

El perfil de la enseñanza de la bioética: ¿médico virtuoso o médico capacitado?

AZUCENA COUCEIRO V. MD. PHD.* y MARIO MUÑOZ R. MD.**

INTRODUCCIÓN

Son innumerables las publicaciones aparecidas sobre el «enfoque pedagógico» de la enseñanza de la Bioética en Medicina en los últimos decenios que desarrollan los objetivos, el diseño, los contenidos, la puesta en marcha y la evaluación de este proceso docente. Esto no es extraño ya que la Bioética se va introduciendo, poco a poco, en los planes de estudios de las Facultades de Medicina. Sin embargo, llama la atención la disparidad de contenidos, tanto en su amplitud como en su temática, la vaguedad de los objetivos docentes, y la ausencia casi total de la identificación de competencias concretas en esta área.

La tesis que fundamenta este artículo es que la razón de todo ello se encuentra en la confusión que existe entre la enseñanza de la ética tradicional de nuestra profesión, también denominada Deontología profesional, y la Bioética, y que todo ello va ligado de manera directa al tipo de sociedad en la que ocurre este fenómeno. Las sociedades que viven una realidad plural desde el punto de vista de los valores, la reflejan en una enseñanza de la Bioética cuyo objetivo docente fundamental es la identificación de los conflictos de valores en la relación clínica, y la adquisición de conocimientos y habilidades que permitan al profesional un análisis racional de los mismos. Sin embargo, las sociedades donde eso no ocurre siguen ancladas en una Ética profesional que, si bien ha tenido gran importancia durante siglos en nuestra profesión, hoy resulta cuando menos insuficiente.

LA ENSEÑANZA DE LA BIOÉTICA EN MEDICINA

Una sencilla búsqueda bibliográfica a través

de una base de datos de importancia en sus contenidos médicos, como PubMed, permite obtener y analizar información relevante sobre este tema. Con los descriptores utilizados - ethics, ethics education, medical ethics education, undergraduate medical education, curriculum, virtue, role model, Philosophy of Medicine- se intentan recuperar todas las áreas relevantes sobre este tema.

La enseñanza de la Bioética aparece en gran número de revistas médicas, pero puede estructurarse en tres grupos de características algo diferentes. En primer lugar las revistas generales de gran prestigio en el mundo de la Medicina, JAMA o New England Journal of Medicine; en segundo lugar las que corresponden a especialidades médicas: Chest, Surgery, Pediatrics, etc; por último aquellas que bien desde el espacio de la enseñanza - Academic Medicine -, o bien desde el de la Filosofía de la Medicina y la Bioética - Journal of Medicine and Philosophy, American Journal of Bioethics, Journal of Medical Ethics -, desarrollan el tema de la enseñanza de la Bioética en Medicina. Como el nivel de formación que nos ocupa es el de la enseñanza en el pregrado, se han dejado de lado para este análisis las publicaciones referidas al postgrado, o las centradas en especialidades concretas.

Un somero análisis del material encontrado nos permite evidenciar una gran disparidad, tanto en la metodología de la enseñanza y la evaluación de los resultados como de su efectividad¹⁻³. También en los objetivos docentes hay una variabilidad sólo explicable por el tipo de sociedad política en la que se origina la información. De hecho los países centroeuropeos, Inglaterra y Estados Unidos son los que identifican con mayor claridad como objetivo fundamental que los

* Médico. Profesora, Historia, Teoría de la Medicina y Bioética. Universidad Autónoma (Madrid). Profesora Visitante, Facultad de Medicina - Universidad de Concepción (Chile).

Trabajo realizado dentro del Proyecto de Investigación Referencia HUM2005-02105/FISO, financiado por el Ministerio de Educación y Ciencia de España, con el título de «Racionalidad axiológica de la práctica tecnocientífica».

** Profesor Titular de Psiquiatría, Facultad de Medicina. Universidad de Concepción (Chile).

profesionales adquieran la habilidad de fundamentar juicios morales que les permitan tomar decisiones morales en un ámbito plural⁴.

Resultados parecidos encontraron Eckles, Meslin, Gaffney y Helft, de la Facultad de Medicina de Indiana. Su revisión, mucho más amplia y exhaustiva, abarcó de 1978 al 2004, y también excluyeron los artículos centrados en el profesionalismo y en el postgrado⁵. Dichos autores señalan que en la literatura coexisten dos perfiles en la enseñanza de la Bioética, el que persigue la obtención de médicos «honestos y éticos», que sean íntegros en su trabajo, con valores y con voluntad de servicio, y el que trata de generar médicos «profesionales», es decir, aquellos que aprenden a analizar y resolver problemas éticos, y que convierten este conocimiento en una habilidad relevante en su práctica clínica habitual.

Es de suponer que el perfil del médico virtuoso aparece en las publicaciones más antiguas, mientras que el del médico profesional o capacitado en la resolución de conflictos morales adquiere mayor relevancia en los dos últimos decenios, dados los cambios sociales acaecidos, pero nada de esto se señala en el citado artículo. Por otra parte, la mayoría de las publicaciones analizadas corresponden al área sociopolítico geográfica antes mencionada, y nada sabemos de lo que ocurre en otros lugares que no responden al mismo perfil sociopolítico.

LA CULTURA LATINA: LOS CASOS DE CHILE Y ESPAÑA

La cultura latina, y específicamente la mediterránea, ha sido históricamente poco sensible al valor de la autonomía en comparación con los países del norte y centro de Europa, o con EEUU. No es casualidad que la Bioética naciese en Norteamérica, sociedad plural por excelencia. Tampoco lo es la dificultad de introducir el valor de la autonomía en la relación clínica, o la resistencia de nuestros profesionales a entender el consentimiento informado como un proceso y no como un papel que debe ser firmado por el paciente.

