

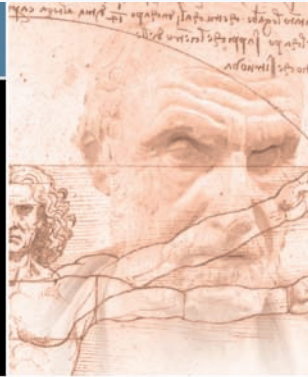


FUNDACIÓN  
TEJERINA

Unidad Docente  
Aula de Estudios Avanzados

COLECCIÓN DOCENCIA UNIVERSITARIA

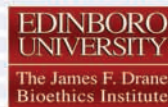
# Educar en Bioética al profesional de Ciencias de la Salud. Una perspectiva internacional



Serie Humanidades Médicas

Edición y coordinación: Benjamín Herreros Ruiz-Valdepeñas • Fernando Bandrés Moya  
Iconografía y comentarios: Pedro Gargantilla Madera

Colabora



THE MACLEAN CENTER FOR CLINICAL MEDICAL ETHICS

## Coordinadores de la monografía



**Benjamín Herreros Ruiz-Valdepeñas**

*Médico Especialista en Medicina Interna y Magister en Bioética.  
Hospital Universitario Fundación Alcorcón.  
Profesor de Humanidades Médicas.  
Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Europea de Madrid.*



**Fernando Bandrés Moya**

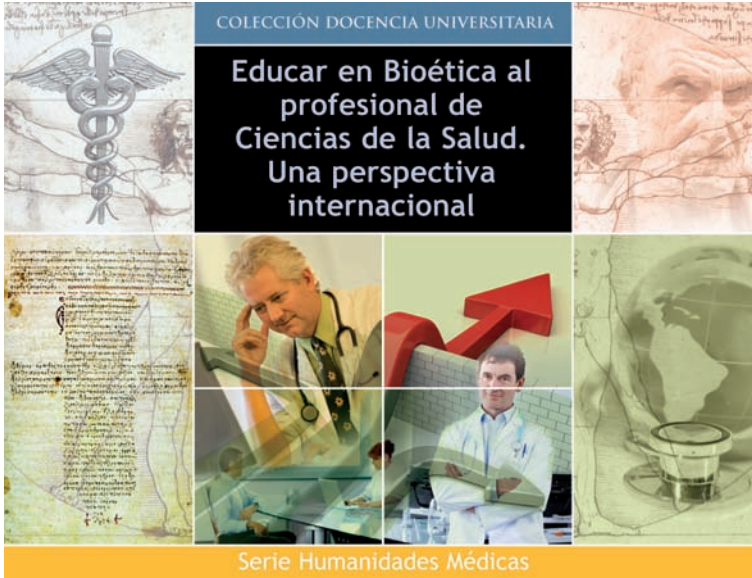
*Director del Aula de Estudios Avanzados.  
Unidad Docente Fundación Tejerina.  
Profesor Titular de Toxicología y Legislación Sanitaria.  
Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid.*

## Iconografía y comentarios



**Pedro Gargantilla Madera**

*Médico Especialista en Medicina Interna. Hospital de El Escorial.  
Profesor de Humanidades Médicas.  
Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Europea de Madrid.  
Miembro de la Asociación Nacional de Médicos Escritores y Artistas (ASEMEYA).*



**Directores de la Colección**  
Fernando Bandrés y Santiago Delgado

**Director de la Serie Humanidades Médicas**  
Benjamín Herreros

**Coordinadores de la Monografía**  
Benjamín Herreros y Fernando Bandrés

**Iconografía y comentarios**  
Pedro Gargantilla

Con la colaboración especial de:



**Cátedra Florencio Tejerina**  
de Patología de la Mama y  
Humanidades Médicas



© 2010

EDUCAR EN BIOÉTICA AL PROFESIONAL DE CIENCIAS DE LA SALUD

ISBN: 978-84-937689-1-1

Depósito legal: M-28423-2010

**Edita**

ADEMÁS Comunicación Gráfica, s.l.

**Diseño y Maquetación**

Francisco J. Carvajal

**Imprime**

Imprimex

## Autores

*James Drane.* Russell B. Roth Professor of Bioethics. Edinboro University of Pennsylvania, EE.UU.

*Benjamín Herreros Ruiz-Valdepeñas.* Profesor de Humanidades Médicas. Universidad Europea de Madrid.

*Octavio Márquez Mendoza, Marcela Veytia López.* Profesores investigadores del Centro de Investigación en Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma del Estado de México, México.

*Gregorio Palacios García Cervigón.* Magíster en Bioética. Unidad de Medicina Legal Abascal.

*Carlos Pose Varela.* Profesor de Filosofía. Instituto Teológico Compostelano. Universidad Pontificia de Salamanca.

*Miguel Ángel Sánchez González.* Profesor titular de Historia de la Ciencia y docente de bioética. Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.

*Mark Siegler.* Director del MacLean Center for Clinical Medical Ethics. Universidad de Chicago, EE.UU.

*Emanuele Valenti.* Centro di Bioetica Clinica e Governance della Salute "Ca' Grandam" Ospedale Policlinico di Milano, Milán, Italia.

*Susana Vidal.* Consultora para América Latina y El Caribe en Bioética de la UNESCO, Oficina de la UNESCO de Montevideo. Coordinadora Académica del Programa de Educación Permanente en Bioética de la Red Bioética UNESCO.

*Fernando Bandrés Moya.* Director de Aula de Estudios Avanzados de la Fundación Tejerina. Profesor Titular de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.

## Iconografía y Comentarios

*Pedro Gargantilla Madera.* Profesor de Humanidades Médicas. Universidad Europea de Madrid. Miembro de la Sociedad Española de Médicos Escritores y Artistas.



