacció al maig de 2005 establint que 'paral·lelament al dret a l'autonomia professional, la professió mèdica té una responsabilitat permanent d'autoregulació i no obstant l'existència d'altres reglaments aplicables als metges, la professió mèdica ha de prendre al seu càrrec la tasca de regular la conducta i activitats professionals del metge'.

L'OMC i amb ella els col·legis de metges són necessaris com a espais ètics i democràtics de llibertats professionals i directives, posades al servei dels pacients i del millor exercici mèdic per respondre a les exigències de l'autoregulació. Els col·legis de metges són fòrums de pensament mèdic per crear intel·ligència ètica, professional i clínica constituïts en instruments de govern de la professió mèdica, com a garantia de drets públics



essencials per a la cura de la salut de la població, posats al servei dels ciutadans, de la societat i del millor exercici mèdic.

La WMA en l'esmentada Assemblea de Madrid i en revisions consecutives declarà que 'tenir consciència de les despeses és un element essencial de l'autoregulació. L'atenció de la més alta qualitat només pot justificar-se per la certesa que el cost de tal atenció permeti que tots els ciutadans tinguin accés a aquesta atenció'. Novament, els metges estan particularment qualificats per fer les avaluacions necessàries i prendre les decisions en relació al control de despeses sanitàries. L'ús apropiat dels recursos, la introducció del sentit econòmic en les decisions dels metges i la relació ètica i eficiència estan previstos i formen part del Codi de Deontologia de l'OMC.

De forma simultània convé precisar que el control de despeses no ha de ser usat com a pretext per negar als pacients els serveis mèdics que necessiten. Aquesta obligació és recollida per la WMA quan en la Declaració de Madrid es recull que les organitzacions que la integren 'han d'establir un sistema d'autoregulació professional que realzi i asseguri el dret del metge de tractar els seus pacients sense interferència en el seu judici i discreció professional. La qual cosa és recollida en l'actual Codi de Deontologia en el capítol IV sobre qualitat de l'atenció mèdica'. Correspon també a l'OMC promoure, juntament amb l'autonomia i independència dels seus membres, una conducta deontològicament correcta al llarg de tota la seva activitat professional i igualment el coneixement del Codi de Deontologia i de la seva participació en l'actualització periòdica dels seus continguts.

Implicacions en el quefer diari

La necessitat de protegir la independència i autonomia de la pràctica mèdica del desinterès de possibles polítiques socials o dels abandonaments econòmics generadors de manca d'equitat o dels interessos econòmics infinits de l'ànim de lucre, especialment dels fons inversors en el sector salut, obliga a respectar i exigir els mecanismes d'autoregulació i control que la mateixa professió ha d'establir. La regulació implícita al Codi de Deontologia preveu aquelles circumstàncies que suposen desviacions o abusos de l'autonomia i independència individual motivada per interessos o incompetència. I així l'autoregulació constitueix una eina per crear intel·ligència clínica professional i ètica que beneficia a l'una al pacient i a la bona pràctica mèdica. En suma, no és possible entendre i parlar de professionalisme, ni de valors i principis dels metges sense les garanties d'independència i autonomia responsable de la professió mèdica en el seu conjunt i dels individus que la integren.

Conseqüències de la seva falta de consideració

L'indústria farmacèutica és meritòria quan investiga i fabrica medicaments de moderada o alta rellevància clínica a un preu socialment just. Però no ho és quan realitza funcions impròpies, quan s'exagera o només ofereix els resultats positius de la investigació i minimitza els riscos dels seus medicaments o oculta els resultats no favorables, quan altera la lleialtat



del metge amb el seu pacient, quan fomenta la medicalització de les persones sanes, dificulta la formació independent i sòlida dels metges. L'intent de control extern de la professió mèdica per part d'interessos econòmics especialment promoguts per la gran indústria farmacèutica i tecnològica juntament amb la insaciable extensió de l'assistència sanitària per les asseguradores obliga a respondre adequadament per evitar que l'exercici professional sigui controlat i delimitat per elles en pro d'un major benefici econòmic i d'una pràctica mèdica allunyada de les respostes professionals per al millor interès dels pacients i de la societat.

Beneficis individuals i col·lectius de la seva correcta observació

La medicina és una empresa moral, una professió en la qual els membres gaudeixen d'autonomia i independència professional com a adscrits a bones pràctiques clíniques i a un codi deontològic que inclou un conjunt de principis de lliurament al pacient, de respecte pels altres col·legues i d'honestedat i idoneïtat professional

La medicina és una empresa moral, una professió en la qual els membres gaudeixen d'autonomia i independència professional com a adscrits a bones pràctiques clíniques i a un codi deontològic

que inclou un conjunt de principis de lliurament al pacient, de respecte pels altres col·legues i d'honestedat i idoneïtat professional. Principis que són les bases del professionalisme mèdic i els fonaments del contracte social entre la medicina i la societat. La dispersió de la regulació dels diferents aspectes vinculats a la pràctica professional en diferents organismes i decisors dificultaria el tractament integral que ha de tenir tot el quefer mèdic. Per això amb la col·legiació universal i la participació democràtica dels metges, organitzada sobre les pautes del professionalisme, funciona com una reassegurança de la qualitat d'atenció de la població.

