

La Formación en ética y bioética en las profesiones de la salud

AN Dr. Edgar Vera Béjar

En las actuales décadas, en las cuales nuestro país está gozando de una época, difícilmente repetible, con una población joven mayoritaria y que puede acceder a educación tecnológica o universitaria con relativa facilidad, su formación ética es clave para el desarrollo del país en el mediano y largo plazo. Nuestro país tiene actualmente 130 universidades, la mayoría de ellas privadas.

La Academia Nacional de Medicina, en innumerables oportunidades, ha organizado eventos de muy alto nivel acerca de la educación médica y acerca de la ética médica, tanto a nivel nacional cuanto internacional. Además, ha participado en muchos más debates sobre estos temas. Debemos seguir haciéndolo porque los frutos deseados aún no se ven. Tenemos que insistir, atentos siempre a la evolución de los conceptos y experiencias.

En nuestro país, luego de varias décadas de funcionamiento del sistema de residentado médico, parece que ha llegado el momento de llegar a un balance entre actividades para adquirir pericia y actividades al servicio del paciente. Históricamente, esto está fuera de balance. El ejemplo, extremo y frecuente, lo vemos cuando algunos estudiantes de pregrado, y de postgrado (Médicos Residentes), tienen como prioridad prepararse para los exámenes para emigrar al postgrado en el extranjero. En el pregrado la prioridad es la adquisición de conocimientos, habilidades, y destrezas (pericia) (tabla 1), y en el postgrado el servicio debe ser igualmente importante, por las razones que vamos a ir desarrollando en esta ponencia.

Tabla 1: Actividades para adquirir pericia, y actividades de servicio

Pericia	Servicio
Conferencias	Registrar todo lo actuado con el paciente
Aprendizaje en base a problemas	Acechar resultados del paciente
Discusiones clínicas, juntas médicas	Cuando necesario transportar al paciente
Procedimientos diagnósticos y terapéuticos	Integrar todo el contexto del paciente
Medicina basada en la evidencia	Instruir al paciente sobre su salud

Tanto en el pregrado cuanto en el postgrado, las actividades de servicio están siendo minadas, al extremo que algunos educadores las consideran “no útiles”. Esas actividades de servicio tienen un alto valor educativo pues tienden a interiorizar, a incluir en la personalidad del médico la vocación de servicio, aparte de ser ocasión de aprender aspectos insospechados de la bondad de esta vocación. Por ejemplo: la percepción del paciente es que alguien se preocupa por su bienestar, que es tratado como persona, que ese tipo de médico es el que el paciente necesitará posteriormente, o lo necesitarán sus familiares y amigos.

La Fundación Arnold P. Gold, y educadores norteamericanos (1), definen el servicio como el proporcionar los propios talento, tiempo y recursos técnicos, a aquel que los necesita.

Fuera de nuestro país, las observaciones son similares. Por ejemplo, en los Estados Unidos, el Consejo para la Acreditación de Escuelas de Educación Médica de Postgrado (ACGME) vigente desde 1981, durante 2007 y 2008 realizó una encuesta (2) a 91,007 residentes en 5,610 Programas. Los 29 ítems de la encuesta contenían como opuestas las actividades para adquirir pericia (volumen y complejidad de conocimientos, habilidades, y destreza) y las actividades de servicio. La mayoría de residentes no estaba de acuerdo con la carga horaria de actividades con pacientes. Con la reducción de esa carga horaria, en los exámenes de certificación el rendimiento es cada vez mejor, pero esa mejoría tiene un costo. Cada vez hay más publicaciones (3) que se preguntan “La certificación: es suficiente?”. La respuesta es, evidentemente, no, y proponen como medida correctiva la denominada autorregulación como la fundamental responsabilidad profesional. En Julio 2013 comenzará el nuevo sistema de acreditación en 7 de las 26 especialidades acreditadas. Algunos de los Programas ya se refieren al servicio (4) como una manifestación clave del profesionalismo.

Esta ponencia es un intento de actualizar el tema, y propone cómo alcanzar los objetivos propuestos. Al mismo tiempo, trata de fundamentar el concepto que la ética en cualquier profesión, y con mayor razón en las profesiones de la salud, consiste en que cada acto profesional se realice con un grupo de hábitos, en los que resaltan: empleando el método científico, con el mejor esfuerzo, y con vocación de servicio. Estos hábitos, a su vez, promoverán el bienestar espiritual de los médicos y todos los profesionales relacionados a la salud, dada la naturaleza de su campo de acción.

Porque es el área de mi experiencia, me voy a referir principalmente a la medicina humana, incluida la salud pública, pero los conceptos son perfectamente aplicables a todas las profesiones y tecnologías que tienen que ver con la salud, ej.: psicología, odontología, enfermería, obstetricia y puericultura, farmacia, veterinaria, agronomía, biología, ecología.

La **ética**, como estudio sistemático de la conducta humana en relación a lo que es bueno o malo, fue aplicada a la medicina humana desde los albores de la cultura clásica occidental, con Hipócrates de Cos (460 años antes de la era cristiana) y el juramento que se le atribuye. La tendencia era naturalista y paternalista, en el sentido que lo bueno es respetar lo natural, y que el médico es agente de bien y la persona enferma, al recibir ese bien, es paciente.

Transcurrieron alrededor de dos milenios hasta que ocurriera un cambio significativo en la concepción de la ética y la salud. Este cambio lo estructuraron Edmund Pellegrino (5) y Van Rensselaer Potter (6). En 1971 con el nombre de **bioética** se plantea el estudio sistemático de la conducta humana en relación a la vida y la salud no sólo de personas, sino también de animales, plantas, y el medio ambiente físico, y la inclusión de valores morales en el proceso de la toma de decisiones. En relación a la salud de las personas se toma de la tradición occidental los principios éticos de beneficencia y no maleficencia, y se aporta en forma estructurada los antiguamente invocados conceptos de la **autonomía**, facultad de gobernarse a sí mismo, y la **integridad** del paciente, conservarse completo e indemne, con la **justicia** en la distribución de los recursos de salud a cargo de la sociedad, de los estados. Diego Gracia, en 1989 (7), ha resumido las razones del nacimiento de la bioética en la segunda mitad del siglo pasado: el desarrollo espectacular de la biología, y de la tecnología, que por ejemplo permiten prolongar la vida con o sin calidad de vida, aún con muerte cerebral, y la fecundación in vitro con o sin modificaciones genéticas inducidas; los riesgos de la investigación científica en áreas como la terapia génica; y la emancipación de los pacientes, en el sentido que tienen derecho a su autonomía para tomar decisiones respecto a su salud y su integridad.