Esto debería de traducirse en el tema que estamos tratando, como de hecho veremos que ocurre. El perfil «virtuoso» sigue primando en sociedades tradicionales, mientras que el del «profesional capacitado» corresponde a sociedades más plurales desde el punto de vista de los valores.

El caso de España es singular. La evolución de la sociedad y el reconocimiento de nuevos valores a proteger en la relación clínica se enmarca en una evolución de la cultura europea en el mismo sentido. El 1 de enero de 2000 entró en vigor en España el Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano

con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina⁶, más conocido como el Convenio de Oviedo. A partir de aquí, y en un corto período de tiempo, ha surgido una legislación específica en respuesta a un evidente cambio de valores sociales que trata de desarrollar y concretar los derechos de los pacientes, la manera mediante la que un ciudadano puede tomar decisiones acerca de las actuaciones médicas que quiere, o no, recibir, y cómo se debe llevar a cabo este complejo proceso⁷.

La singularidad proviene de la divergencia entre lo que ocurre a nivel social y su plasmación en los programas de pregrado de las Facultades de Medicina. Los profesionales en ejercicio se enfrentan cada día a conflictos de valores, y son conscientes de que necesitan formación específica en esta área, de manera que los planes de formación continuada de los sistemas sanitarios de las Comunidades Autónomas han asumido la responsabilidad formativa en esta área. Sin embargo, nuestras universidades, más impermeables al cambio social, no tienen en general profesores cualificados en esta disciplina, ni programas con objetivos, competencias y contenidos específicos en el área de la Bioética⁸.

La exigencia europea de unificación de criterios en la enseñanza universitaria ha conducido a una reforma del Plan de Estudios en Medicina, que contempla la Bioética como disciplina fundamental. Una vez asumida como indiscutible la importancia de la Bioética en la formación del médico, ha comenzado el debate en torno a la asignación de su enseñanza.

En la Tabla 1 se encuentran resumidas las competencias médicas en esta área, elaboradas en la Conferencia Nacional de Decanos de las Facultades de Medicina españolas, y también las señaladas por la Agencia Evaluadora de la Calidad (ANECA). Se puede observar que la mayoría responde al perfil del médico «virtuoso» - secreto profesional, principios éticos y deontológicos, etc -, y que sólo se utiliza la palabra Bioética una vez, lo que es comprensible porque ambas instituciones titulan sus epígrafes como «Ética Médica». También se nombran los derechos de los pacientes, la autonomía y la equidad, lo que indica una mezcla continua de los dos perfiles (Tabla 2).

En Chile, el acuerdo suscrito en 1998 por el Consejo Superior de Educación (CSE) con la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH) dio origen a la implantación de un procedimiento voluntario, amplio, reglado y cíclico, para llevar a cabo una secuencia de acciones que condujeran a la acreditación de las Carreras de Medicina basada en criterios y estándares preestablecidos. En los años siguientes se trabajó en esos estándares para llegar a la firma de un

Tabla 1. Competencias Médicas. Ética Médica y valores profesionales

Competencias médicas (pregrado) ética profesional
<p align="center">Valores profesionales, actitudes, comportamientos y ética</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconocer los elementos esenciales de la profesión médica, incluyendo los principios éticos y las responsabilidades legales. • Comprender la importancia de tales principios para el beneficio del paciente, de la sociedad y la profesión, con especial atención al secreto profesional. • Saber aplicar el principio de justicia social a la práctica profesional. • Desarrollar la práctica profesional con respeto a la autonomía del paciente, a sus creencias y cultura. • Reconocer las propias limitaciones y la necesidad de mantener y actualizar su competencia profesional. • Desarrollar la práctica profesional con respeto a otros profesionales de la salud. <p>[Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina Españolas. Libro blanco de la Titulación en Medicina]</p> <p align="center">Ética médica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los principios éticos y deontológicos del ejercicio de la Medicina. • Normativa nacional e internacional. Código Deontológico de la OMC. • Principales situaciones conflictivas en Bioética. Ética en investigación. • Secreto profesional. • La objeción de conciencia por motivos profesionales. • Intrusismo. Publicidad. • Los derechos y deberes de los pacientes. • El diagnóstico médico: información, limitaciones. Ética en la relación Clínica. • Equidad en la distribución de los recursos y la protección de la salud pública. <p>[Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad. ANECA, 2005]</p>

Tabla 2. Resumen competencias en Ética Médica y Bioética (España)

Competencias médicas (pregrado)
<p>[En cursiva, competencias de Bioética. Sin cursiva, competencias en Ética profesional]</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocer los fundamentos de la ética médica. • <i>Bioética. Resolver conflictos éticos.</i> • Aplicar los valores profesionales de excelencia, altruismo, sentido del deber, responsabilidad, integridad y honestidad en el ejercicio de la profesión. • <i>Consentimiento informado.</i> • Reconocer y saber mantener la competencia profesional. • <i>Saber abordar la práctica profesional respetando la autonomía del paciente, sus creencias y su cultura.</i> <p>[Orden ECI/332/2008, de 13 de febrero, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Médico. BOE nº 40, viernes 15 febrero 2008, p. 8353]</p>

convenio que permitiera llevar a cabo un procedimiento, voluntario y participativo, de acreditación de los programas de formación de pregrado para las Carreras de Medicina⁹. La primera fase del proceso de acreditación se consolidó en el 2001. La experiencia adquirida se transfirió a la Comisión Nacional de Acreditación del Pregrado (CNAP) para que completara su cometido de elaborar pautas para un sistema nacional de acreditación¹⁰.