El control intern de la qualitat inclou qüestions tan rellevants com la certificació i la recertificació professional que van ser aprovades en l'Assemblea General de l'OMC, realitzada pels col·legis, posades en marxa des de fa més d'una dècada i denominada validació periòdica de la col·legiació (VPC) i més recentment, en col·laboració amb les societats científiques, la VPCr, que unia a la VPC dels col·legis la recertificació de la competència realitzada per les societats científiques als seus membres. Tant la VPC com la VPCr són mecanismes de control intern de la qualitat d'atenció i de la bona pràctica professional el desenvolupament de les quals considerem insuficients en l'actualitat.

Formen part del mecanisme de control intern, l'aplicació adequada de la innovació en la pràctica clínica i la medicina preventiva fonamentada en l'evidència i en la relació cost-eficàcia de les actuacions mèdiques i amb elles el debat, discussió honesta i proposta de correcció dels conflictes d'interessos de les innovacions a la pràctica de rutina. Igualment cal l'avaluació crítica



de la valoració de les actuacions dels metges en els expedients deontològics. Nota destacada mereixen les estratègies decidides per a la comunicació d'errors i efectes adversos.

Missatges finals

L'autonomia mèdica és una prerrogativa que la societat li confereix a la professió, no al metge individual, davant la qual cosa la professió en el seu conjunt ha de respondre amb una autoregulació eficaç basada en estàndards obligatoris per a tothom.

L'autonomia professional i la independència clínica del metge són elements substancials per a la millor relació metge-pacient, per a una bona pràctica mèdica de les que depèn el millor servei al pacient i a la societat.

No és possible entendre i parlar de professionalisme, ni de valors i principis dels metges sense les garanties d'independència i autonomia de la professió mèdica en el seu conjunt i dels individus que la integren

Avui com sempre els metges han de seguir establint o renovant les seves millors pràctiques basades en l'evidència disponible, mitjançant la revisió permanent dels mecanismes d'autoregulació entre els quals destaquen les guies de bona pràctica i el sistema d'acreditació professional (VPC i VPCr).

Les activitats professionals i les conductes dels metges han de respectar sempre el Codi de Deontologia Mèdica.

Bibliografia

- Borracci RA, Mauro VM. El profesionalismo médico, los modelos de regulación y la autonomía profesional. *Revista Argentina de Cardiología* 2015; 83: 241-3.
- Dodds TA. Richard Cabot: medical reformer during the progressive era (1890-1920). *Ann Int Med* 1993; 119: 417-22.
- Guyatt G, Cairns J, Churchill D; Evidence-based Medicine Working Group. Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992; 268: 2420-5.
- Jonsen AR. *A short history of medical ethics*. New York: Oxford University Press; 2000.
- Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ* 2002; 324: 886-91.
- Organización Médica Colegial. Código de deontología médica. Madrid; 2011. URL: https://www.cgcom.es/codigo_deontologico/files/assets/basic-html/page-1.html#. [23.06.2019].
- Organización Médica Colegial. Validación periódica de la colegiación. URL: https://www.cgcom.es/val_pc. [23.06.2019].
- Organización Médica Colegial. Validación periódica de la colegiación. 2016. URL: <https://www.cgcom.es/sites/default/files/vpc/files/assets/basic-html/page-1.html#>. [23.06.2019].



Autoregulació de la professió mèdica: una activitat compromesa i gens fàcil

ARCADI GUAL SALA



Arcadi Gual Sala

Ex president de la Fundació Educació Mèdica, FEM

Director de SEAFORMEC

Nascut a Barcelona el 1950, és llicenciat en Medicina i Cirurgia per la Universitat de Barcelona i doctor per la Universidad de Valladolid. Neurocientífic, és catedràtic de Fisiologia a la Facultat de Medicina i Ciències de la Salut de la Universitat de Barcelona. El seu treball d'investigació gira a l'entorn de l'estudi dels quimiorceptors arterials, dels canals iònics i dels mecanismes fisiopatològics de la pressió intraocular i el glaucoma. El seu interès per la formació en ciències de la salut l'ha portat a fundar la revista *Educació Mèdica* en el si de la Fundació *Educació Mèdica* i a presidir el patronat d'aquesta fundació.

Els seus primers passos acadèmics els va realitzar a la Universidad de Valladolid (1974-78), des d'on es va traslladar a la University of Utah (1980-81 i 1982-84), fins que va organitzar i va posar en marxa el Laboratori de Neurofisiologia de la Universitat de Barcelona. En l'actualitat és professor de Fisiologia i director del Departament de Biomedicina a la Universitat de Barcelona i acadèmic numerari de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya.