Derivados de estas concepciones, la deontología ha ido elaborando deberes, principios, normas, reglamentos, y códigos internacionales de ética en medicina, que **por si solos no garantizan su cumplimiento**.

Tabla 2: Algunos de los Códigos Internacionales de Ética (8)

<ul style="list-style-type: none"> - Código de Hammurabi 1760 A.C. - Juramento Hipocrático, siglo V, A.C. - Oración de Maimonides, siglo XII - Normas de ética del Royal College of Physicians de Inglaterra, 1543 - Normas regulatorias del ejercicio médico en el Protomedicato de Nueva España, 1628 - Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial, Sydney, 1948 y 1968. - Código Internacional de Ética Médica, Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, Venecia, 1949, 1968, y 1983. - Código de las Enfermeras, Consejo Internacional de Enfermeras, 1973. - Principios de Ética Médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Asamblea General de las Naciones Unidas, 1983. 	<ul style="list-style-type: none"> - Código de Nuremberg, Ética de la Investigación, Tribunal Internacional, 1947. - Declaración de Helsinki, Investigación Biomédica, Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, 1975, 1983, y 1989. - Propuesta de normas internacionales para la investigación biomédica en sujetos humanos. Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas y Organización Mundial de la Salud, 1982. - Normas Internacionales para Investigación Biomédica con Animales, Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas, - Declaración de Lisboa, Derechos del Paciente, Asamblea Médica Mundial, 1981. - Declaración de Derechos del Paciente, Asociación Americana de Hospitales, 1973 - Fines de la Medicina Humana, Hastings Center, 2004
--	---

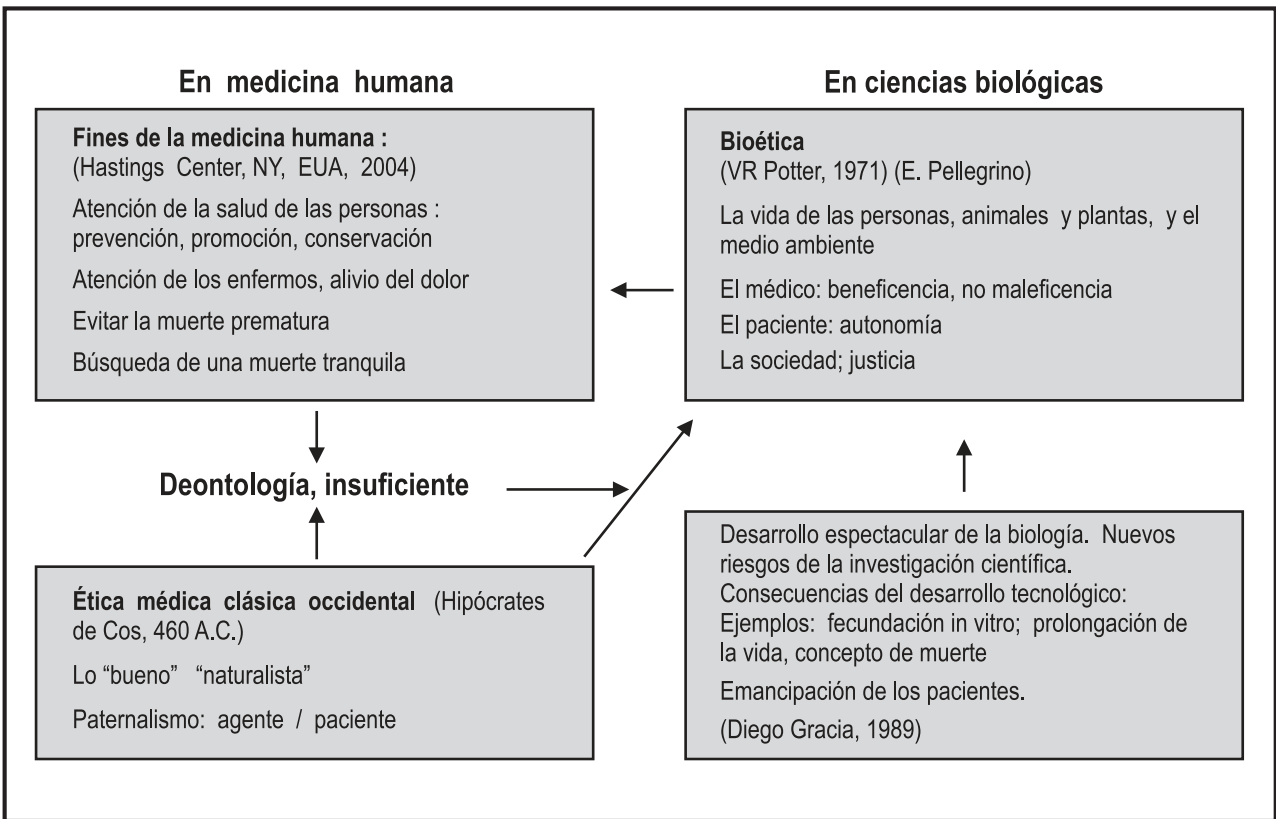


Figura 1. Ética : estudio sistemático de la conducta humana

En la formación ética en ciencias de la salud debemos responder a dos preguntas: ¿Qué enseñar?, y ¿Cómo enseñar?.

1. ¿Qué enseñar?