El Comité Técnico de Medicina de la CNAP elaboró los criterios y estándares para la acreditación de las Escuelas de Medicina¹¹. En el documento generado por dicho Comité se desarrolla el perfil profesional del médico

cirujano, con un apartado específicamente dedicado al perfil de formación ética. Solo aparece un criterio correspondiente al área de la Bioética, mientras que el resto corresponde al perfil del médico «virtuoso». Mucho más elaboradas son las competencias que, posteriormente, la ASOFAMECH propuso para esta área, y donde aparecen al menos tres competencias específicas en Bioética (Tabla 3).

¿Qué ha ocurrido, en realidad, en las Escuelas de Medicina? Si se analizan las declaraciones fundacionales de los Consejos de Facultad, la misión y principios sobre los que se basa cada una, así como los programas de Bioética, se observa en general un claro énfasis en el perfil

«virtuoso», y una mezcla continua entre Bioética y Ética Médica tradicional. Una notable excepción la constituye la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, que tras adoptar las competencias de ASOFAMECH ha desglosado en su malla curricular las competencias y contenidos de la Ética Médica, ahora denominada profesionalismo, y las competencias de Bioética, estructuradas de la siguiente manera: una asignatura denominada profesionalismo y tres asignaturas de bioética (Tabla 4).

De la realidad analizada surgen varias cuestiones. La primera si tiene sentido en la

actualidad primar, de manera casi exclusiva, la enseñanza de la Ética Médica tradicional. La segunda, por qué algunos de estos programas desarrollados en las escuelas de Medicina llevan el nombre de Bioética, cuando en realidad no responden ni a los contenidos ni a las competencias de esta disciplina. Es decir, los currícula de las Escuelas de Medicina suelen denominar Bioética a lo que en realidad es Ética Médica. La tercera es preguntarse si ambos perfiles, el de la Ética Médica tradicional -médico virtuoso- y el de la Bioética -médico profesional- son excluyentes o complementarios.

Tabla 3. Estándares de Acreditación. Competencias en Ética y Bioética (Chile)

Estándares para la acreditación de escuelas de medicina
<p>Comisión nacional de acreditación del pregrado (CNAP)</p> <p>Perfil profesional del médico cirujano</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perfil de formación general del médico cirujano. 2. Perfil de formación general en habilidades y actitudes. 3. Perfil de formación cognitiva. 4. Perfil de formación ética. <ul style="list-style-type: none"> • Educarse en valores. • Tener conciencia de la responsabilidad ética y moral de los cuidados y actos médicos, así como de sus implicancias. • Ajustar su conducta a las normas éticas universalmente aceptadas, y aceptar y cumplir los códigos de ética de la orden médica. • Contar con una visión humanista e integral de los seres humanos. • Respetar a los pacientes, sus colegas y miembros del equipo de salud. • <i>Reconocer los derechos de los pacientes, en especial el de confidencialidad y el del consentimiento informado.</i> • Estar desprovisto de prejuicios, respetar las diferencias culturales y sociales, y los distintos estilos de vida. • Mostrar siempre respeto por la vida. <p>[En cursiva, estándar de Bioética]</p> <p>Competencias para aplicar principios bioéticos y legales en la práctica de la medicina [ASOFAMECH]</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Aplicar principios, valores y análisis bioéticos en el ejercicio clínico.</i> • Mantener la confidencialidad en el ejercicio clínico. • Relacionarse sin discriminación con personas de toda condición social, económica, cultural, de raza, etnia, preferencia sexual. • <i>Respetar los derechos del paciente, del equipo de salud y de la comunidad.</i> • <i>Obtener un consentimiento informado.</i> • Brindar cuidados al paciente terminal. • Minimizar el riesgo de error médico en la práctica. • Tomar decisiones clínicas en condiciones de incertidumbre. • Guardar en forma completa y segura los registros médicos. • Extender certificados médicos de acuerdo con la legislación. • Informar las enfermedades de notificación obligatoria. • Ejercer sus derechos y deberes en su relación con la administración de justicia. <p>[En cursiva, competencias específicas de Bioética]</p>

Tabla 4. Competencias en Bioética. Carrera de Medicina. Universidad de Concepción

Universidad de Concepción. Facultad de Medicina Carrera de Medicina	
Competencias en bioética	
Competencias generales	
a.	Reconocer los aspectos éticos de la práctica asistencial, sabiendo identificar los conflictos morales y los valores en juego en dichos conflictos.
b.	Adquirir los conocimientos que permitan analizar crítica y sistemáticamente dichos conflictos morales y los valores en juego.
c.	Demostrar habilidades y destrezas que permitan integrar estas dimensiones en el proceso de toma de decisiones y capacidad de argumentarlas racionalmente.
Competencias Específicas	
I. Bioética y relación clínica	
•	Conocer los contenidos teóricos fundamentales de la bioética clínica.
•	Identificar los aspectos éticos de la relación clínica.
•	Diferenciar entre conflictos morales, de la conducta y legales.
•	Aplicar los derechos constitucionales a la relación clínica.
•	Realizar un proceso de consentimiento (o rechazo) válido con el paciente.
•	Saber cómo proceder ante un paciente incapaz de tomar decisiones clínicas.
•	Manejar adecuadamente los datos de la historia clínica.
II. Bioética y final de la vida	
•	Saber utilizar racionalmente la tecnología médica.
•	Fundamentar juicios de limitación del esfuerzo terapéutico e incorporarlos a la práctica clínica.
•	Manejar los aspectos éticos de la enfermedad terminal.
III. Bioética y origen de la vida	
•	Saber cómo proceder ante un paciente incapaz de tomar decisiones clínicas.
•	Fundamentar la toma de decisiones en menores y adolescentes.