El seu interès en la gestió de l'educació mèdica el va portar a dirigir el Departament d'Educació Mèdica de l'Institut de Salut Carlos III (2001-2004), a ostentar càrrecs en la direcció de la Societat Catalana d'Educació Mèdica i de la Societat Espanyola d'Educació Mèdica, a dirigir durant més de 15 anys la revista *Educació Mèdica* i a organitzar durant quasi 20 anys trobades temàtiques de formació en ciències de la salut a l'Escola de Salut Pública de Menorca; i en el professionalisme mèdic ha generat nombroses col·laboracions amb els col·legis professionals, amb el Consell General de Col·legis de Metges, com també amb nombroses societats científiques i amb la Federació d'Associacions Científic Mèdiques Espanyoles. Actualment dirigeix el Consell Professional Mèdic Espanyol d'Accreditació per al DPC/FMC, conegut amb l'acrònim de SEAFORMEC.

Publicacions

Palés J, Cardellach F, Estrach MT, Gomar C, Gual A, Pons F, et al. Defining the learning outcomes of graduates from the medical school at the University of Barcelona. (Catalonia, Spain). *Med Teach* 2004; 26: 1-5.

Gual A, Oriol-Bosch A. La World Federation for Medical Education (WFME) auspiciadora de Educación Médica Internacional. *Educ Med* 2005; 8: 1-2.

Bruguera M, Gual A. Retos del desarrollo profesional continuado y la regulación de la profesión médica. *Educ Med* 2006; 9: 193-200.

Gual A. La responsabilidad del continuum educativo en la formación de los médicos. *Educ Méd* 2007; 10: 5.

Palés J, Gual A. Medical education in Spain: status and new challenges. *Med Teach* 2008; 30: 365-9.

Gual A, Palés-Argullós J, Nolla-Domenjó M, Oriol-Bosch A. Proceso de Bolonia (III). Educación en valores: profesionalismo. *Educ Med* 2011; 14: 73-81.

Gual A. Aprender a ser médico: una responsabilidad social compartida. Barcelona: Fundación Educación Médica; 2012. p. 154.

Gual A. Regulación de la profesión médica. Barcelona: Fundación Educación Médica; 2015. p. 148.

Palés J, Gual A, Escanero J, Tomás I, Rodríguez-de Castro F, Elorduy M, et al. Educational climate perception by preclinical and clinical medical students in five Spanish medical schools. *Int J Med Educ* 2015; 8: 65-75.

Palés J, Gasull X, Soto D, Comes N, Nolla-Domenjó M, Gual A. Introduciendo el profesionalismo médico en etapas precoces del currículo de medicina: un curso para alumnos de primer año del Grado de Medicina. *FEM* 2017; 20: 1-4.

Autoregulació de la professió mèdica: una activitat compromesa i gens fàcil

Definició i justificació de l'autoregulació (mèdica)

Capacitat de la professió mèdica d'establir normes/codis de regulació que comprometen a tots els seus components; ser responsable de les accions i conducta dels metges en relació a les normes/codis autoimposats per la pròpia professió.

Encara que sigui coneguda la diferència entre Llei i Codi, cal recordar, seguint a Victòria Camps, que la llei regula els deures perfectes o públics, universals i exigibles a tota la ciutadania i que, per contra, el codi regula els deures imperfectes o privats, que un mateix o un col·lectiu es pot exigir, però que no es poden imposar a altres ni aquests et poden exigir.

Que els metges, s'autoregulin, ha de tenir un límit o, almenys, ha d'estar fixat per un criteri de consens. De no tenir-lo, es parlaria de corporativisme

A més, que un col·lectiu, en aquest cas els metges, s'autoregulin, ha de tenir un límit o, almenys, ha d'estar fixat per un criteri de consens. De no tenir-lo, es parlaria de corporativisme i no d'autoregulació. Autoregular no vol dir que cada un, cada col·lectiu, pugui actuar al seu gust; en una societat democràtica, el que un col·lectiu s'autoreguli, el que un col·lectiu es doni regles o estableixi codis propis, és socialment acceptable sempre que els criteris i les polítiques d'aquests codis es dirigeixin en pro de l'interès comú. En aquesta ocasió, i molt especialment, ens referim a l'interès comú dels pacients i per extensió de la ciutadania (Victòria Camps, *Una vida de qualitat*, 2001). Per descomptat, aquest principi general no ha d'impedir que aquests codis facilitin la vida laboral dels propis metges; el metge ha d'entendre que les normes autoimposades no només no són una cotilla, sinó que li indiquen el camí a seguir i que per tant li faciliten la feina.