Prólogo	7
<b>LA ENSEÑANZA DE LA BIOÉTICA. PASADO, PRESENTE Y FUTURO</b>	
La disciplina de la bioética en España y en las Américas. Una historia personal <i>James Drane</i> <i>Russell B. Roth Professor of Bioethics. Edinboro University of Pennsylvania, EE.UU.</i>	9
La bioética que vamos a enseñar y el peligro de los reduccionismos éticos <i>Miguel Ángel Sánchez González</i> <i>Profesor titular de Historia de la Ciencia y docente de bioética. Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid</i>	27
<b>LA BIOÉTICA EN LA FORMACIÓN CLÍNICA</b>	
La enseñanza de la bioética en los diferentes periodos de formación del médico <i>Gregorio Palacios García-Cervigón</i> <i>Magíster en Bioética. Unidad de Medicina Legal Abascal</i>	35
La importancia del aspecto práctico y clínico de la ética en la formación de los profesionales de la salud. La experiencia del McLean Center for Clinical Medical Ethics <i>Mark Siegler</i> <i>Director del MacLean Center for Clinical Medical Ethics. Universidad de Chicago, EE.UU.</i>	47
<b>LOS VALORES Y LOS SENTIMIENTOS EN LA EDUCACIÓN EN BIOÉTICA</b>	
La educación de los valores profesionales en la medicina <i>Benjamín Herreros Ruiz-Valdepeñas</i> <i>Profesor de Humanidades Médicas. Universidad Europea de Madrid</i>	59
La formación en bioética ante el conflicto entre deseo y necesidad sanitaria <i>Carlos Pose Varela</i> <i>Profesor de Filosofía. Instituto Teológico Compostelano. Universidad Pontificia de Salamanca</i>	71



## Índice

### PROPUESTAS DE FORMACIÓN EN BIOÉTICA

- Propuesta de modelo de enseñanza de la bioética: los seminarios de formación en emergencias 83  
*Octavio Márquez Mendoza, Marcela Veytia López*  
*Profesores investigadores del Centro de Investigación en Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma del Estado de México, México*
- La enseñanza de la bioética en salud mental: una tarea pendiente 101  
*Emanuele Valenti*  
*Centro di Bioetica Clinica e Governance della Salute "Ca' Grandam" Ospedale Policlinico di Milano, Milán, Italia*
- Una propuesta educativa de bioética para américa latina. Programa de educación permanente en bioética. Redbioética UNESCO 121  
*Susana Vidal*  
*Consultora para América Latina y El Caribe en Bioética de la UNESCO, Oficina de la UNESCO de Montevideo. Coordinadora Académica del Programa de Educación Permanente en Bioética de la Red Bioética UNESCO*

### ANEXOS

- Anexo 1. Recomendaciones sobre educación en bioética en diferentes declaraciones de organismos nacionales e internacionales 159
- Anexo 2. Programa de Base de Estudios sobre Bioética de la UNESCO 167



## Prólogo

El libro *Educación en bioética al profesional de ciencias de la salud. Una perspectiva internacional*, nació de las ponencias realizadas en el VI Seminario Internacional e Interuniversitario de Biomedicina y Derechos Humanos, realizado en la Real Academia de Jurisprudencia en 2009. Tras la interesante discusión que se produjo en dicho evento, en la que participaron ponentes de la talla internacional de James Drane o Mark Siegler, así como referentes de la bioética española actual, como Miguel Sánchez, surgió la idea de realizar una publicación que recogiera las experiencias expuestas en el Seminario junto a otros trabajos sobre educación en bioética. La finalidad era trazar una perspectiva actual y útil sobre la educación en bioética. Para ello se vincularon diferentes docentes en bioética, lo que permitió estructurar el libro en cuatro grandes epígrafes para abordar aspectos preferenciales de la educación en bioética a los profesionales de la salud.

En primer lugar era preciso tener una perspectiva histórica (*La enseñanza de la bioética. Pasado, presente y futuro*). Hemos tenido el privilegio de que James Drane pueda narrar en su capítulo, cómo nació la bioética en América y en España, ya que, él mismo, fue testigo de primer orden. Miguel Sánchez completa esta visión histórica analizando qué tipo de bioética es la que se va a enseñar. La segunda parte (*La bioética en la formación clínica*) se acerca más a las necesidades reales de los profesionales y de los formadores en bioética. Gregorio Palacios analiza cómo debe ser la bioética a lo largo de los diferentes periodos de formación del médico y el prestigioso Mark Siegler profundiza en su capítulo sobre la importancia del aspecto práctico y clínico de la ética en la formación de los profesionales de la salud. El tercer bloque, *Los valores y los sentimientos en la educación en bioética*, nos parece especialmente trascendental. Por fortuna los valores y los sentimientos son aspectos cada vez más importantes en la educación ética, y de ello se han ocupado Benjamín Herreros y Carlos Pose. Finalizamos el libro con el bloque *Propuestas de formación en bioética*. En esta última parte hemos querido recoger las experiencias y propuestas de docentes en bioética fuera de nuestro entorno, porque pueden ser muy enriquecedoras para los educadores españoles. Octavio Márquez y Marcela Veytia exponen un modelo de enseñanza de la bioética a través de los seminarios de formación en emergencias que realizaron en México, Emanuele Valen-



## Prólogo

ti argumenta en su capítulo la necesidad de enseñar bioética en salud mental y, finalmente, Susana Vidal muestra la propuesta educativa de bioética para América latina de la UNESCO, concretamente el Programa de Educación Permanente en Bioética de la UNESCO. Este último capítulo tiene gran relevancia y por ello hemos incluido en un anexo parte del Programa de Base de Estudios sobre Bioética de la UNESCO. En otro anexo se muestran las recomendaciones sobre educación en bioética que se realizan en las declaraciones de destacados organismos nacionales e internacionales. Para ilustrar el libro, Pedro Gargantilla, experto en medicina y pintura, ha seleccionado para su comentario ocho cuadros clásicos sobre educación médica y sobre relación médico-paciente.

Queremos agradecer a la Fundación Tejerina y a ASISA su colaboración para poder editar el libro. Gracias a su generosidad se ha podido hacer realidad un proyecto que une ética, educación y salud. Y por supuesto nuestra gratitud también a los autores. Su esfuerzo ha permitido construir un texto actual y riguroso, plural y coherente. Esperamos que sea provechoso para quienes trabajan en bioética.

FERNANDO BANDRÉS Y BENJAMÍN HERREROS  
Editores

## La disciplina de bioética en España y en las Américas. Una historia personal

James Drane

Empiezo con una confesión. Debido a donde estoy ahora, a mi edad, la gente asume que no tengo nada que hacer. Por lo tanto, no está mal pedirme algo; conferencias, clases, artículos, libros. Lo que se me pide tiende a ser una perspectiva histórica: ¿Cómo eran las cosas hace tiempo? ¿Cuándo empezaste a hacer aquello? ¿Cómo empezó esto? El tema de mi capítulo es cómo empezó la disciplina de bioética y su enseñanza.