ÉTICA MÉDICA Y BIOÉTICA

En la medicina occidental, desde la época de los hipocráticos hasta la actualidad, han aparecido numerosos documentos deontológicos que demuestran la importancia que siempre se ha dado a la calidad moral del médico. En su actividad tiene que incorporar tanto hechos científicos como valores. Por ello la actividad médica tiene dos componentes inseparables, el *técnico*, referente a los hechos, y el *ético*, referente a los valores. Sólo será de calidad aquella práctica clínica que consiga aunar la corrección técnica y la corrección ética.

Es bien sabido que se requiere un largo período de aprendizaje para la toma de decisiones técnicas en medicina. Sin embargo, las decisiones éticas se han tomado tradicionalmente apelando a los Códigos Deontológicos profesionales. El problema es que este tipo de declaraciones de valores es de difícil aplicación en los casos concretos que se plantean habitualmente en la práctica sanitaria. Además, estos instrumentos, por sí solos, resultan hoy insuficientes debido a los profundos cambios acaecidos en las dos últimas décadas tanto en la estructura de la relación médico paciente, como en los sistemas sociosanitarios¹².

La *relación médico paciente* se ha caracterizado durante siglos por adoptar la forma de una rígida estructura vertical, en cuya base se encuentra la idea común a toda la cultura

occidental de que el enfermo es un incapacitado físico y moral, que no puede tomar decisiones prudentes sobre sí mismo. De esta idea se desprende que la función que le corresponde al médico es la de mandar, mientras que la del enfermo es obedecer. Este *paradigma paternalista* que durante siglos ha regido todo tipo de relaciones humanas y no sólo la clínica, ha evolucionado hacia otro que puede denominarse *deliberativo* o de respeto a la autonomía, que se basa en el reconocimiento del derecho que tiene todo individuo adulto de tomar decisiones sobre sí mismo según su propio proyecto de vida. El segundo modelo es más participativo, pero también más conflictivo.

El médico intenta ayudar al enfermo a través de sus conocimientos. El paciente acude a él de forma autónoma, y la existencia de su enfermedad no es ya motivo suficiente para pensar que haya perdido toda su autonomía y su capacidad para tomar decisiones. Toda relación clínica consiste, o debería consistir, en un proceso de entendimiento entre dos personas, una de las cuales tiene la información técnica, y la otra la capacidad para decidir y consentir. Esto es lo que se conoce con el nombre de derecho al *consentimiento informado*.

El segundo factor que ha modificado la relación sanitaria es de orden institucional y político.

Se relaciona con el *derecho a la asistencia sanitaria* y el acceso igualitario de todos los individuos a los servicios sanitarios. España ha vivido las últimas décadas, al igual que toda Europa, con el convencimiento de que el Estado debe proteger a todos los ciudadanos de las contingencias negativas de la vida, y la enfermedad es una de esas contingencias. Lo mismo ha ocurrido en Chile. Además se ha producido en la sociedad actual un hecho inédito en la historia: la extensión del derecho a la asistencia sanitaria a toda la población. Parece que el principio de justicia exige que todas las personas tengan cubiertas necesidades tan básicas como las sanitarias. Ahora bien, ¿dónde situar los límites?, ¿qué es una necesidad en salud?, ¿qué necesidad es básica y cuál superflua?. A estas preguntas y estas necesidades en salud intenta responder el sistema GES de garantías explícitas en salud en Chile.

Los *avances tecnológicos* de la medicina constituyen el tercero de los factores que han originado el cambio actual en la relación sanitaria. La vida de nuestras sociedades está marcada por la tecnología, de la que dependemos para llevar a cabo la mayor parte de nuestras actividades diarias. En los últimos siglos de la historia de Occidente la cultura científico técnica se ha extendido de tal manera entre la población que ha llegado a convertirse en una mentalidad, una forma de vivir y abordar los problemas.

La técnica ha llegado a convertirse en un fin en sí misma, y por ello se utiliza siguiendo el paradigma del «imperativo tecnológico», es decir, se interviene imperativamente con el uso de la tecnología, muchas veces sin pensar en los objetivos de ese mismo uso. Las unidades de cuidados intensivos han sido el escenario paradigmático del poder tecnológico de la Medicina, y de las contradicciones y sufrimiento que puede acarrear el uso poco reflexivo del poder técnico¹³. Pero más allá de ese escenario tan peculiar, todo aquello que se utiliza para el tratamiento de los enfermos, desde la diálisis renal hasta una simple sonda nasogástrica, desde un protocolo oncológico hasta un psicofármaco, constituyen posibilidades tecnológicas de intervención en el ser humano. El enfermo, ciudadano de esta sociedad tecnológica, cree que todo lo que ocurre en el ámbito de la enfermedad se puede resolver con la tecnología. El médico, que tiene enormes posibilidades de intervención sobre el cuerpo humano, cree que debe utilizarlas en todo momento. Y hasta ahora así lo ha hecho, sin pensar cuáles son los fines que persigue con su actuación, y haciendo de la técnica un fin en sí misma^{14,15}. Poco a poco se va modificando esta

mentalidad. La aparición de conceptos como el de «adecuación del esfuerzo terapéutico», basado en un juicio clínico, o el de «rechazo de tratamiento», basado en la decisión autónoma del paciente, comienzan a reubicar la tecnología como lo que realmente debe ser, un medio y no un fin.