La regulació de la professió mèdica, l'estat i la ciutadania

A tots els nivells, i en el de la professió mèdica en particular, es necessiten menys lleis i major autoregulació

Cal insistir que no tota conducta pot ser regulada per llei. En el nostre entorn sociocultural, no només a Espanya, els estats han avançat i segueixen avançant en la seva capacitat reguladora, que en moltes ocasions no sembla tenir límit. A diferència de la cultura anglosaxona, a la nostra societat civil li costa imposar regles o límits al marge de l'estat. Però, és possible establir regles al marge de l'estat? Quins són els límits? Qui ha de definir-los? La resposta, en un entorn social democràtic, sembla senzilla: la pròpia ciutadania. És la societat civil la que hauria de treballar tant en pro de l'autoregulació com en pro de la desregulació. La ciutadania pot i ha de consensuar normes de conducta i promoure comitès conjunts que regulin (amigablement) les actuacions de dos o més col·lectius. La nostra convivència hauria d'estar regulada (autoregulada) més 'al detall' (per normes/codis) que a 'l'engròs' (per lleis). A tots els nivells, i en el de la professió mèdica en particular, es necessiten menys lleis i més autoregulació.

És possible que la inclusió en aquesta monografia de l'autoregulació com a 'valor' del metge pugui col·lisionar amb qui considera l'autoregulació no com un valor

sinó simplement com una responsabilitat dels professionals. Fins i tot hi haurà qui qualifiqui l'autoregulació com un 'privilegi', concepte que, entrats en el primer quart del segle XXI, hauria de ser eradicat. Aquestes discrepàncies fan necessari manifestar amb contundència que en cap cas autoregular-se és un privilegi, i que s'ha de considerar més aviat una responsabilitat, de vegades ingrata. Potser autoregular-se no sigui en si mateix un valor professional, però el que sens dubte és un valor del metge és assumir aquesta responsabilitat. La seva finalitat última, i d'alguna manera en el que es fonamenta la seva exigència, no és altre que assegurar la millor atenció del pacient. Atès que la finalitat de l'autoregulació és perseguir 'el millor per al pacient', i sent la seva pràctica difícil i arriscada, s'ha d'apreciar l'autoregulació com un valor del metge que és capaç d'actuar seguint les normes del seu codi i tot en situacions que poden no ser-li còmodes, però sempre en benefici del pacient. És sens dubte qualificable de 'valor' el que el metge, individualment, assumeixi en la seva pràctica clínica la baula irremplaçable que li correspon en el procés corporatiu d'autoregulació.

L'autoregulació no és per tant un 'valor', sinó un procés; el que és un 'valor' del metge és assumir la responsabilitat de participar en l'autoregulació col·legial

L'autoregulació no és per tant un 'valor', sinó un procés; el que és un 'valor' del metge és assumir la responsabilitat de participar en l'autoregulació col·legial.



L'autoregulació en el si de les professions

Si bé aquest capítol no aborda el concepte de 'professió', és difícil no referir-se a aquest concepte en tant que l'autoregulació es dona fonamentalment en el marc de les professions i molt específicament en el de la professió mèdica. El paper de les professions en la societat pot tenir diferents interpretacions, encara que aquí es contemplarà la que segurament és la més tradicional: la 'interpretació funcionalista'. És cert que la societat requereix els serveis que ofereixen els professionals (salut, justícia, educació, equitat, o fins i tot la religió), però també demanda de ser protegida dels xarlatans que no posseeixen la perícia que pregonen o dels que abusen del seu coneixement i possible monopoli. Per això és necessari que els professionals es constitueixin en grup, en un organisme professional, assumint la responsabilitat de registrar els seus membres, avaluar-los si és el cas i expedientar els responsables d'un exercici negligent de la professió; el cos professional, el col·legi de metges, ha de protegir a la ciutadania tant dels no qualificats com de l'abús per part dels seus propis membres (R.W. Perks, *Accounting and society*, 1993).

Aquesta interpretació funcionalista de les professions fa emergir almenys dos elements necessaris de les mateixes: l'existència del grup, el col·legi en el cas de la professió mèdica, i l'autoregulació com un element consubstancial per exercir la seva funció, que no és altra que la protecció del ciutadà i, si és el cas, del pacient.

Àmbit en el qual es desenvolupa el valor de l'autoregulació

Dels tres grups de valors que conformen aquesta monografia (valors del metge com a persona, valors del metge com a metge i valors de la professió), l'autoregulació figura en el tercer d'ells, el dels 'valors de la professió' que ha d'assumir el metge. Per tant, es podria dir que l'autoregulació és un valor que al metge li ve impositat i que ha d'assumir si vol formar part del gremi, del grup, de la corporació. En el nostre entorn aquest col·lectiu, no és, ni més ni menys, que les organitzacions mèdiques col·legials, és a dir, els Col·legis de Metges i el seu Consell General.

Acceptarem com a axioma, i per tant no ho sotmetrem ni a discussió ni a valoració, que l'autoregulació és una característica consubstancial de les professions en general i de la professió mèdica en particular; és a dir, l'autoregulació forma part de les característiques que de forma majoritària s'han considerat consubstancials perquè una activitat laboral es consideri professió (Taula)..