Estoy en la penúltima etapa de mi vida. Todavía continúo trabajando todos los días, más de lo que quisiera, y un poco enfadado debido a mis debilidades mentales. Olvido muchas cosas. Después de esta confesión pública, empecé mi penitencia, hacer un breve recorrido de mi participación en la bioética, primero en Estados Unidos y después en España y en los países hispanohablantes de América Latina.

### El nacimiento de la bioética en Estados Unidos

#### Después de la Segunda Guerra Mundial. Los problemas de la contracepción

La historia de mi participación con una ética médica que iba a ser la bioética data del período posterior a la segunda guerra mundial, cuando la medicina moderna empezó a transformarse en una medicina norteamericana. Poco después de la Segunda Guerra Mundial, yo —un seminarista— fui enviado a Roma para estudiar teología en la Universidad Gregoriana. Esta institución jesuita, muy respetada, tenía estudiantes de todo el mundo. La lengua oficial de la universidad entonces era el latín. Los profesores eran académicos jesuitas de diferentes países que daban sus conferencias en latín a clases enormes. Los exámenes eran generalmente orales y en latín. Mi profesor de teología moral era el padre Francis Hurth, SJ, que tenía muchos títulos además de ser médico. Él utilizaba casos médicos siempre para aplicar principios éticos a situaciones concretas. Otro profesor mío de teología moral era el Padre Edwin Healy, que había escrito varios libros sobre la medicina y ética y también usó casos éticos de la medicina. Lo que nosotros, los estudiantes, recibíamos en Roma en la Gregoriana era una educación al estilo clásico medieval, enfocada en la teología, el derecho y la medicina. Mi formación en teología fue una introducción a la ética médica y a la bioética.

## La disciplina de bioética en España y en las Américas. Una historia personal

Durante los largos veranos, a los estudiantes norteamericanos no se les permitía regresar a casa y por lo tanto viajábamos por toda Europa. La experiencia académica romana estaba enriquecida por contactos en vivo con diferentes culturas. Mi primera visita a España fue en los primeros años de la década de los cincuenta.

Después de mi ordenación de sacerdote mi primera asignación fue a un hospital. Allí me enfrenté a algunos de los muchos problemas éticos creados por las nuevas tecnologías y las nuevas intervenciones médicas. Esto ocurrió sólo pocos años después de la Segunda Guerra Mundial y después de que el gobierno de Estados Unidos hubiera invertido enormes cantidades de dinero en investigación médicas y en el desarrollo de nuevos tratamientos médicos. Se empezaban a introducir muchos fármacos y tecnologías nuevas en los hospitales. Hubo desacuerdos entre médicos sobre el uso apropiado de estos nuevos instrumentos, y los médicos frecuentemente también se veían involucrados en conflictos con los pacientes y las familias sobre el uso de estas nuevas tecnologías. Estas cuestiones (qué posición era o no correcta), a menudo eran llevadas a los sacerdotes y eticistas académicos. Aquellos que fueron tan consultados por los médicos y que debían dar respuestas a esas situaciones éticas, empezaron a pensar en la necesidad de una disciplina académica en la cual los problemas éticos de la nueva medicina científica se pudieran estudiar rigurosamente. En ocasiones se formaron comités para discutir los problemas éticos y para tratar de crear soluciones que se pudieran justificar. Estas fueron algunas de las situaciones de ese contexto histórico del que emergió la disciplina de la bioética.

Un problema que tuve que confrontar mi primera semana en el hospital también estuvo relacionado con el inicio de la bioética. Fue presentado por una pareja católica casada que ya tenía 6 niños y que no podía controlar la procreación. Ellos se amaban y sin la ayuda de los nuevos medicamentos y tecnologías de contracepción no podían controlar el tamaño de su familia. El método permitido por la Iglesia —el método de control natural— no era eficaz en su caso. Yo les explique los argumentos que había aprendido en las clases de teología para apoyar la postura de la Iglesia. Estos parecieron convencer al esposo pero no a la esposa. Una o dos semanas después de nuestra conversación, la monja que me había enviado la pareja se me acercó en el pasillo para decirme algo. Me informó que la pareja se había separado. Me quedé atónito y caí al suelo, literalmente. Mi respuesta había tenido consecuencias terribles para la pareja y para sus 6 niños. Yo era el mayor de 10 hermanos y por lo

## La disciplina de bioética en España y en las Américas. Una historia personal

tanto sabía, de mi propia experiencia, las dificultades que experimentan la madre y el padre de familias grandes. Sabía que le había fallado a esta pareja y sabía que tenía que hacer algo. Empecé a reconsiderar la enseñanza oficial. Empecé a regresar a mis libros de teología a mis libros de la historia de la iglesia. Había una creciente bibliografía sobre este problema dentro de la Iglesia y afuera en la sociedad. Terminé construyendo una defensa del control de natalidad y de la contracepción en el matrimonio. La contracepción era moral, yo decía, cuando se usaba para controlar la procreación dentro del matrimonio, y cuando se usaba para facilitar una continua expresión de amor marital y cuando la procreación adicional podría ser física, emocional o económicamente imprudente. No publiqué ese artículo inmediatamente porque sabía que causaría una reacción muy “negativa” en el obispo.

Después de mi estancia en el hospital, me asignaron a enseñar en el seminario de St. John en Little Rock, Arkansas. Primero enseñé latín y después se fue el profesor de español y tuve que añadir sus clases. Me matriculé en el programa de Masters en Castellano en la Universidad de Middlebury en Vermont. Después de unas clases en Vermont en verano, los estudiantes de este programa se trasladaban a la Universidad de Madrid en España. Durante esta época, el general Franco gobernaba y en la universidad yo estaba constantemente confrontado con temas de marxismo y fascismo.

Para pasar más allá del marxismo teórico, decidí tratar de entrar a escondidas a la Unión Soviética, para así ver cómo la doctrina funcionaba en la práctica. Fui a Austria y al sector por entonces bajo control de la Unión Soviética. Me hice amigo de un grupo de comunistas que planeaba visitar la Unión Soviética y los convencí para que me llevaran con ellos. A los norteamericanos no se les permitía entrar allí. Por lo tanto tenía que guardar secreta mi identidad. Viajamos extensamente y viví experiencias muy interesantes sobre las que empecé a escribir a mi regreso. Visité hospitales para ver como funcionaba la medicina allí. Fue un choque ver lo primitiva que era.