Con todo lo que antecede podemos afirmar que la Ética Médica tradicional responde a modelos de sociedad distintos del actual, modelos en los cuales solo existía un único valor a tener en cuenta -el valor de la vida- y una sola persona responsable de tomar decisiones respecto de ese valor, el médico. La Bioética surge precisamente cuando cambia el modelo social, y con ello la estructura y los valores de la relación clínica. Valores como la libertad de conciencia, refrendado en la Constitución Política, o como la justicia, desarrollado mediante políticas sanitarias de acceso equitativo a determinadas prestaciones sanitarias, ya no pueden ser dejados de lado en la toma de decisiones.

Por ello los *currícula* de las Escuelas de Medicina deben enfocar sus objetivos hacia la capacitación de sus alumnos en este modelo, señalando y desarrollando competencias específicas que les permitan tomar decisiones dentro de la complejidad del pluralismo moral que ha llegado también a la relación clínica¹⁶.

Respondemos así al primer interrogante, y en cierta medida también al segundo. En Chile, como en España, las instituciones académicas muestran mayor impermeabilidad a los cambios sociales que las instituciones prestadoras de asistencia sanitaria, que se enfrentan a cada momento con la realidad cívica y los problemas inmediatos que ésta suscita. Por ello no es extraño que en el mundo académico se cambie el nombre, pero no siempre los contenidos que imparte a los alumnos.

EXCELENCIA Y RESPONSABILIDAD DEL PROFESIONAL DE LA SALUD

Queda por responder a la pregunta de si ambos perfiles son excluyentes o complementarios. No cabe duda de que la profesión sanitaria maneja valores fundamentales para la sociedad, y que ello no puede llevarse a cabo sin profesionales responsables y de la mejor calidad humana y moral. Esta preocupación no es nueva, sino que jalona toda la historia de nuestra profesión.

Responder es un término que tiene en nuestra lengua nada menos que diecisiete llamadas, una de ellas «asegurar una cosa haciéndose responsable de ella». Se entiende por responsabilidad la capacidad

existente en todo sujeto activo de derecho para reconocer y aceptar las consecuencias de un hecho realizado libremente. El acto moral es pues un acto libre, pero ello es así porque el ser humano es constitutivamente moral y no puede dejar de serlo. Cada uno responderá de manera distinta, pero no podemos dejar de responder, idea ésta que algunos existencialistas expresaron con vehemencia al decir que estamos condenados a la libertad.

Vivir es responder. Pero este fenómeno tiene a su vez una doble vertiente puesto que podemos responder ante nosotros mismos o ante los demás. En el primer caso hablamos de la conciencia o *responsabilidad moral* mientras que en el segundo nos referimos al fenómeno de que otros nos puedan pedir responsabilidades, lo que da origen a otro tipo de responsabilidad denominada *jurídica*.

En nuestro mundo de tradición liberal hay una clara articulación entre los dos tipos de responsabilidad, especificada en la metáfora contractualista que da origen a la sociedad civil. Cuando las personas se ponen de acuerdo y crean el Estado mediante el contrato social, surge la responsabilidad jurídica. El Estado asume la función de fijar y garantizar unos *mínimos*, exigibles a todos los ciudadanos por igual en sus relaciones con los demás, garantizando la integridad física de cada uno y la igualdad de oportunidades para todos. Para conseguir estos fines y para que se cumplan no tiene más remedio que convertir estos principios, que son morales, en ley positiva¹⁷. Además de asegurar que se cumplen estas condiciones de igualdad, el Estado tiene que respetar la libertad de cada uno, garantizándole a cada quien la posibilidad de llevar a cabo su propio proyecto de vida y sus ideales personales, es decir, sus proyectos de felicidad o de máximos.

De esta manera la convivencia en la sociedad civil se articula entre dos niveles, el de los mínimos, donde todos somos iguales y en el que el Estado realiza una función de garante, y el nivel de los máximos personales, donde cada cual tiene libertad para elaborar su vida, su sistema de valores y su propio ideal de perfección, y que el Estado debe proteger. El primer nivel define lo que hoy llamamos *ética de mínimos o de la justicia*, y el segundo *ética de máximos o de la felicidad*¹⁸. En el primero, el nivel jurídico, todos somos iguales, mientras que en el segundo todos somos distintos. Sólo el respeto a estos niveles y su mutua interdependencia garantiza una sociedad viva. Consecuentemente se generan dos tipos de responsabilidad, la responsabilidad jurídica que señala nuestras obligaciones para con los demás, y la responsabilidad ética, que define las obligaciones para con nosotros mismos. Conviene no perder de vista que esa responsabilidad

jurídica, los mínimos pactados en el contrato social, tiene en su origen un fundamento moral, cosa que se desconoce en nuestra sociedad, y que acentúa el divorcio entre «lo ético» y «lo legal».

El concepto de responsabilidad y excelencia profesional se entiende muy bien desde esta perspectiva. Tradicionalmente la responsabilidad de la profesión médica ha sido básicamente moral o de máximos, y era tarea del profesional «virtuoso» exigirse a sí mismo tales obligaciones. Esto explica que hasta el siglo XIX nuestra profesión haya gozado de impunidad jurídica. En la actualidad ocurre justo lo contrario. Inmersos en un mundo contractualista, los profesionales sólo se preguntan qué dice la ley para saber qué es lo que tienen obligación de hacer.