Taula. Indicis o senyals per al trànsit de metge cap a l'excel·lència moral

Autoexigència ètica:

- Recerca de l'excel·lència professional
- Esperit de servei (anteposant l'interès del pacient al del propi metge)
- Reconeixement de l'autonomia i drets del pacient/ciudadà
- Compassió (sentir compassió exigeix un verb transitiu, fer alguna cosa, no es tracta només de 'patir amb el dolgut', sinó fonamentalment de 'millorar el seu dolor')

Sentiment de grup (estructura corporativa)

- Normes pròpies de conducta / Codi deontològic
- Autoregulació / Garantia de qualitat (ISO)

Coneixements específics (d'alta complexitat)

- Autonomia en l'àmbit laboral

Reconeixement social (valor percebut de servei per i cap a la societat, la seva falta o la seva pèrdua podria indicar una pèrdua d'excel·lència moral)

Components de l'autoregulació

La pròpia definició d'autoregulació posa de manifest dos components. El primer (capacitat d'establir normes de la professió mèdica) es palesa fonamentalment en el codi deontològic i incumbeix definir-lo, redactar-lo i controlar el seu compliment a la pròpia corporació, que s'encarrega de definir, modificar i actualitzar les normes que el grup (el col·legi) es dona a si mateix. No obstant això, el segon component de la definició (ser responsable de les accions i

conducta dels metges en relació a les normes/codis autoimposats) afecta també a la corporació, però, i molt específicament, afecta cada un dels metges que formen part de la corporació (del col·legi), a tots i cada un dels metges de manera individual i particular. És l'equip de govern col·legial el que finalment exerceix la capacitat sancionadora d'una proposta/denúncia concreta. Però, no és la corporació en abstracte, ni és l'equip de govern del col·legi, qui desplega una vigilància policial sobre el compliment de les normes deontològiques. És responsabilitat de cada un dels professionals, estar atents a com actua, treballa, atén, cuida o cura un company, un metge. Si el nostre fill o filla, si la nostra esposa o espòs, obren incorrectament, no els corregim? No els expliquem com han de fer tal o qual cosa? No és la nostra obligació ajudar-los? Doncs bé, si el nostre company, el nostre germà o germana de professió té algun problema, no es mereix també la nostra ajuda?

És responsabilitat de tot titulat en medicina, un cop comença el seu exercici professional, plantejar-se què representa l'autoregulació en el dia a dia de la seva pràctica. Per donar resposta a aquesta qüestió, en primer lloc, deu reflexionar sobre si la seva activitat s'ajusta als codis als quals s'ha compromès i, en el cas que no s'ajustin a dret, haurà de posar remei com més aviat millor. Però això no és tot. És també responsabilitat de tot metge observar en el seu entorn si els companys exerceixen i estan compromesos amb les normes i codis de la seva corporació. L'administració en general i la sanitària en particular, entén que algú que tingui el títol de metge és metge. No obstant això, la corporació professional (el grup, el gremi, el col·legi) no pot limitar-se a acceptar el títol (la credencial, el cartró) de metge per decidir si és, o no, admès en



el grup. Si es disposa de la credencial de metge, però no s'actua adequadament perquè no s'aplica de forma correcta l'art i els coneixements de la professió, ja sigui perquè s'exigeixen contrapartides desproporcionades, perquè no s'actualitzen els coneixements, o perquè no es respecta ni es té cura del pacient, la corporació podrà dictaminar que, tot i que es posseeix el títol formal de metge, el que així actua no forma part del col·lectiu, no és dels nostres. Seguir sent dels nostres no és gratuït. Exigeix formació, respecte i compromís.

Si es disposa de la credencial de metge, però no s'actua adequadament, la corporació podrà dictaminar que, tot i que es posseeix el títol formal de metge, el que així actua no forma part del col·lectiu, no és dels nostres

Com som nosaltres els metges? Com s'observa en la taula, es podria dir que els metges disposen de coneixements específics d'alta complexitat, que mostren esperit de servei i busquen l'excel·lència, que compleixen amb els codis de la seva corporació professional i que anteposen el bé del pacient com a premissa de qualsevol actuació. Però, què passa si un metge no es forma, no actualitza les seves competències, si no atén bé al pacient, si no cura ni té cura com ho hauria de fer? Em refereixo a què passa si jo sóc conscient que un company incompleix amb els seus deures professionals. Ho diré d'una altra manera: què passa si sóc conscient que un metge no és dels nostres? He de callar? Cal esperar a veure què passa? Mirar a un altre costat? Suposar que algú farà alguna cosa?, o, he de protegir al company? Es podria argumentar a favor o en contra de qualsevol d'aquestes actituds si no existís un

perjudici per a un tercer, el pacient. Per això, davant d'una situació en què estigui compromesa l'atenció d'un pacient, algú ha d'aixecar la veu per dir: tu no actues d'acord amb el nostre codi, tu no ets dels nostres. Això és implicar-se en el procés de l'autoregulació professional.