Inducir, internalizar, incluir en el carácter y en la personalidad del estudiante, hábitos éticos en el ejercicio de la profesión, mediante la repetición diaria de actos intelectuales y físicos acordes con la naturaleza del acto médico o profesional. El acto médico o profesional tiene que ver con la vida de personas, animales, plantas, y nuestro medio ambiente. Esto es la base del perfil del profesional que necesita el país y la humanidad.

1.1. La enseñanza de la ética debe comprometer los hábitos de conducta profesional

En el amplio espectro de las ciencias de la salud, tomando como ejemplo la Medicina Humana, lo ético es que el médico tenga el hábito de realizar cada acto médico en forma cabal, es decir como corresponde a la naturaleza de ese acto. Se entiende como **acto médico** el que realiza el profesional en atención directa, o administrativa, de la salud de **personas o poblaciones**, asumiendo responsabilidad por ese acto, y desde luego, también **incluye la deliberación personal o en grupo de dilemas éticos**.

En este sentido los más importantes hábitos serían los siguientes, aplicables inclusive tratándose de poblaciones, y la deliberación de dilemas éticos:

Tabla 3: La enseñanza de la ética en las profesiones de la salud

<p>La enseñanza debe comprometer los hábitos de conducta</p> <p>El hábito de realizar cada acto médico:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Empleando el método científico, 2. Con el mejor esfuerzo 3. Con vocación de servicio

1.2. Conocimientos previos a la enseñanza de la ética

Considerando el amplio rango de valores que cada estudiante trae desde su educación familiar y escolar, y para que los estudiantes interioricen, incluyan en su personalidad los valores morales, sobre todo el valor de la vida y de la calidad de vida, el valor de la salud de las personas, sociedades, plantas, animales, y el medio ambiente, en los primeros 2 años de estudios el estudiante debe conocer lo esencial y necesario de un grupo de conocimientos proporcionados por profesores de filosofía, seleccionados para las siguientes áreas de conocimiento.

Valores morales

Entendidos como la actitud (disposición permanente del ánimo) para asumir responsabilidad (capacidad de respuesta) en la realización de los ideales de excelencia de la humanidad (la dignidad de cada persona como ser humano único e irreplicable, la honestidad, veracidad, la felicidad común como fruto de la paz y ésta como fruto de la justicia, valentía, heroísmo, el servicio, etc., etc.

Historia de la filosofía y de la ciencia

Conocimientos acerca de cómo se ha ido obteniendo el conocimiento filosófico y científico de la creación del universo. Cómo hace 13.8 billones de años, cuando no existía ni tiempo ni espacio, a partir de una singularidad energética en fracciones de segundo irrumpen energía y materia inmanentes en expansión (paradigma del "Big Bang"). Cómo hace 13.8 billones de años el universo se organiza en sistemas como las galaxias, incluida nuestra Vía Láctea, y en ella nuestro minúsculo sistema solar. Cómo hace 4600 millones de años nuestro planeta La Tierra deja de ser una bola incandescente y comienza a transformarse en nuestro actual diminuto planeta azul con atmósfera, mares, lagos y ríos de agua líquida. Cómo hace 3600 millones de años aparecen en La Tierra las primeras formas de vida como las bacterias, y luego seres vivos maravillosos como las plantas y animales. Cómo

en el África central hace 200 000 años irrumpe la especie humana con el *Homo sapiens* en su subespecie negroide, cuya migración a climas nórdicos deriva en la subespecie caucasoide y a climas polinesios a la subespecie mongoloide. Y cómo ahora somos 7000 millones de personas, cada una singular e irreplicable (morfológica y funcionalmente) por los polimorfismo de nuestros 30 000 genes, cuya expresión es promovida o silenciada por segmentos no codificantes del DNA y por micro RNA citoplasmático, que codifican alrededor de 100 000 proteínas, lo cual es la base de la singularidad de cada persona y de su dignidad.

Principios generales de la lógica

Los criterios inmanentes para determinar la corrección o incorrección de los juicios, la estructura interna de los pensamientos.

El método científico en la obtención de conocimiento

Sobre todo el método inductivo iniciado por René Descartes (9): procedimiento analítico (descomponer cada problema en cada una de sus partes), que considera cada una de esas partes en su contexto (sobre todo conocimientos previos pertinentes), en forma ordenada (de lo menos a lo más complejo), en forma completa (sin dejar de considerar ninguno de ellos), en forma exhaustiva (sin dejar cabos sueltos), interrelacionar, comparar, hipotetizar, cuestionar, reconsiderar, confirmar, y finalmente valorar la más alta probabilidad de verdad.

En la enseñanza de la ética en ciencias de la salud, el método científico incluye considerar la conciencia moral actual sintetizada en el concepto de bioética: lo mejor para la vida y calidad de vida de las personas, animales, plantas, y el medio ambiente, con beneficencia, no maleficencia, con la autonomía del paciente, y con criterios de justicia social, sobre todo en la distribución de recursos, sin dejar de considerar las consecuencias de las decisiones.

Principios generales de la ética

Los criterios inmanentes en la naturaleza humana para determinar si los actos son buenos o malos (10), sobre todo los relacionados a la medicina y la biología (11).

Principios generales de derechos humanos

Entre ellos el valor absoluto de la vida, la salud, la integridad de las personas. La vida y la calidad de vida; la salud como el bienestar físico, mental y social; la integridad como ser completo e indemne. La felicidad como fruto de la paz, y ésta como fruto de la justicia.

Ejemplos de dilemas éticos en medicina, psicología, odontología, enfermería, obstetricia y puericultura, farmacia, agronomía, veterinaria, ecología, etc.

Ejemplos de conflictos morales entre la beneficencia del médico y la autonomía del paciente o de sus familiares; conflicto entre derechos de los pacientes y recursos de salud escasos; conflicto entre distribución de recursos de salud y otras prioridades sociales; subdesarrollo y pobreza; corrupción; violencia; prioridades entre filosofía y fecundación in vitro, manipulación genética, alimentos y animales transgénicos, la reanimación, cuidados intensivos, prolongación de la vida, psicofarmacología, aborto inducido, violaciones sexuales, salud reproductiva, cirugía plástica, conservación del medio ambiente, etc.