El paso de un extremo a otro se ha producido de manera tan brusca como señala la ley del péndulo, y urge recuperar un punto intermedio, entre otras razones porque la profesión sanitaria no puede funcionar de esta manera, cumpliendo meros requisitos legales que, por otra parte, son totalmente lógicos. Obligan a no hacer daño, es decir, a no ser negligentes, ni imprudentes, ni imperitos, pero nada más. Es paradójico que los profesionales se limiten, cada vez más, a cumplir con estos mínimos. Las profesiones sanitarias tienen obligaciones y responsabilidades con los pacientes que van más allá, y este es un compromiso moral que se ha dado a lo largo de la historia y sin el cual no es posible el ejercicio de la profesión.

En la historia occidental encontramos cuatro paradigmas o modos de entender esa responsabilidad: el del juramento, el de los códigos, el de los derechos y la autonomía, y el de la excelencia o calidad total (Tabla 5).

- a. *La ética hipocrática o del juramento*. Es el modelo de mayor éxito histórico, ya que ha mantenido su vigencia desde el siglo V a.C. hasta mediados del siglo XIX. La fórmula utilizada por este modelo es la de la profesión religiosa o juramento, que expresa el rol cuasi sacerdotal del médico y su talante ético más allá de cualquier responsabilidad meramente jurídica¹⁹. Esta excelencia profesional se transmite a través de las generaciones hasta bien entrada la modernidad. En el siglo XVII la medicina se burocratiza, se organiza alrededor de instituciones -los colegios profesionales- que monopolizan tanto el ejercicio como la formación del médico. Se crea así una ética médica colegial que mantiene la idea del virtuosismo moral, pero añade formulaciones de orientación burocrática en el seno de esa misma tradición paternalista que ya está adquiriendo matices nuevos.
- b. *La ética de los códigos deontológicos*. En el año

1803 publica Thomas Percival su libro *Medical Ethics*, un pequeño tratado de reglas que deben regir las relaciones del médico para consigo mismo, para con los enfermos y para con sus colegas y la sociedad en su conjunto. Este esquema pasará a todos los códigos posteriores a Percival, un gran clínico muy preocupado por la configuración de la profesión médica. Como hombre ilustrado no podía permanecer inmune a su entorno, y si bien su obra enlaza con la tradición paternalista y virtuosa tan típica de la ética hipocrática, se le considera el intermediario entre esa tradición y el autonomismo político del mundo moderno²⁰. El espíritu y estructura del código de Percival pasó íntegramente al primer código ético de la American Medical Association del año 1874, y a través de él a todos los códigos de ética posteriores. A diferencia del juramento, los códigos son una fórmula más secular y laica de expresar la responsabilidad profesional. Mantienen la tradición del médico «virtuoso» paternalista, pero inician ya la vía de lo que llamaremos ética normativa o de los derechos.

- c. La *ética de los derechos*. Los derechos de los enfermos se han ido constituyendo a partir de dos raíces claramente diferenciadas: la experimentación médica y la jurisprudencia relativa a la práctica médica, sobre todo a la práctica quirúrgica²¹. El cambio de perspectiva en este modelo es total. Si durante siglos la deontología tradicional se apoyó en el médico

virtuoso, que siempre hará lo mejor para sus pacientes, la nueva ética médica se construirá sobre la idea de que los enfermos son sujetos con derechos.

Son los avances del derecho en su reivindicación de respeto a los derechos de los pacientes los que exigen una transformación radical de la ética clínica, que gire desde la tradición paternalista hacia la del respeto a la autonomía. La falta de información ha ido dando lugar en todos los países a una serie de fallos judiciales que reconocen el derecho de los enfermos a esa información y al consentimiento, es decir, al respeto de su autonomía. Ambas raíces han confluído en una vía final común, las cartas y las leyes sobre los derechos de los pacientes²².

- d. La *ética de la calidad total o la excelencia moderna*. Este modelo proviene del mundo empresarial. En 1982, dos autores norteamericanos publicaron los resultados obtenidos tras estudiar las empresas de mayor productividad de la industria en su país, y que fueron caracterizadas como excelentes. Entre sus rasgos destacaba la escucha al cliente, favorecer el espíritu innovador y movilizar al personal en torno a una filosofía de empresa que todos pudieran identificar²³. Este paradigma introduce dos elementos en el mundo de la sanidad: el de la calidad y el de la excelencia profesional, entendida de manera muy distinta a la del médico virtuoso hipocrático.

Tabla 5. Paradigmas de responsabilidad profesional

Responsabilidad profesional	Tipo de relación clínica
Ética hipocrática, ética de la virtud <ul style="list-style-type: none"> • Juramento cuasi religioso • Excelencia moral • Impunidad jurídica • Médico «<i>virtuoso</i>» [Responsabilidad moral]	Modelo paternalista <ul style="list-style-type: none"> • Asimétrica y vertical • El bien del paciente es definido por el médico. Coincide con el bien técnico
Ética de los códigos deontológicos <ul style="list-style-type: none"> • Secularizan el juramento • Excelencia moral • Moralismo y burocratización [Responsabilidad moral]	Paternalismo juvenil <ul style="list-style-type: none"> • Paciente como adolescente • Capaz sólo para ciertas decisiones que no son fundamentales
Ética de los derechos <ul style="list-style-type: none"> • Raíces: jurisprudencial y experimental • Cartas y leyes de derechos de los pacientes [Responsabilidad jurídica]	Modelo informativo <ul style="list-style-type: none"> • Médico = <i>experto</i> que informa • Paciente, sujeto con derechos civiles en la relación clínica • El consentimiento es un documento que debe ser firmado
Ética de la excelencia (moderna) <ul style="list-style-type: none"> • Respeto y reconocimiento del paciente como un sujeto moral • Calidad en la relación clínica • Médico «<i>capacitado</i>» en el análisis de conflictos morales [Responsabilidad jurídica y moral]	Modelo deliberativo <ul style="list-style-type: none"> • Relación clínica como negociación • El consentimiento es un proceso • Se aclaran valores y se delibera sobre los cursos de acción