Què passa si sóc conscient que un metge no és dels nostres? He de callar? Cal esperar a veure què passa? Mirar a un altre costat? Suposar que algú farà alguna cosa?, o, he de protegir al company?

La qüestió rellevant és que entre les responsabilitats del *Codi de deontologia mèdica* (CDM) i també en *El bon quefer del metge* (BQM) es troben dues accions, una relativament fàcil i una altra sempre difícil. La primera no és altra que identificar les conductes professionals de companys que no s'ajusten als codis que la pròpia corporació professional ha establert. La segona, la difícil, és, enfront de les conductes antiprofessionals detectades, actuar. Què cal fer en reconèixer en un company algun tipus de mala praxi? Seria fàcil, però erroni, plantejar la qüestió en termes negatius, és a dir, acusar al company. No obstant això, no es tracta d'acusar sinó de protegir al pacient i, a més, de mantenir i consolidar la reputació de la corporació professional. Alhora, de forma genèrica, s'ha de promoure el millor desenvolupament professional de tot metge. Totes elles són accions positives que requereixen activisme polític per estimular el bon desenvolupament professional del metge.

No es pot ser aliè a la complexitat que representa implicar-se en el procés de l'autoregulació mèdica. Ja s'ha exposat que no es tracta d'acusar,



sinó de buscar el millor camí per posar remei. No podem perdre de vista que el motor del procés no és altre que el benestar del pacient. *L'acusica* mai ha tingut bona premsa i tampoc ha de reivindicar-se en aquest procés. Els passos a donar, més o menys modulats per les diferents circumstàncies i per la gravetat de la situació concreta, seguiran sempre el mateix esquema genèric: primer parlar amb el company i després, si no es resol el problema, s'iniciaran altres accions, ja sigui consultar amb el col·legi, o consultar amb altres companys o superiors de la seva activitat clínica (el cap de servei o el que correspongui). En darrer lloc, quan han fracassat totes les vies, haurà de ser l'autoritat sanitària, la direcció del centre, de la institució, etc. la que afronti el problema. Per a tots els intervinents la qüestió no és sancionar al metge sinó oferir-li amb la major celeritat el millor remei possible.

Tant el metge com la corporació (el col·legi) han d'adquirir major visibilitat com a defensors de la qualitat de l'atenció sanitària

En aquest sentit, tant el metge com la corporació (el col·legi) han d'adquirir major visibilitat com a defensors de la qualitat de l'atenció sanitària que presten els metges. No és qüestió només de la institució, de la gerència, de la direcció, de l'administració sanitària, dels polítics. La cadena de la qualitat comença en el propi metge. Avui les normes sobre el control de qualitat han florit en totes les institucions. El concepte 'control de qualitat' és àmpliament reconegut, defensat i acceptat. No obstant això, el procés d'autoregulació, que no és més que una forma

de 'control de qualitat', no es visualitza amb entusiasme. Assumir aquesta responsabilitat no genera rauxa. Per això, els responsables del col·lectiu, els col·legis, han de treballar en pro que la implicació del metge en l'autoregulació sigui fàcil, factible, no generi tensions i demostrï que es busquen solucions que satisfacin al metge, a la institució i sempre beneficiïn el pacient.

Bibliografia

- Aristóteles. *Metafísica*. Madrid: Gredos; 1998.
- Aristóteles. *Ética a Nicómaco*. Madrid: Instituto de Estudios Constitucionales; 2002.
- Camps V. *Una vida de calidad. Reflexiones sobre bioética*. Barcelona: Crítica; 2001.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. *Código de deontología médica*. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos; 2017.
- Cortina A. *Valores morales y comportamiento social. En El siglo XX: mirando hacia atrás para ver hacia delante*. Papeles de la Fundación 2001; 60: 319-45.
- Gual A, Monés J, coord. *El buen quehacer del médico*. 3 ed. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos; 2017.
- Monés J. *Manual de ética y deontología médica*. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos; 2012.
- Perks RW. *Accounting and society*. London: Chapman & Hall; 1993.







— 16 —

Compromís

ANTONIO OTERO RODRÍGUEZ



Antonio Otero Rodríguez

Ex president de l'Il·lustre Colegio Oficial de Médicos de Valladolid

Membre de la Comissió Central de Bioètica de la Conselleria de Sanitat de la Junta de Castella i Lleó
Regidor de Salut Pública i Seguretat Ciutadana de l'Ajuntament de Valladolid

Nascut a Cangas del Narcea, Astúries, el 1957, és metge per la Facultat de Medicina de la Universidad de Valladolid, especialista en Medicina Familiar i Comunitària.

Va ser metge de l'EAP La Victoria de Valladolid (1987-1998), i des de 1998 fins al juny de 2019, ho va ser a l'EAP de Gamazo, de Valladolid.