La ubicación del hombre en el universo, y la singularidad de cada persona

Habiéndose demostrado que los elementos químicos que existen en nuestro planeta son los mismos que existen en todo el universo, el desarrollo de formas de vida en otros planetas es probable porque allí están los elementos químicos básicos de los seres vivos: carbono, hidrógeno, oxígeno, nitrógeno y agua. Sin embargo, hasta hoy no se ha podido demostrar en otros planetas la existencia de agua en estado líquido ni la presencia de una atmósfera como existen en nuestro pequeño planeta azul. De allí que lo más probable es que estemos solos en el Universo.

Es necesario que los estudiantes universitarios conozcan que **la expresión genética**, morfológica, funcional, y psicológica de cada persona **no es repetible**.

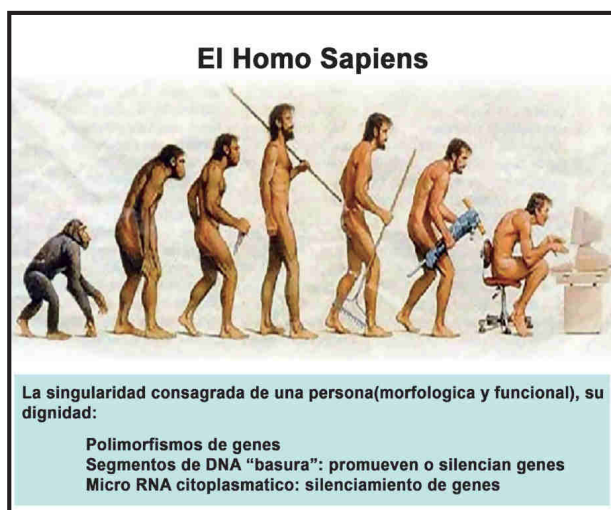


Figura 2

Evolución de la conciencia moral a lo largo del tiempo

Para los primeros pescadores y recolectores probablemente lo bueno era defenderse y aniquilar a las tribus oponentes. A partir de allí, la realización de los ideales de excelencia que la propia comunidad va estableciendo se van modificando a lo largo del tiempo, como mecanismos de defensa de la humanidad y de la sociedad, y constituyen un verdadero desafío para la razón humana.

Esos mecanismos de defensa de la humanidad han ido derivando hacia el mundo de los valores morales, ese impulso que lleva a una persona a asumir voluntariamente y con responsabilidad (capacidad de respuesta ante una obligación voluntariamente aceptada) obligaciones morales en bien de todos: la veracidad, la confidencialidad, la fidelidad a los compromisos asumidos voluntariamente, la honestidad, la justicia, la valentía, el heroísmo, el honor, la honradez, etc. La historia de la humanidad está plagada de proverbios de grandes pensadores que tratan de graficar o resumir valores morales, como los de los filósofos griegos “No hay hombre tan

cobarde que el amor no haga valiente y lo transforme en un héroe”, “Nunca se alcanza la verdad total ni nunca se está totalmente alejado de ella”; los de Jesucristo y la doctrina cristiana con el concepto del amor (buscar el bien de lo amado), la felicidad en base a la paz y esta en base a la justicia (dar a cada cual lo que le corresponde), la caridad (dar más allá de lo justo), el bien común, la dignidad de cada persona, y el “No juzguéis a los demás si no queréis ser juzgados”, en su significado que todos debemos ser juzgados; los de Miguel de Cervantes Saavedra como “Por la libertad y por la honra, se puede y debe aventurar la vida”; los de Albert Einstein como “El que no posee el don de maravillarse ni de entusiasmarse más le valdría estar muerto”, en su significado que la pasión con que se deben perseguir los objetivos; los de Mahatma Gandhi como “No hay camino para la paz, la paz es el camino” en su significado que sin violencia se pueden perseguir todos los fines; los de la Madre Teresa de Calcuta, Premio Nobel de la Paz, como “Lo que hacemos es tan sólo una gota en el mar, pero el mar sería menos si le faltara esa gota”, en su significado de la suma de todos los esfuerzos; los de Juan Pablo II como “La peor prisión es un corazón cerrado”, en su significado del egoísmo como prisión; e innumerables otros.

Esa conciencia moral referida a la medicina humana ha pasado por resaltar la responsabilidad, como la capacidad de respuesta ante una obligación voluntariamente aceptada, y el profesionalismo, como competencia, hasta exigir a la medicina la excelencia en los procedimientos por ser la más excelsa de las profesiones, y la guardianía de los derechos humanos y de la excelencia humana, no sólo para no transgredirlos, sino garantizarlos y promoverlos. **Así, el Juramento Hipocrático es visualizado como insuficiente.**

La siguiente relación de pensadores de habla inglesa y castellana que han aportado a esa conciencia moral en medicina, es necesariamente incompleta:

Santo Tomás de Aquino, 1323, y los hechos y las circunstancias; Locke J, 1690 y el principio de