Ahora es fácil ver que en los dos primeros modelos la responsabilidad era primariamente moral, sustentada en un profesional virtuoso que busca el bien aplicando sus conocimientos al paciente dentro de un esquema de relación paternalista. En el tercer modelo se sustituye el paternalismo por la autonomía, cuyo respeto es además legalmente exigible en virtud del contrato social. Tiene la ventaja de hacer exigible por ley el respeto de los derechos de los pacientes, pero puede convertirse en un mero formalismo, como de hecho está ocurriendo en muchos lugares.

La excelencia profesional sólo se consigue en el último modelo que, sin duda, va más allá de las meras obligaciones jurídicas. De poco vale exigir el respeto al contrato si no existe un reconocimiento previo de ese otro que es el enfermo. De poco sirve exigir legalmente la firma de un consentimiento informado si no se da el proceso respetuoso de relación y reconocimiento del enfermo como ese «otro» que posee una autonomía moral y que debe ser respetado. La excelencia profesional, el ir más allá de los mínimos que marca la ley, es un elemento irrenunciable de nuestra profesión. El compromiso con la excelencia es la búsqueda de la perfección, de la calidad total, de la obra bien hecha. En la relación clínica el médico debe aspirar a la excelencia, a la superación del respeto y acatamiento a los mínimos legales que hoy nos exige la sociedad.

En eso es en lo que tenemos que educar a los alumnos de las Escuelas de Medicina, pero tan imprudente, por ineficaz e inadecuado, puede ser intentar hacerlo exclusivamente a partir del antiguo modelo de la ética de la virtud, como quedarnos en el mero respeto a las exigencias legales.

CONCLUSIÓN

Volvamos ahora al inicio de este artículo. Sin

duda que en las Escuelas de Medicina debemos aspirar a conseguir profesionales «virtuosos», pero ya no tiene sentido hacerlo de la manera tradicional. La enseñanza de la Bioética moderna, de sus conocimientos y habilidades, será capaz de generar profesionales cualificados para identificar conflictos morales en el seno de sociedades plurales, y de utilizar modelos de relación clínica que respondan al respeto de los valores implicados en ella (Tabla 6).

Esta es la vía que permite modificar actitudes. Si cambiamos el concepto «virtuoso» por el concepto de «excelente» y capacitado, cambiaremos también el perfil y los objetivos de la enseñanza de la Bioética. De hecho, el término más correcto para traducir la palabra griega *arete* no es virtud, sino excelencia. Sin duda que el médico virtuoso era excelente en su medio histórico, pero no puede serlo de la misma manera 25 siglos más tarde. Es más lógico esperar que sea respetuoso, honesto y veraz con el paciente aquel profesional que tiene habilidades comunicativas y ha aprendido cómo dar malas noticias. De igual forma será justo aquel que comprenda mejor lo que significa moralmente para una sociedad el acceso universal y equitativo a las prestaciones sanitarias. Podrá comprometerse con su paciente y respetar sus opciones mucho mejor el médico que sepa evaluar su capacidad para rechazar un tratamiento, y que plasme dicha evaluación en la historia clínica, entendiendo además que respetar la decisión del paciente no significa dar por finalizada la relación clínica.

La enseñanza de la Bioética en el pregrado plantea, todavía hoy, muchas cuestiones: qué debe aprender el alumno, quién lo puede enseñar, cómo, etc. Pero hay una cuestión previa que condiciona todas estas preguntas, y es aquella que hace referencia al perfil del profesional que esperamos obtener. En un artículo ya clásico Diego Gracia describe dos tipos de enfoque en la

Tabla 6. Perfiles de formación

Profesional «virtuoso»	Profesional «capacitado»
<ul style="list-style-type: none"> • Se plantea de forma transversal, a lo largo de todo el currículo. • No se definen competencias (capacidad para resolver un problema), ni momentos específicos para su enseñanza. • Suele hacer hincapié en temas muy sensibles desde el punto de vista de los valores, y que generan conflicto social (vs: eutanasia, aborto, etc.) • Responde a sociedades donde es difícil aceptar el pluralismo de los valores. • Educar al profesional es transmitir valores absolutos y universales. 	<ul style="list-style-type: none"> • No se plantea de forma transversal sino puntual. • Se definen competencias específicas (transferibles) y momentos idóneos para su aprendizaje. • Se hace hincapié en los temas y conflictos que se plantean en la relación clínica (vs: el problema del rechazo de tratamiento por parte de un paciente, la evaluación de la capacidad para tomar decisiones, etc.). • Responde a un marco social que acepta como base de su convivencia ciudadana la pluralidad moral. • Educar es enseñar a identificar conflictos morales, y adquirir conocimientos y habilidades para su manejo en el respeto a la diferencia moral.
Ética médica tradicional	Bioética

enseñanza de la Bioética, el enfoque «pedagógico» y el «socrático o mayéutico». Su tesis es que en la enseñanza en general hay algo que suele quedar fuera del enfoque pedagógico, y que a la postre es lo fundamental. Ese algo es el cambio, la transformación del propio ser. Todo proceso docente que no consigue la *metánoia*, el cambio, que no transforma en algo la existencia del sujeto, es puramente externo y «libresco»²⁴.