Al volver a Estados Unidos publique artículos y un libro (*Pilgrimage to Utopia - La Rusia Actual*) sobre mi experiencia. Cuando agentes del gobierno norteamericano leyeron algunos de mis artículos enviaron a unos investigadores a entrevistarme. Compartí muchas fotos, tomadas dondequiera que los guías de la KGB decían que no se permitía tomar fotos. Desde ese momento, por desgracia y sorpresa, los agentes seguían mis huellas, dónde estaba, y qué estaba haciendo.

## La disciplina de bioética en España y en las Américas. Una historia personal

### El Concilio Vaticano Segundo. Las bases de la tolerancia

Después de terminar el título de Masters en castellano regresé a España para empezar un programa de doctorado en filosofía o ética en la Universidad de Madrid. Había empezado el Concilio Vaticano Segundo. Durante esta segunda visita a España yo tenía dos objetivos: 1) recibir un Doctorado en Ética bajo la tutela de José Luis Aranguren, el eticista más reconocido de España, 2) intentar influenciar a la jerarquía española a cambiar sus convicciones sobre el tema de libertad religiosa. El segundo objetivo fue planeado bajo la dirección del padre John Courtney Murray, SJ, un teólogo jesuita que era el asesor principal de los obispos norteamericanos en el Concilio del Vaticano Segundo, y el autor principal del documento sobre la libertad religiosa.

El Concilio del Vaticano Segundo se reunió en cuatro sesiones de 1962 a 1965. El objetivo más importante del Concilio era de mover la Iglesia más allá de la actitud negativa del Concilio del Vaticano Primero hacia los valores de la Ilustración, y reconciliar la Iglesia con el mundo moderno. La Ilustración europea del siglo XVIII tenía un sabor distintivamente anticatólico, porque proponía las ciencias duras de laboratorio como la única forma de conocimiento. Los intelectuales de esa época trataron que la sociedad ignorase la religión y la época medieval, buscando una nueva era de libertad individual y de democracia política. Los líderes políticos de la Ilustración eran especialmente antagonísticos contra la Iglesia Católica —diciéndolo de otra manera, eran anticatólicos— debido al poder que las autoridades de la Iglesia ejercían sobre la gente común en muchas naciones europeas. Las autoridades católicas fueron públicamente amenazadas. Se les quitó el poder público y perdieron los Estados Papales. Los Papas reaccionaron contra la Ilustración con críticas y condenaciones de todo lo que representara la Ilustración. John Courtney Murray en sus muchos libros y artículos argumentaba teológicamente por una perspectiva política mas positiva a favor de los derechos humanos universales, y por el ideal de libertad religiosa. La Iglesia, él argumentaba, necesitaba cambiar sus enseñanzas y su política en estos temas. Un documento del Concilio expresaba sus ideas. Este importante documento encontró fuerte oposición en el Concilio por parte de los obispos españoles. Ellos eran de la posición de que “el error no tiene derechos” y por lo tanto ellos defendían la unión con el Estado de Franco y la negación de los derechos básicos a los no católicos. Esta

## La disciplina de bioética en España y en las Américas. Una historia personal

perspectiva estaba fuertemente establecida en la España de Franco en aquellos tiempos.

Un pequeño incidente que ocurrió durante mi estadía ayudará a los lectores a comprender el clima político y religioso de España en esos días. Un turista evangelista norteamericano se detuvo para que le lustraran los zapatos en un puesto en el centro de Madrid y usó la oportunidad para tratar de convertir al hombre mayor que le lustraba los zapatos. Después de escuchar los ruegos para su conversión al protestantismo, el hombre pensó por un minuto y luego le dijo: mira, “yo no creo en la Iglesia Católica, que es la ‘única’ verdadera iglesia, ¿cómo puedo creer en la tuya?”. Uno de los puntos más importantes del Padre Murray era que, donde la Iglesia Católica es la religión oficial y gozaba de una posición privilegiada, allí se crea una extensa pérdida de fe en la población, que después se reprime. Todas las religiones estarían mucho mejor en ambiente social de libertad política y respeto mutuo.

Mi tarea, planificada con el Padre Murray en la Universidad de Georgetown, era escribir mi tesis doctoral en castellano sobre estos temas, y mientras estaba en España, dirigirme a los obispos españoles personalmente con los argumentos para tratar de cambiar la postura oficial de la Iglesia española. Mi profesor y mentor en la universidad compartía la perspectiva del padre Murray. El estuvo de acuerdo con el tema de mi disertación y con mis esfuerzos de entablar una relación con los obispos españoles. El título de mi disertación era *Las bases de la tolerancia*.

Hablé con muchos obispos y en una ocasión fui invitado a hablar a toda la jerarquía española sobre este tema. Ellos escucharon, pero mis razonamientos cayeron en el vacío de un silencio ensordecedor. Un obispo, después de la conferencia, y en camino al comedor, me susurró muy en privado que él estaba de acuerdo conmigo. Cuando el documento sobre la libertad religiosa llegó para ser votado en el concilio, los obispos españoles votaron negativamente. Mi proyecto no tuvo éxito. El voto final sobre este documento al final del Concilio fue 1.954 a favor, 249 en contra. Este voto y las nuevas enseñanzas éticas de la Iglesia fueron uno de los momentos más importantes del Concilio. Fue un éxito para los obispos norteamericanos que abogaban por los cambios, y fue un tributo a su asesor principal y teólogo experto, Padre John Courtney Murray, cuyas ideas y razonamientos reflejaba el documento.

## La disciplina de bioética en España y en las Américas. Una historia personal

### La influencia de los intelectuales españoles. Pedro Laín Entralgo y José Luis Aranguren

Mi trabajo durante este período enriqueció mi relación con el pueblo español y con la cultura española. Mi profesor me llevaba con él a reuniones semanales, en las que participaban los más reconocidos intelectuales españoles, incluyendo Pedro Laín Entralgo. Pedro era el intelectual médico más respetado de España y el más reconocido humanista médico de toda la cultura occidental. Sus docenas de libros conectaban la medicina científica moderna con la filosofía, la teología y la ética clásica y contemporánea. Yo asistí a muchas de las conferencias de Pedro, y me ayudaron a apreciar los temas éticos incrustados en la práctica médica contemporánea, usando la obra de Pedro, más tarde escribí un libro sobre la ética médica, *Como ser un buen médico*.

Durante mi estadía en España, tuve considerables experiencias con el sistema político del general Franco. Mi profesor, José Luis Aranguren, era un prominente crítico de Franco y su régimen. Consecuentemente, en nuestras clases siempre había observadores del gobierno. Nosotros sabíamos que nos estaban observando. Poco después de que saliera yo de España, mi profesor fue despojado de su cátedra y tuvo que salir del país. La España de Franco no era un ambiente acogedor para lo que él y yo estábamos haciendo.