autonomía; Immanuel Kant, 1724, y el imperativo categórico; Samuel Johnson, 1759, y la relación entre integridad y conocimiento; John Gregory y los deberes de los médicos; Franz Brentano, Nicolai Hartman y Max Scheeler 1838 y la teoría y jerarquización de los valores; Jeremías Bentham, 1832, y las consecuencias de una acción; John Stuart Mill, 1859, y la autonomía y la intimidad; Thomas Percival, 1803, *Ética Médica*; David Ross, 1930, *Principios morales de la nueva ética médica*, la relación entre beneficencia, autonomía y justicia; A. Bradford Hill, 1963, y la ética en ensayos clínicos; Edmund Pellegrino, 1981, la responsabilidad, la integridad del médico y su relación con la autonomía e integridad de los pacientes; Van Rensselaer Potter, 1971, *Bioética*; Steven Miles, 1982, y la orden de no resucitar; Hans Jonas y la ética de la responsabilidad; David Stern; Albert R. Jonsen; Sheila y David Rothman, 1982 y el Hastings Center; Ruth y Alan Fraden, 1977, y falsas creencias y rechazo de tratamiento médico; Hans-Martin Sass, 1988, y la relación entre ética y pericia; Karol Wojtyła, 1979, y la persona y la integración; Warren T. Reich, 1982, y la Enciclopedia de Bioética; Tom L. Beauchamp, 1983, los principios de la ética biomédica, y 1984 las responsabilidades morales de los médicos; Robert M. Veatch, 1981, y una teoría de ética médica; Faden RR y Beauchamp TL, 1986, y el consentimiento informado; Francisco Vilardell, 1977, ética y adelantos tecnológicos; Gustafson JM, y Coutney Campbell, 1975, religión y bioética; James F. Drane, 1984 y 1988, el consentimiento informado, y los métodos de ética clínica, virtud y carácter en ética médica, 1990 cuestiones de justicia en la prestación de servicios de salud; The Hastings Center's, 1984, y la bibliografía de la ética biomédica, y la responsabilidad profesional; Albert R. Jonsen, 1991, y la relación entre ética teórica y práctica; Pierre Teilhard de Chardín; Gregorio Marañón; Pedro Lain Entralgo, 1964, y la relación médico-enfermo; Diego Gracia Guillén, 1984 con medicina social, 1989 con Fundamentos de Bioética, y 1990 un sistema justo de servicios de salud; Florencio Escardó; José Alberto Mainetti,

1972, y el Instituto de Humanidades Médicas, y en 1980 los comités hospitalarios de ética, 1984 *Ética médica*, 1990 *Bioética Fundamental*; José María Mainetti, 1988, lo que es mejor para el paciente, y 1991 el camino de la excelencia en medicina; Simón Lorda P. y el consentimiento informado; Susan Scholle Connor, Hernán L. Fuenzalida-Puelma; Jorge Alberto Álvarez Díaz; Alfonso Llano Escobar, 1977, regulación de la natalidad, y 1990, ética y nueva forma de morir; Mario Bunge, 1986, con *Ética y ciencia*; Pedro Ortiz Cabanillas; Miguel Giusti; Fiedel Tubino; Alberto Perales Cabrera (12); Salomón W. Zavala Sarrio; Jorge Jáuregui Miranda; Percy Pacora Portella; Miguel Oliveros Donohue en *ética profesional en medicina*; Julio Alfaro Mantilla; Raúl León Barúa; Roberto Llanos Zuloaga; Teresa Arrieta de Guzmán; Fausto Garmendía Lorena; Oscar Pamo Reina.

El médico, y todo profesional de ciencias de la salud, no sólo debe conocer la conciencia moral actual, sino poseer cualidades que la hagan posible.

2. ¿Cómo enseñar?

Como en otras profesiones, el ejercicio de la medicina es una ciencia (conocimiento científico), y un arte (creación de belleza). Derivada de ese concepto, la enseñanza de la ética en medicina debe obtener que **cada acto médico se realice con hábitos de conducta** que conlleven una actitud positiva: disposición permanente del ánimo hacia el bien común.

Habría que institucionalizar aquellas actividades educativas que actualmente se realizan en algunos hospitales donde se realiza docencia, y que han demostrado ser útiles para el esquema propuesto.

2.1. En clases teóricas

Habría que institucionalizar el procedimiento empleado desde antiguo por algunos profesores de todos los niveles educativos: comenzar la hora de cada clase teórica con alrededor de 10 minutos dedicados a evaluar y calificar frente a los demás estudiantes, a uno o más alumnos

acerca del conocimiento del tema a tratar, luego de lo cual en alrededor de 30 minutos el profesor desarrolla el tema sobre todo en los aspectos no claros o difíciles de aprehender aún en la referencia bibliográfica previamente seleccionada y proporcionada a los estudiantes.

Esto requiere que en el sílabo correspondiente figuren todos los temas que debe conocer el estudiante, con la correspondiente fotocopia o disponibilidad electrónica del capítulo de libro o artículo seleccionado, de los cuales temas algunos son seleccionados para ser desarrollados por el profesor en cada clase teórica.

Realizado este procedimiento en cada clase teórica durante los años de estudios universitarios el estudiante adquirirá el hábito de obtener diariamente conocimiento con el método científico, resumido en párrafos anteriores: sobre uno o varios temas. Esto requiere, además, que el profesor sea ejemplo de rigurosidad en la estructura interna de sus afirmaciones y de erudición en el tema.

El ejemplo del profesor y de otros estudiantes estimulará diariamente al estudiante para la adquisición de este hábito cada vez con su mejor

esfuerzo, y hará muy difícil que un estudiante permanentemente venga a clases teóricas sin la preparación apropiada, pues sería permanente obstáculo a los objetivos comunes de sus compañeros y profesores.

2.2. En tutoría clínica, visita médica diaria a pacientes hospitalizados

El mejor escenario para la enseñanza de la ética en medicina es probablemente la visita hospitalaria diaria a pacientes hospitalizados en estado no crítico, porque allí se dispone en forma variable, de acuerdo a las circunstancias, del tiempo necesario para cada paciente; se le puede hacer seguimiento diario hasta el día de su alta hospitalaria; y, con los resultados de exámenes auxiliares e interconsultas a varios especialistas, tener diagnóstico o diagnósticos finales definitivos o probables, e indicaciones de tratamiento, prevención y promoción de la salud de cada paciente.

Todo esto no es posible en forma completa en la docencia en consultorios externos o en servicios de urgencias, cuyos escenarios son excelentes para otros objetivos, y también, desde luego, para consideraciones éticas en esas circunstancias.