Va ser vicepresident de la Societat Espanyola de Metges d'Atenció Primària (SEMERGEN) de 2004 a 2008, codirector de l'Institut de bioètica i humanitats mèdiques de la Fundació SEMERGEN de 2008 a 2010, president de l'Il·lustre Colegio Oficial de Médicos de la província de Valladolid de 2010 a 2018 i membre de la Comissió Central de Bioètica de la Conselleria de Sanitat de la Junta de Castella i Lleó de 2016 a 2019.

És acadèmic corresponsal de la Real Academia de Medicina i Cirugía de Valladolid des de 2009.

Té nombroses publicacions i ha participat en taules rodones com a ponent i conferenciant sobre assumptes relacionats amb la medicina clínica des de l'àmbit del primer nivell d'atenció, la gestió sanitària, l'ètica i les humanitats mèdiques .

Publicacions

Otero JA. No hay día que no reniegue de la profesión. Revista Médica 2014; 182. <http://www.rmedica.es/edicion/182/jose-antonio-otero> [Fecha de última consulta: 29.08.2019].

Otero JA. Me pongo donde se me espera. En VPC Validación Periódica de la Colegiación. Valencia: COMV; 2016. p. 3.

Otero JA. Editorial. Axis, Revista del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Valladolid 2016; Julio: 3.

Otero JA. Cuando ya sabemos las respuestas nos cambiaron las preguntas. Último Cero; 2017. <https://ultimocero.com/opinion/2017/06/30/cuando-ya-sabamos-las-respuestas-nos-cambiaron-las-preguntas/> [Fecha de última consulta: 29.08.2019].

Compromís

És per ventura el compromís una qüestió optativa per als metges?

No se li va passar pel cap al Dr. Rieux (*La pesta*, d'Albert Camus) abandonar la ciutat d'Orà quan van començar a morir els primers afectats. Entenia el compromís com la disposició a compartir la malaltia, el dolor i la mort. 'Estimar o morir junts, no hi ha una altra solució', reflexionava mentre escoltava en la ràdio les mostres de suport d'altres ciutats.

Definició

Entenem per compromís una obligació contreta, una paraula donada, contracte, deure, confiança; encara que també pot significar una situació difícil o incòmoda, en aquest document ens referirem només a les primeres accepcions.

Tots els valors ressenyats en les pàgines anteriors estan relacionats amb aquest; no són més importants uns que uns altres, sinó que tots conformen el significat de Ser Metge: responsabilitat, honestedat, lleialtat, integritat, honradesa...

L'informe elaborat per la Fundació Educació Mèdica (FEM) per al Consell General de Col·legis Oficials de Metges de 2006, titulat *Ser metge, avui*, enumera el compromís com un dels valors propis de la professió, unit a l'altruisme, la disciplina i l'eficiència.

Antecedents històrics

Des de fa molts segles la paraula compromís ha estat molt a prop de l'exercici de la medicina

Des de fa molts segles la paraula compromís ha estat molt a prop de l'exercici de la medicina.

Se li adjudica a Maimónides, metge cordovès, que 'la medicina és art i ciència, però sobretot, és un compromís personal'. D'altra banda, durant molts segles ha tingut vigència el jurament hipocràtic i, els metges, coneixent la seva gran antiguitat, ens hem sentit orgullosos per ser reconeguts en ell. Recull el compromís que adquirim amb mestres, col·legues i pacients, de mantenir la confidencialitat, fer el bé i evitar la cirurgia quan no estigui indicada.



Declaració de l'Associació Mèdica Mundial

Més actual i adequada a la societat contemporània, és l'anomenada Declaració de Ginebra, aprovada per l'Associació Mèdica Mundial (AMA) el 1948, poc després d'acabar la Segona Guerra Mundial; i revisada posteriorment en diverses ocasions, l'última de les quals va ser en 2017, en la seva assemblea general celebrada a Chicago.

Comença dient en el seu primer punt:

- 'Com a membre de la professió mèdica em comprometo solemnement a dedicar la meua vida al servei de la humanitat'; i continua:
- 'La salut i el benestar del meu pacient seran la meua primera consideració.
- Respectaré l'autonomia i la dignitat del meu pacient.
- Mantindré el màxim respecte per la vida humana.
- No permetré que consideracions d'edat, malaltia o discapacitat, credo, origen ètnic, sexe, nacionalitat, afiliació política, raça, orientació sexual, posició social o qualsevol altre factor puguin intervenir entre el meu deure i el meu pacient.
- Respectaré els secrets que se'm confien, fins i tot després que el meu pacient hagi mort.
- Practicaré la meua professió amb consciència i dignitat i d'acord amb una bona pràctica mèdica.
- Fomentaré l'honor i les nobles tradicions de la professió mèdica.
- Brindaré als meus mestres, col·legues i estudiants el respecte i la gratitud que els correspon.