Además de trabajar sobre mi tesis doctoral en la universidad, en mi segunda estancia en España presté ayuda a un cura católico en la región del País Vasco. Éste se oponía públicamente a Franco y estaba organizando sindicatos libres fuera del sistema de Franco para jóvenes vascos pobres. Debido a esto hice varios viajes a la región vasca. La noche anterior a la defensa de mi tesis recibí una llamada de la embajada norteamericana informándome que desde hacía tiempo el gobierno de Franco me estaba observando y estaba a punto de arrestarme. Me aconsejaron salir del país inmediatamente. Así que empaqué mis cosas esa noche y después de mi defensa de tesis, me fui. Cuando regresé a mi país estuve muy implicado en asuntos de integración racial, en Arkansas, y en relaciones ecuménicas con protestantes y judíos. Pero esos años fueron tranquilos en comparación con lo que estaba por llegar.



## La disciplina de bioética en España y en las Américas. Una historia personal

### Los problemas del inicio de la vida en el nacimiento de la bioética

El artículo sobre el control de la natalidad que estuve trabajando durante años lo tenía guardado en mi escritorio. Sabía que si lo publicaba, mi vida se revolvería. Pero muchas parejas me consultaron sobre este tema y una pareja en particular que estaba sufriendo a causa de las enseñanzas de la Iglesia. Ellos tampoco podrían controlar la procreación con el método natural. Frustrado, después de la conversación con ellos, saqué el artículo del escritorio y lo mandé a publicar. Una semana después de la publicación me echaron de mi puesto en el seminario, me suspendieron del sacerdocio y cerraron el seminario. Estaba en la calle. Un profesor protestante de la Universidad de Yale, James Gustafson, uno de los más destacados expertos protestantes en la ética médica me invitó a Yale.

Durante mi estancia en Yale me ocupé de defender mi postura sobre control de la natalidad y la ética médica al inicio de la vida. También estaba escribiendo un libro sobre *Autoridad y Poder Institucional en la Iglesia Católica*. Esto no es muy conocido, pero la cuestión del control de la natalidad está muy vinculado con el inicio de la disciplina de la bioética. No cabe duda que control de la natalidad tenía que ver con la ética y la medicina; con tecnologías y procedimientos médicos. Por ejemplo, el ligar la trompa en las mujeres, los contraceptivos orales (la píldora), los implantes subcutáneos, las inyecciones de progestin, los dispositivos intrauterinos y cervicales, los preservativos, los diafragmas, los espermicidas, etc. El tema del control de natalidad puso de manifiesto realidades nuevas, en una época de cambios culturales y con la inevitable evolución del pensamiento moral basado en realidad objetiva.

Algunos teólogos vinieron a mi defensa después de mi expulsión. Inicié una demanda legal en el Sistema de la Corte Eclesiástica cuestionando mi expulsión. No tuve éxito en las cortes diocesanas y finalmente el caso llegó a Roma. Otra vez no tuve éxito. Algunos de los jueces en Roma, sin embargo, pensaron que procedimientos eclesiológicos habían sido violados y me ofrecieron un estado laico y una dispensación de mis votos eclesiológicos. Yo acepté. El caso recibió atención nacional en la prensa (por ejemplo, *Life Magazine*).

Mientras estuve en Yale, Dan Callahan estaba involucrado en el tema del aborto y las políticas públicas o las leyes sobre el aborto. El quería hacer un estudio sobre las leyes y el aborto en las diferentes culturas, y cómo la expe-

## La disciplina de bioética en España y en las Américas. Una historia personal

riencia del aborto en estas culturas podría contribuir a la creación de una política pública mejor en Estados Unidos. Dan recibió una beca para llevar a cabo este estudio y me invitó a ir con él. Viajamos alrededor del mundo, él estudiando leyes sobre el aborto, y yo estudiando leyes sobre el control de la natalidad. Uno de los países que pensábamos visitar hacia el final era Checoslovaquia, pero antes de llegar allí los soviéticos lo invadieron. Dan extrañaba a su esposa y a sus niños, y decidió regresar a casa. Yo decidí quedarme y llegué a Praga, donde tuve problemas por viajar con periodistas para observar las fuerzas soviéticas. Finalmente, me fui y terminé mi proyecto en España.

### Los primeros centros de bioética. Institucionalización de la bioética

Durante nuestros viajes Dan constantemente hablaba de la posibilidad de establecer un instituto para estudiar los problemas éticos en la medicina. Él se había informado de los numerosos problemas éticos relacionados con las nuevas tecnologías médicas y con la continua investigación médica. Sabía que los problemas continuarían aumentando. Era necesario afrontar estos problemas de una manera académica sólida y con una sistemáticamente rigurosa, para que así los legisladores pudieran crear políticas públicas responsables. Después de presentar su visión sobre este tipo de instituto a varias fundaciones, recibió un "Grant" y estableció el "Instituto de Sociedad, Ética y las Ciencias de Vida", "El Centro Hastings", en Hastings on the Hudson, en Nueva York. Dan también creó una nueva revista llamada *The Hastings Center Report*. Trajo a los mejores académicos de diferentes campos al centro para estudiar problemas éticos específicos en la medicina. Después facilitó la distribución de los resultados de dichas investigaciones a los políticos responsables de las políticas públicas y al público en general.

Un poco después de haberse establecido el "Hastings Center" (1969), el "Kennedy Institute of Ethics" fue establecido en la Universidad de Georgetown (1971) por André Hellegers. Originalmente, el "Kennedy Institute" se llamó el "Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics" (Instituto Kennedy para el Estudio de la Reproducción Humana y la Bioética). El Proyecto Hastings juntó a académicos especializados para estu-

## La disciplina de bioética en España y en las Américas. Una historia personal

diar y crear guías éticas para los políticos en el área de la salud pública. El Instituto Kennedy desarrolló clases y programas académicos en la nueva disciplina que fue nombrada *bioética* por Van Rensselaer Potter, en 1971.