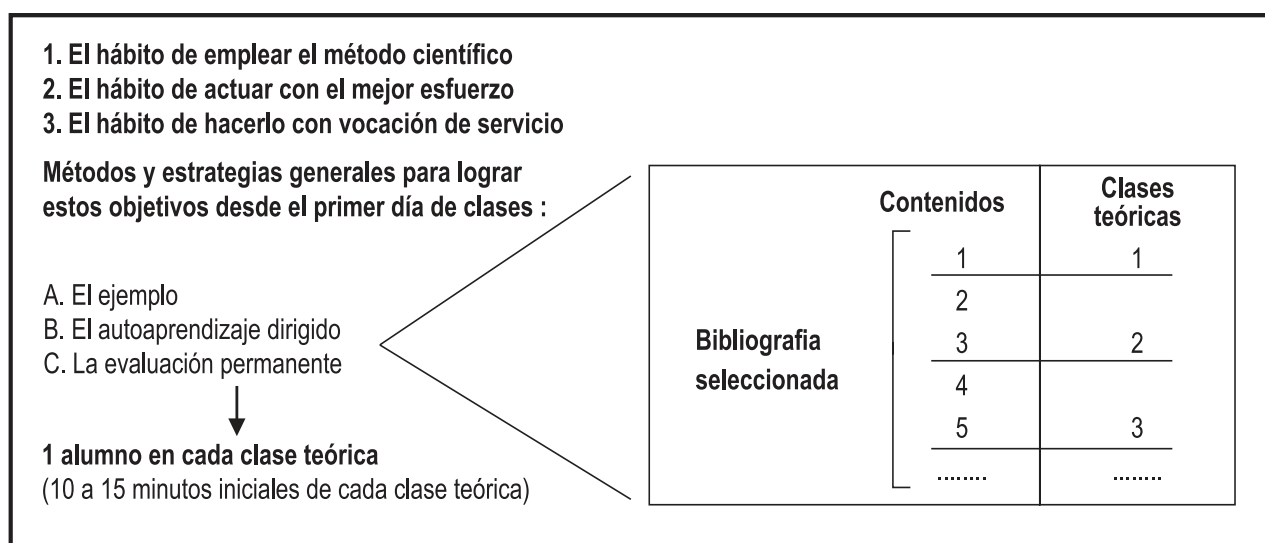


Figura 3: Adquisición de 3 hábitos en clases teóricas

La medicina basada en la evidencia requiere la actualización diaria del conocimiento médico, sobre todo el diagnóstico y tratamiento, en base a ensayos clínicos publicados válidos, con un nivel de evidencia A.

En este escenario, en el pregrado cada estudiante en el área clínica recibe la responsabilidad, no de los actos médicos pero si de tareas relacionadas a la atención médica de uno o más pacientes, a los que atenderá cada día con los estudiantes de postgrado (residentes) y los médicos del hospital responsables de esos pacientes: realizar la historia clínica cabal, estudiar todo lo referente a ese o esos pacientes, evolucionarlos por escrito y en forma apropiada cada día, asistir con ellos a todos los exámenes auxiliares e interconsultas que se le realicen, participar en forma activa de la visita médica a esos pacientes. En el postgrado, los médicos residentes si tienen responsabilidad por los actos médicos que realizan. El profesor que pasa visita médica a pacientes comienza la visita diaria de 2 horas con los pacientes ingresados en las recientes 24 horas, y cada día al comenzar la visita dedica alrededor de 30 minutos para evaluar al paciente más grave o al que tiene el cuadro clínico más complejo de los ingresados en las recientes 24 horas, en presencia de los otros estudiantes de pre y post-grado, en forma completa, a un solo paciente y al estudiante de pregrado y al de postgrado que confeccionó su historia clínica y que está a cargo del paciente. Al día siguiente estos 30 minutos iniciales son dedicados a otro paciente y al alumno encargado de él, y así sucesivamente los días siguientes. Como

estas visitas médicas a pacientes hospitalizados generalmente se realizan con la presencia de varios estudiantes, e Internos y Médicos Residentes a cargo de esos pacientes, esos 30 minutos sirven también para evaluar a esos Internos y Residentes, y son una lección diaria de responsabilidad, de método científico, del mejor esfuerzo, de la vocación de servicio, del trabajo en equipo, del estudio dirigido, de la medicina basada en evidencias, de la docencia en base a problemas, de supervisión y evaluación permanentes.

Como está expresado en párrafo precedente, el método científico predominante que ha llevado al vertiginoso desarrollo en las ciencias biológicas es el inductivo iniciado por René Descartes (9): Procedimiento analítico (descomponer cada problema en cada una de sus partes), que considera dada una de esas partes en su contexto (sobre todo conocimientos previos pertinentes), en forma ordenada (de lo menos a lo más complejo), en forma completa (sin dejar de considerar ninguno de ellos), en forma exhaustiva (sin dejar cabos sueltos), interrelacionar, comparar, hipotetizar, cuestionar, reconsiderar, confirmar, valorar la más alta probabilidad de verdad. La aplicación de este método en la atención de un paciente está esquematizada en la siguiente tabla.