- Compartiré el meu coneixement mèdic per al benefici del pacient i l'avanç de l'atenció mèdica.
- Atendré la meua pròpia salut, benestar i habilitats per a brindar la cura del més alt nivell.
- No utilitzaré els meus coneixements mèdics per a violar els drets humans i les llibertats civils, fins i tot sota amenaça.
- Faig aquestes promeses solemnement, lliurement i pel meu honor'.

'Em comprometo i faig aquestes promeses', així comença i acaba aquesta declaració. En ella queda explícit el nostre compromís amb el pacient, amb la professió mèdica i amb la societat en general, com a dipositaris i administradors de recursos de tots, que en absolut són il·limitats. S'afegeix també un últim compromís amb l'ocupador en sentit genèric.

Es tracta d'un contracte moral implícit que s'estableix entre el professional i la societat, pel qual el metge presta els seus serveis basant-se en una relació personalitzada, de confiança i respecte mutu amb el pacient.

La crisi actual

La conversió del metge en professional assalariat per compte d'altri, unit al control burocràtic de les organitzacions sanitàries i a la constant presència de directives polítiques, posen en perill el manteniment d'aquests compromisos.

Segons indica Smith en un article del *British Medical Journal* de 1998, la societat ha atorgat



uns privilegis a la professió mèdica, com són el prestigi social i la capacitat d'autoregulació, a canvi del compromís amb la competència tècnica i els valors professionals.

Els metges podem considerar que complim en gran manera els nostres compromisos, però que la societat ho fa només parcialment doncs, encara que manifesta alts nivells de satisfacció respecte a la nostra professió, no ha legislat els mecanismes que l'autoregulen, per a permetre'ls, sol·licitar-los o exigir-los. En efecte, l'estat de dret no havia vist necessari tractar aquestes qüestions fins que el Consell General de Col·legis de Metges va presentar el seu projecte de validació periòdica de la col·legiació i recertificació; projecte que, com era d'esperar, està tenint un recorregut excessivament lent.

En opinió de Manuel del Castillo, en una tribuna publicada al *Diari Mèdic* el maig de 2008, el repte actual dels metges i de les organitzacions sanitàries està a compatibilitzar els sistemes de gestió de l'empresa moderna amb el manteniment del professionalisme, si volem que l'exercici de la medicina continuï sent una professió i no un ofici.

La determinació com a valor associat

Estar decidit a complir aquests compromisos és condició necessària perquè no quedin en paper mullat, evitant que a nivell personal o en la professió en general, vegem disminuït el nostre crèdit i prestigi.

El tractament del pacient, sigui com sigui l'especialitat de cadascun, és molt més efectiva si aquest sent que el metge té la determinació de compartir amb ell la seva malaltia

El tractament del pacient, sigui com sigui l'especialitat de cadascun, és molt més efectiva si aquest sent que el metge té la determinació de compartir amb ell la seva malaltia; determinació que precisa de valor i coratge per a compartir l'ansietat, el dolor o la por a la mort.

Conclusions

Per tot això, hem de respectar el nostre compromís per a mantenir una elevada competència professional, millorar la qualitat assistencial, facilitar l'accés a l'atenció mèdica, aconseguir una distribució justa dels recursos, ser honestos amb els pacients, fomentar el coneixement científic, cuidar la confiança i tenir una actitud clara davant els conflictes d'interessos. I, finalment, comprometre'ns també a participar en els diversos òrgans de decisió per a contribuir al fet que els objectius de les organitzacions sanitàries responguin a les necessitats de les persones.

Perquè aquests compromisos siguin més fàcils d'assumir i de posar en pràctica per part dels metges, és necessari que les altres instàncies, sobretot les administracions sanitàries públiques i els altres ocupadors, compleixin el que els correspon. En concret, facilitar als professionals sanitaris, els tres objectius següents: primer,



dotar-los d'autonomia perquè prenguin les decisions clíniques, organitzatives i de gestió concordes amb els seus compromisos; segon, disposar dels recursos necessaris per a la millor atenció als pacients; i tercer, retribuir-los d'acord amb el seu nivell de responsabilitat, dedicació i resultats.

Quan un pacient entra a la teva consulta i et comenta el seu problema de salut sap que li estàs dient que pot confiar en tu. Aquest és el compromís.

Bibliografia

Asociación Médica Mundial (WMA). Declaración de Ginebra. URL: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-ginebra/>. [17.05.2019].

Camus A. La peste. Barcelona: Edhasa; 2015.

Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España. Ser médico, hoy. Retos del nuevo profesionalismo médico en España. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España; 2006.

Del Castillo M. Tribuna. Diario Médico, 2 de mayo de 2008.

Smith R. Renegotiating medicine contract with patients; the GMC is leading the way. BMJ 1998; 316: 1262-3.



COL·LEGI
OFICIAL  DE METGES
DE BARCELONA