André Hellegers durante años también abogó por un cambio en la enseñanza de la Iglesia Católica sobre el control de natalidad. El nombre del Instituto en la Universidad de Georgetown, el "Instituto Kennedy para el Estudio de la Reproducción Humana y Bioética", muestra la conexión entre la cuestión del control de la natalidad y el comienzo de la bioética. El control de la natalidad era una cuestión ética, controversial tanto para la Iglesia como para la sociedad. En la sociedad, algunas feministas abogaron por el libre acceso a los medicamentos y a las tecnologías de control de la natalidad. Trabajaron para derogar la legislación que restringía el uso de estos. Dentro de la Iglesia, el Papa Juan XXIII había establecido una comisión para estudiar esta cuestión y si la Iglesia debería cambiar sus enseñanzas. Después de la muerte de Juan XXIII, el Papa Pablo VI amplió la comisión. Católicos laicos casados anticiparon la eliminación de la prohibición de la anticoncepción y la decepción fue enorme cuando Pablo VI rechazó la recomendación de cambio hecha por la mayoría de los miembros de la comisión. El Dr. Andre Hellegers había sido miembro de la Comisión Papal y compartía la decepción generalizada. Él quería continuar el estudio de la cuestión, incluso después de la encíclica *Humanae Vitae* de Pablo VI. Este interés de Dr. Hellegers se refleja en el nombre del instituto de bioética que él fundó en Georgetown.

### Los problemas con la investigación con seres humanos. El Informe Belmont

El comienzo de la disciplina de la bioética sin duda está conectada con interés generalizado en la sociedad por la cuestión del control de la natalidad. Antes del Hasting Center y del Kennedy Institute, sin embargo, hubo muchas otras cuestiones éticas que atrajeron la atención del público y requerían una investigación académica continua, que sería garantizada mediante el establecimiento de la disciplina de la bioética y mediante los Institutos de Bioética. Un tema destacado fue la investigación médica con seres humanos. Varios casos recibieron mucha atención en la prensa. Un caso conocido fue el del Hospital Estatal de Willowbrook que involucró a niños con retraso mental. Otro caso importan-

## La disciplina de bioética en España y en las Américas. Una historia personal

te se produjo en el Hospital Judío, e involucró a pacientes seniles. En el caso Tuskegee se puso de manifiesto el uso indebido de hombres negros pobres. Estos casos hablaban fuertemente sobre la necesidad de protección jurídica para los sujetos humanos utilizados en la investigación médica. La “Comisión Nacional para la Protección de Seres Humanos en la Investigación Biomédica y del Comportamiento” fue establecida, y así se formularon recomendaciones para Leyes Federales sobre el uso de seres humanos en la investigación médica. El *Belmont Report*, uno de los documentos más importantes de la historia de la bioética, fue realizado por académicos que eran miembros de esa comisión.

### El establecimiento de la bioética como disciplina y su difusión

Comisiones, institutos, programas académicos, ..., todo ello estaba relacionado con el establecimiento de la bioética como disciplina. La bioética fue definida como el estudio sistemático de la conducta moral en la medicina y en las ciencias biológicas. En los primeros días de la bioética, individuos como yo, con preparación en filosofía y teología, tuvimos que buscar una formación en medicina. Los médicos en cambio tuvieron que estudiar ética. Durante la década de 1970 tomé clases en la Escuela de Medicina de la Universidad de Georgetown y después me aceptaron como interno en la Menninger School of Psychiatry. Mi capacitación teológica en Roma y filosófica en Madrid me dio una base sólida para trabajar en esta nueva disciplina, la bioética.

En este primer período de la bioética la mayoría de los problemas estaban relacionados con el comienzo y el fin de la vida: el aborto y la contracepción, la muerte y la agonía. Hubo por ejemplo un comité ético que se formó durante los 1960 en Seattle, Washington. Éste comité trató de establecer reglamentos éticos para el establecimiento de la diálisis —una tecnología médica escasa— a pacientes moribundos. Ser aceptado para diálisis quería decir vivir. No ser aceptado quería decir morir. Los criterios usados por este comité fueron severamente criticados. Hacía falta mucha más dedicación académica y mejores criterios.

Debido a que la salud (*salus*) en la cultura norteamericana es lo que era la salvación (*salvus*) en la edad media, la práctica médica recibió un considerable apoyo económico por parte del gobierno y una atención continua por parte de la prensa. La bioética trajo bajo una sola disciplina los asuntos éticos relacio-

## La disciplina de bioética en España y en las Américas. Una historia personal

nados con la investigación médica y aquellos relacionados con la práctica general de la medicina. Aquello que durante siglos fue llamada ética médica quedaba ahora incluido bajo una disciplina amplia, la bioética. La bioética se extendió rápidamente de Estados Unidos a Europa y después al resto del mundo.

Identificar el inicio de una disciplina siempre es una teoría o visión. Señalar el comienzo de la bioética con eventos como el establecimiento de centros como The Hasting Center o The Kennedy Institute es indudablemente teórico. Distinguir el inicio de la disciplina académica de las primeras influencias preliminares y del trasfondo social es difícil. Pero estos centros académicos estuvieron ciertamente relacionados con el comienzo de la bioética, que es hoy en día una disciplina académica ofrecida en universidades y escuelas de medicina de todo el mundo, y que esta continuamente expandiéndose. Esta es mi visión o teoría de la historia de la disciplina en Estados Unidos. Ahora vamos a España.

### El nacimiento de la bioética en España

En varias de mis visitas a Madrid durante las décadas de 1970 y 1980, yo había conversado frecuentemente sobre la bioética norteamericana con el Dr. Diego Gracia. Todavía recuerdo nuestra primera reunión en su oficina y el interés inmediato que él demostró cuando yo hablaba sobre la nueva disciplina de la bioética y lo rápido que estaba creciendo. El Dr. Gracia quería introducir inmediatamente esta disciplina en el curriculum de la escuela de medicina del Complutense. Y empezó a dar una clase de bioética a sus estudiantes de medicina. De esta manera yo conocía el inicio del establecimiento de la bioética en España a través de mi amistad con Diego Gracia.

En 1987 hice trámites para que él visitara Estados Unidos. Él y su familia vinieron a Edinboro. Estuvo un período en el Hasting Center y en el Kennedy Institute y luego juntos viajamos por Estados Unidos, estudiando como la bioética era tratada en diferentes contextos académicos. Las visitas también proporcionaron a Diego un contacto personal con los bioeticistas norteamericanos más prominentes. Cuando él regresó a España, empezó su programa de Master en la Universidad Complutense de Madrid, el primer Master en España. Este programa continúa "vigoroso". Ahora a Latino América.