1. El hábito de emplear el método científico

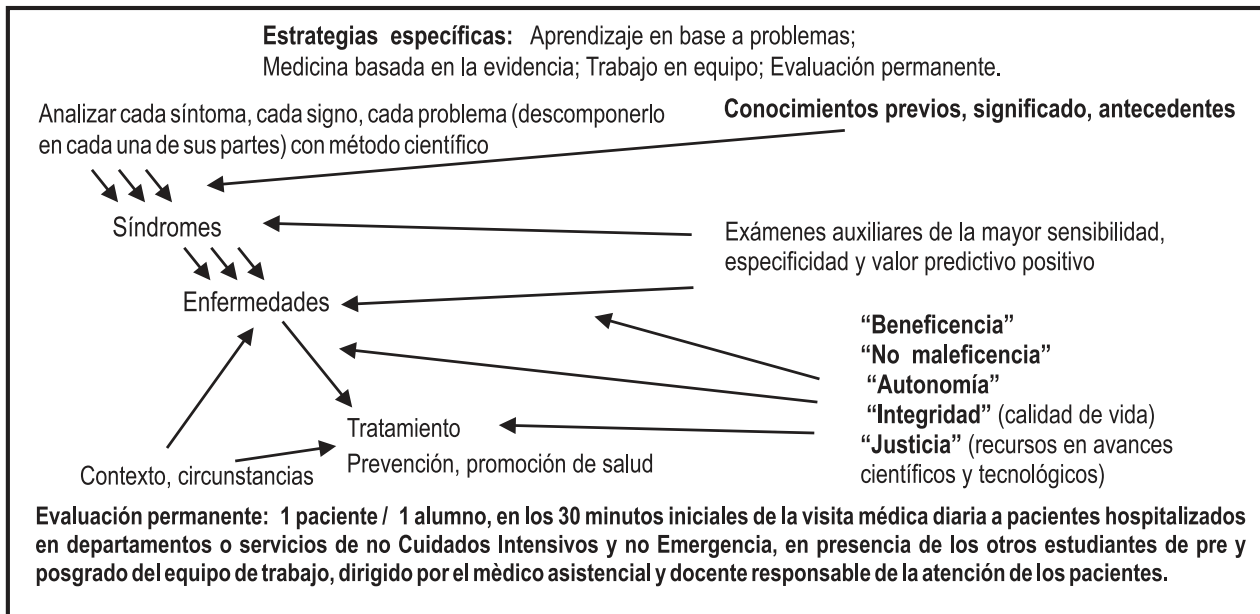


Figura 4

Tabla 4

2. El hábito de hacerlo con el mejor esfuerzo

Cada paciente puede presentar sus propias variaciones, ligeras, tanto en la manera de desarrollar su enfermedad cuanto en la forma de responder al tratamiento, y esas variaciones individuales sólo son evaluables con el completo conocimiento de él. La atención médica tiene que ser personalizada. No hay enfermedades sino enfermos.

Porque al considerar la salud de una persona o de una población no se aplican siempre en forma inequívoca conocimientos inequívocos sobre personas o poblaciones idénticas.

Porque al aplicar el conocimiento abstracto a la persona o población concreta hay que tener en cuenta la singularidad de cada una de ellas.

Porque el trabajo en salud, al igual que en otras áreas, es un trabajo en equipo. Si falla uno de los miembros del equipo, uno de los engranajes, puede fallar todo el equipo, toda la maquinaria, y el resultado.

Para obtener el consentimiento informado, la información tiene que ser veraz, completa y apropiada a la singularidad de la persona o población.

Tabla 5

3. El hábito de hacerlo con vocación de servicio

Porque la auténtica medida de la capacidad de una persona es su capacidad de entrega.

Porque es justo reconocer que el mundo nos ha apoyado y tenemos que hacer lo mejor para pagar esa deuda de gratitud en una ocupación tan noble como es la atención de la salud y la enfermedad de personas y poblaciones.

Porque este trabajo es nuestro sustento económico.

Porque quien no vive para servir, no sirve para vivir.

Porque dando se recibe, y buscando se encuentra. El universo funciona por medio de un intercambio dinámico (13)

Todas las profesiones tienen como fin el servicio, pero la medicina, por su naturaleza, es la principal profesión de servicio. Por lo tanto, el servicio es un componente esencial, y de alto valor, en la educación médica. El sello, la marca del médico humanista es su compromiso con el servicio.

Se recomienda que los educadores médicos reafirmen frecuentemente y abiertamente que el servicio es un propósito explícito de la educación médica, sobre todo de graduados. Es casi aprender lo mismo que hasta ahora, pero de otra manera y en forma completa, holística, humanista.

Humanismo es una concepción, de una conducta humana de excelencia, en beneficio de la naturaleza humana.

Tabla 6

<p>Integridad: Congruencia entre valores expresados y la conducta.</p> <p>Compasión: Conocimiento del sufrimiento de otra persona, y el deseo de reemplazarla.</p> <p>Altruismo: Capacidad de poner las necesidades e intereses del otro antes que las propias.</p> <p>Respeto a la autonomía y valores de otra persona.</p> <p>Empatía: La habilidad de ponerse en la situación del otro.</p> <p>Servicio: Proporcionar el talento, tiempo, y recursos propios a quien los necesita. (Caridad: más allá de lo justo).</p> <p>El médico, además: Excelencia: destreza clínica; competencia en los procedimientos intelectuales y manuales.</p>
--

Características de la persona humanista (1)

2.3. Contexto institucional necesario para cualquier intento de enseñar ética

Este programa educativo propuesto, para ser efectivo requiere una actitud o cambio de actitud de todo el personal de la Universidad: docente, administrativo, y de servicios. Desde el primer día de clases, el estudiante deberá encontrar en ella calidades como la responsabilidad (entendida como la capacidad de respuesta ante una obligación voluntariamente aceptada), puntualidad, orden, disciplina, bioseguridad, trabajo coordinado, trabajo en equipo, y la equivalencia entre lo que se dice y lo que se hace. Recordamos la aseveración que se enseña con lo que se dice, y se enseña más con lo que se hace, pero se enseña mucho más con lo que se es.