Pero la transformación tiene que hacerla cada uno, en el interior de sí mismo, personalmente, y más en temas de valores como el que nos ocupa. El cambio que vamos buscando es un cambio de

actitud, de compromiso con la excelencia, y eso, en sujetos adultos, solo se puede y se debe hacer mediante la adquisición de conocimientos y habilidades en el manejo de los conflictos de valor en el seno de sociedades plurales. Llegaremos, pues, al profesional excelente a través de un profesional capacitado en esta área de tanta relevancia para la Medicina.

Agradecimientos: Al profesor Diego Gracia, Catedrático de H^a de la Medicina y director del Master de Bioética de la Universidad Complutense de Madrid, por la atenta lectura de este manuscrito y la transmisión de muchos de los conceptos en él vertidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Consensus statement by teachers of medical ethics and law in UK medical schools. Teaching medical ethics and law within medical education: a model for the UK core curriculum. *J Med Ethics* 1998; 24: 188-192.
2. Calman KC, Downie RS. Practical problems in the teaching of ethics to medical students. *J Med Ethics* 1987; 13:153-156.
3. Tysinger W, Klonis L, Sadler J, Wagner J. Teaching ethics using small-group, problem-based learning. *J Med Ethics* 1997; 23: 315-318.
4. Myser C, Kerridge I, Mitchell K. Teaching clinical ethics as a professional skill: bridging the gap between knowledge about ethics and its use in clinical practice. *J Med Ethics* 1995; 21: 97-103.
5. Eckles RE, Meslin FM, Helft PR. Medical ethics education. Where are we?. Where should be going?. *Acad Med* 2005; 80(12): 1143-1152.
6. Instrumento de ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997, BOE n° 251, de 20 de octubre de 1999.
7. 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. BOE n° 274, de 15 de noviembre de 2002.
8. Couceiro A. Enseñanza de la Bioética y planes de estudios basados en competencias. *Educ Med* 2008; 11(2): 69-76.
9. Sistema de Acreditación de Programas. Planteamientos, Proposiciones y Consulta, para Instituciones de Educación Superior. [Documento de Trabajo]. Ministerio de Educación. MECE-SUP, 1998.
10. Rosselot E. Acreditación de Escuelas de Medicina: Trabajando para la calidad y la confiabilidad pública. *Rev Méd Chile* 2001; 129(8): 935-943. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872001000800014&lng=es&nrm=iso
11. Comisión Nacional de Acreditación del Pregrado (Comité Técnico de Medicina). Estándares para la acreditación de Escuelas de Medicina. Santiago de Chile. Disponible en: <http://www.cna.chile.cl/docs/materiales/criteriosespecificos/medicina.pdf>
12. Couceiro A. La relación clínica en las sociedades democráticas. *Bioética y Debat* 2007; 4(50): 17-21.
13. Couceiro A. Tecnología, dolor y sufrimiento en las unidades de críticos. En: Bayés R, editor. *Dolor y sufrimiento en la práctica clínica*. Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médicas 2004; p. 53-68. Disponible en: http://www.fundacionmh.m.org/Monografias_2/Articulos/edicion1.html
14. Casell EJ. La escoba del brujo: el desenfreno de la tecnología. En: Thomasma D, Kushner T, editores. *De la vida a la muerte: ciencia y bioética*. Madrid: Cambridge University Press, 1999; p. 196-210.
15. Hottois G. El paradigma bioético. Una ética para la tecnociencia. Barcelona: Antrophos 1991.
16. Couceiro A, Muñoz M. La enseñanza de la Bioética en Medicina. *Rev Educ Cien de la Salud* 2007; 4(2): 92-99. Disponible en: <http://www2.udec.cl/ofem/recs/>
17. Gracia D. Ética y responsabilidad profesional. En: *Profesión médica, investigación y justicia sanitaria*. El Buho: Bogotá, 1998, p. 39-57.
18. Cortina A. Ética cívica. En: *Ética aplicada y democracia radical*. Tecnos: Madrid, 1993; 195-210.
19. Gracia D. El juramento hipocrático. En: *Fundamentos de Bioética*. Eudema: Madrid, 1989, p. 45-72 (2ª edición, Triacastela: Madrid, 2008).
20. Gracia D. El orden médico. La ética médica de Thomas Percival. *Asclepio XXXV* (1983), 227-255.
21. Rodríguez P. Los derechos de los enfermos. En: *AAWW. Derechos de las minorías y de los grupos diferenciados*. Escuela Libre Editorial: Madrid, 1994, p.50-63.
22. Couceiro A, Heredia F. Los derechos de los pacientes y el proyecto de Ley en Chile: estructura, contenido y análisis ético. *Vida Médica* 2007;59(1):66-73.
23. Peters Th, Waterman R. En busca de la excelencia: Las lecciones de las empresas mejor gestionadas de Estados Unidos. Folio: Barcelona 1992.
24. Gracia D. Hacia un enfoque socrático de la enseñanza de la Bioética. En: *Fundamentación y enseñanza de la Bioética*. El Buho: Bogotá, 1998, p. 185-194.

Correspondencia:

Azucena Couceiro V.

E-mail: acouceiro@arrakis.es