## La disciplina de bioética en España y en las Américas. Una historia personal

### El nacimiento de la bioética en Latino América

Diego y yo siempre hemos sido amigos y hemos trabajado juntos para establecer primero una bioética española y luego una bioética latinoamericana. La bioética llegó a América Latina de una manera formal y legal a través de la Pan American Health Organization (PAHO) u Organización Panamericana de Salud (OPS) en la década de 1980. Individuos como José Alberto Mainetti en Argentina habían establecido los cimientos intelectuales para la disciplina de la bioética al organizar congresos sobre las humanidades medicas y la ética medica, y al publicar artículos en revistas en los que se hacia referencia a la bioética y su desarrollo en Estados Unidos y Europa (1). Tanto el Dr. Mainetti como yo habíamos sido alumnos de Pedro Laín Entralgo, y se identificaba fuertemente con las humanidades en la medicina. Otros individuos involucrados en este temprano período de la bioética en América Latina fueron Alfonso Llano S.J. en Colombia, Roberto Llanos, y Manuel Velasco-Suárez de México.

La OPS se hizo promotora de la bioética como disciplina en América Latina después de que fuera penalizada por los abusos cometidos con investigaciones con seres humanos. Las grandes compañías farmacéuticas llevaron proyectos de investigación a América Latina para evitar el control y los límites morales establecidos en Estados Unidos. Algunos de los sujetos de investigación en las naciones latinoamericanas fueron seriamente lesionados en las pruebas clínicas y la OPS fue acusada de no proveer la protección adecuada a dichos sujetos. Subsecuentemente hubo demandas judiciales, multas y finalmente esfuerzos de la OPS para evitar que dichas violaciones ocurrieran otra vez. Desde la oficina de asuntos legales en la OPS y bajo la dirección de un abogado, Hernán Fuenzalida, organizaron un congreso sobre la bioética en los 1980 y se distribuyeron publicaciones sobre bioética en la región. Estos esfuerzos fueron dirigidos por bioeticistas norteamericanos y las publicaciones eran sobre todo traducciones de autores norteamericanos. Estos primeros pasos fueron importantes pero inadecuados.

Una bioética latinoamericana era necesaria; y tenía que ser una bioética basada en la cultura de las naciones latinoamericanas, y una bioética que expresara una perspectiva latinoamericana. La OPS se puso en contacto conmigo y me pidió que trabajara con ellos. Para comenzar, el director de la OPS me envió en un viaje a través de toda la región para dar información sobre bioética y para

## La disciplina de bioética en España y en las Américas. Una historia personal

identificar a individuos en las diferentes naciones que estuvieran dispuestos a capacitarse y a trabajar en la disciplina. Uno de los objetivos fue de crear comités de ética en cada nación para supervisar las investigaciones que se llevaban a cabo allí (IRBs), y para eventualmente desarrollar códigos nacionales que sirvieran de vigilancia a los proyectos de investigación. Otro objetivo, diferente pero relacionado, fue estimular el desarrollo de clases en bioética en las escuelas de medicina y comités de ética clínica en los hospitales.

Tomé un período sabático y dejé la Universidad de Edinboro para ser el primer bioeticista residente en la OPS y para promover el proyecto de bioética de la OPS en toda la región (2). Durante las visitas a cada país, me reuní con ministros de salud, directores de asociaciones médicas, profesores de ética, miembros del personal de los hospitales universitarios y profesionales que habían escrito sobre la ética médica o temas relacionados. Trabajaba en la oficina de asuntos legales en Washington, DC, y después, al volver a mi universidad en Pennsylvania, continuaba mis viajes a lo largo de América Latina.

La culminación de estos esfuerzos fue un acuerdo forjado por la OPS, la universidad de Chile, y el Gobierno federal de Chile, para establecer y apoyar económicamente un Programa de Bioética Regional, en Santiago, desde el cual se llevaran a cabo programas de bioética continuamente. El presidente de Chile, Eduardo Frei, asistió a la inauguración del Programa, así como los directores de la OPS de todos los países latinoamericanos. El primer director de este “Programa Regional” fue el Dr. Julio Montt, el ex ministro de Salud de Chile. El siguiente director fue el ex vicerrector de la Universidad de Chile, el Dr. Fernando Lolas, M.D., PhD (3). El programa ahora se llama “La Unidad”.

Desde el Programa —la oficina permanente de bioética—, se fundó una revista, se organizaron conferencias, cursos, contactos con hospitales, escuelas de medicina y universidades en todos los países del continente.

Gran parte de las investigaciones médicas llevadas a cabo en naciones latinoamericanas fueron financiadas desde fuera, muy a menudo por compañías farmacéuticas internacionales. Estas llevaron a cabo pruebas en personas que firmaron un formulario de consentimiento, pero debido al carácter paternalístico de la relación médico-paciente en la mayoría de los países latinoamericanos, los sujetos de investigación raramente participaron con consentimiento libre e informado. La ética de la investigación dependía frecuentemente de la buena voluntad del investigador. En muchos casos, la “investigación” era una

## La disciplina de bioética en España y en las Américas. Una historia personal

repetición de proyectos ya realizados en Estados Unidos pero llevados a cabo allí por médicos pagados por las farmacéuticas. El objetivo era la publicidad para los productos y así incrementar las ventas.

Cada nación de América Latina tenía hospitales con tecnología avanzada en donde la medicina científica contemporánea era practicada. La ética sin embargo no jugaba el mismo papel en estos hospitales, como ocurría en Estados Unidos y Europa. La medicina contemporánea de tecnología avanzada era generalmente practicada en América Latina en sistemas de salud socialistas. La medicina socializada intentaba proporcionar acceso al tratamiento a amplias poblaciones, pero daba pocas oportunidades para establecer una relación personal entre médicos y pacientes. El énfasis estaba en proporcionar el tratamiento médico, dándose menos atención, por parte de los médicos y de los pacientes, a la comunicación de información, al consentimiento libre. En la literatura Norteamérica se hacía énfasis en la autonomía individual y se ignoraba la situación de la clínica en Latino América.

Después del gran éxito de su programa en España, Diego Gracia aceptó, en 1996, establecer un Master en América Latina. Un programa apoyado por el programa de la OPS en Chile. Varias generaciones terminaron este programa de Master y los estudiantes de Diego ahora enseñan la bioética en diferentes países, trabajan en comités de ética para supervisar proyectos de investigación, y en comités para resolver problemas dentro de un contexto clínico. Su programa de Master ha enriquecido los proyectos de bioética por toda América Latina. La bioética en América Latina se debe en gran parte a lo que hizo y sigue haciendo allí Diego Gracia. Su colega, Miguel Sánchez, se unió a él en la difusión de bioética en la región. El Padre Francesc Abel en Barcelona también ha formado en bioética un gran número de Latino Americanos.