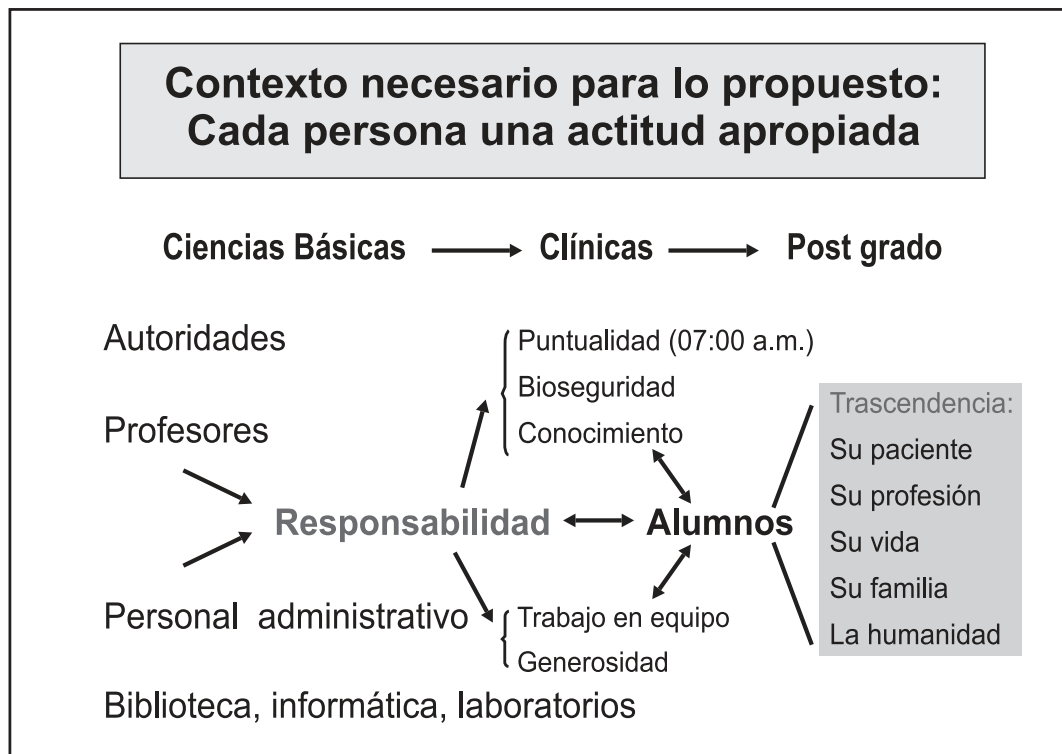


Figura 5

Menciono dos ejemplos de prácticas institucionales que actualmente se aplican en cada vez más universidades de nuestro país, que son dos ejemplos de disciplina y de previsión en el mediano y largo plazo, y dos ejemplo extranjeros de planificación en el largo plazo: El registro electrónico de la asistencia de los estudiantes a las clases al comenzar cada clase, lo cual queda grabado en la central universitaria correspondiente y que puede ser consultada por estudiantes y padres de familia. La institucionalización de una instancia docente encargada de la evaluación permanente de los cambios sociales y los avances en tecnología y ciencia significativos para el cambio curricular cada 5, 6 ó 7 años (la duración de cada carrera universitaria). El ejemplo de países como el Brasil y la China, contratando profesores extranjeros para las maestrías en investigación, para la **transferencia de tecnologías**, más que de conocimientos, y la emigración para doctorados en el extranjero de los magisters graduados en ese sistema con su retorno garantizado, incluida la tecnología necesaria para su desarrollo en el propio país de retorno. El desarrollo del país para el largo plazo depende de que obtengamos transferencia de tecnología. Esto será posible cuando nuestro país cuente con un **Ministerio de Ciencia y Tecnología**, con capacidad de decisión y de gasto para intentar repatriar a los excelentes científicos peruanos que trabajan actualmente en el extranjero, para contratar profesores extranjeros de maestrías con la tecnología necesaria, y enviar a los magisters graduados en este sistema a doctorados en el extranjero, con su retorno a nuestro país garantizado con el equipamiento y tecnología necesarios.

3. La Universidad, las expectativas del estudiante, y las expectativas del país

Este programa educacional podría estar de acuerdo con las expectativas de la mayoría de estudiantes que acceden a la universidad con un propósito constructivo y en camino hacia la excelencia. También está de acuerdo con las expectativas del país, que requiere profesionales cada vez más responsables en sus actos profesionales y que tengan hábitos como la actualización continuada de conocimientos y el autoaprendizaje.

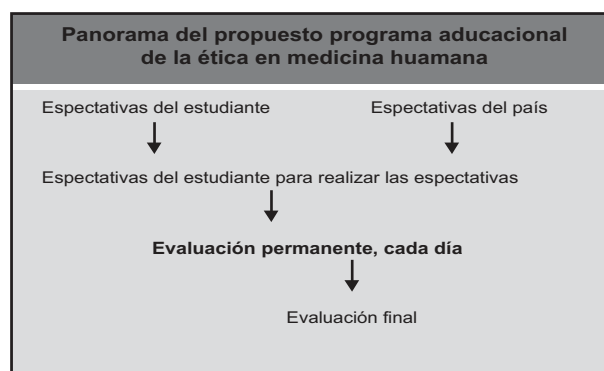


Figura 6

La adquisición de los tres hábitos mencionados equivale a la mencionada autoregulación, (“self regulation”) (3) en recientes publicaciones.

Referencias bibliográficas

- (1) Arnold P. Gold Foundation. www.humanism-in-medicine.org
- (2) Holt KD, Miller RS, Philibert I, Heard JK, Nasca TJ, y col. Resident’s perspectives on the learning environment: data from the Accreditation Council for Graduate Medical Education Resident Survey. *Acad Med* 2010;85:512-518.
- (3) Iglehart JK, Baron RB. Ensuring Physicians’ Competence Is Maintenance of Certification the Answer?. *N Engl J Med* 2012;367:2543-2549.
- (4) Kesselheim JC, Cassel CK. Service: An Essential Component of Graduate Medical Education. *N Engl J Med* 2013;368:500-501.
- (5) Pellegrino, ED. Toward a reconstruction of medical morality: the primacy of the act of profession and the fact of illness. *J Med & Philos* 1979;4(1):32-56.
- (6) Potter, VR. Bioethics. Bridge to the Future. Englewood Cliffs, Nueva Jersey. Prentice-Hall, 1971. Swanson, CP, ed. Biological Science Series.
- (7) Gracia, D. Fundamentos de Bioética. Ediciones de la Universidad de Madrid (EUDEMA), 1989.
- (8) Oficina Sanitaria Panamericana. Bioética. *Boletín* 1990;108:369-660.
- (9) Descartes R. Discurso del Método. 1641. SARPE ed, Madrid, 1984.
- (10) Arrieta, T. Ética y utopía en el mundo occidental. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Perú, 1996.
- (11) Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. Fourth Edition. Oxford University Press. New York, 1994.
- (12) Perales A, Zavala SW, Jáuregui J, Pacora P, Oliveros M. Ética profesional en medicina. Simposio. Diagnóstico. *Revista Médica de la Fundación Instituto Hipólito Unanue* 2011;50:133-155.
- (13) Canal, J. Valores. Las Mejores Semillas. Consorcio de Colegios Educativos Católicos. Gráfica Bellido SRL, Balconcillo, Lima, Perú, 2000.