Para continuar desarrollando esta perspectiva Latinoamericana y para aumentar su influencia en la región, se estableció en el año 2005 un instituto de bioética en la Universidad de Edinboro, Pensilvania. Este instituto proveerá apoyo económico, comida y alojamiento en la Universidad de Edinboro a académicos Latinoamericanos que quieran hacer investigación en bioética y realizar aportaciones académicas con publicaciones de bioética en la región.

La bioética en América Latina no está tan extensamente desarrollada como en Estados Unidos y en Europa, pero su progreso es continuo. Tanto más programas académicos se establezcan en diferentes universidades, más congresos de bioética se organicen, más institutos de investigación se abran, más becas



## La disciplina de bioética en España y en las Américas. Una historia personal

Sean disponibles, o más revistas se publiquen, el desarrollo de la disciplina continuará. La forma que la bioética tome en América Latina se deberá a la influencia cultural de las diferentes naciones. La bioética latinoamericana será influida por intelectuales norteamericanos y europeos, pero tendrá su propio carácter. Creo yo que la bioética Latino Americana continuará la tradición intelectual grecorromana, la experiencia indígena, una tradición católica, y un mayor énfasis en la justicia social. Cuando su perspectiva y énfasis sea más conocida en Europa y en Estados Unidos, contribuirá enormemente a la bioética en todo el mundo.

### Bibliografía

- (1) El Dr. Mainetti publicó la revista *Quirón*, la cual estaba dedicada a las humanidades médicas. En 1987, publicó su libro *Introducción a la bioética*.
- (2) Drane, J. F.; Fuenzalida, H. L.: "Medical Ethics in Latin America: a new interest and commitment". *Kennedy Institute Ethics Journal*, 1 (4): 325-338, diciembre 1991.
- (3) Lolas, F.: "Rehistoriar la bioética en Latinoamérica. La contribución de James Drane". *Acta Bioethica*, XI-2: 161-168, 2005.

*Ciencia y caridad*  
**Pablo Picasso (1897)**

*Este cuadro fue realizado por el pintor malagueño con tan sólo dieciséis años, y lo presentó en la Exposición General de Bellas Artes de 1897, celebrada en Madrid, con el número 944 del catálogo oficial. En ese momento la familia Ruiz Picasso ya se había establecido en Madrid y vivían en un piso de la calle de la Merced. El título del cuadro hace alusión al médico (ciencia) que atiende a la paciente y a la monja (caridad) que cuida de sus hijos mientras está convaleciente. A pesar de su juventud, el pintor consiguió una mención de honor con este cuadro, era el principio de una carrera fulgurante.*

*La escena es verdaderamente desoladora, un médico se encuentra ensimismado tomando el pulso a una paciente joven, pálida, con ojos hundidos y mejillas desinfladas. La verdad es que la paciente impresiona de gravedad, su estado parece preocupante lo cual contrasta con la serenidad que transmite el médico, seguro de sí mismo y de que la evolución de la enfermedad va a ser favorable. Al otro lado de la cama se encuentra una joven monja, que sostiene en brazos a unos de los hijos de la paciente.*

*¿Qué enfermedad aqueja a la enferma? Basándonos en su juventud y en la época en que fue pintada la escena, finales del siglo XIX, es bastante probable que sufriera tuberculosis, la enfermedad infecciosa más prevalente en ese momento. El año en que fue pintado el cuadro ya se había descubierto el bacilo de Koch pero todavía no se disponía de ningún fármaco tuberculostático.*

*Como curiosidad señalar dos anécdotas, la primera, Picasso utilizó a su padre como modelo para representar la figura del médico; la segunda, un periodista, especializado en crítica de arte, publicó la siguiente reseña: “siento ante tanto dolor reírme como un bergante, pero el caso es superior. ¡Pues no está el señor doctor tomándole el pulso a un guante!”. Sobran los comentarios.*





## La bioética que vamos a enseñar y el peligro de los reduccionismos éticos

Miguel Ángel Sánchez González

La enseñanza de la bioética en España atraviesa un momento decisivo. Hasta el momento presente la bioética sólo se había enseñado, como materia opcional, en unas pocas facultades españolas. Pero en el curso 2010-2011, como fecha límite, todas las facultades de medicina se verán obligadas a implantar nuevos planes de estudios médicos adaptados a la Declaración de Bolonia de 1999 y al Espacio Europeo de educación superior. En estos nuevos planes de estudio, la bioética y la ética médica han de ser incorporadas como materias troncales. Ahora bien, nos encontramos con que para impartir estas nuevas materias, carecemos de una sólida tradición docente. Son escasos los docentes suficientemente formados en ellas; y no existen criterios uniformes sobre el tipo de bioética que hay que enseñar, ni sobre sus contenidos, estrategias y objetivos pedagógicos. Pero existe, eso sí, una pugna por conquistar este nuevo espacio docente. Los departamentos de medicina legal, por su parte, entienden que les corresponde la docencia de esta asignatura. Pero también lo entienden así algunos departamentos de historia de la medicina. No faltan los psicólogos, los filósofos y los sacerdotes que aspiran a enseñar estas materias. Y bastantes profesionales sin formación específica en bioética buscan en ella un espacio de prejubilación o de refugio. Sin olvidar que distintos grupos de militancia confesional respaldan e incitan a sus propios candidatos.

Frente a este panorama urge precisar qué tipo de bioética hay que enseñar, qué es lo que hay que enseñar y para qué; además de averiguar cómo y quién puede enseñarla<sup>1</sup>.

Ante todo, conviene no olvidar que la bioética actual forma parte de un movimiento internacional de humanización y reevaluación de la medicina que comenzó hace unas pocas décadas<sup>2</sup>. Este movimiento, en tan poco tiempo, ha cosechado ya grandes éxitos, sobre todo en la transformación de la relación con el paciente y en las investigaciones con seres humanos. Ha promovido el

<sup>1</sup> He intentado contestar estos interrogantes en Sánchez González, M. A.: "Los interrogantes fundamentales en la enseñanza de la Bioética: la experiencia en la Universidad Complutense", *Bioética y Ciencias de la Salud*, 1997, vol. II, n.º 4, 15-21; y en Sánchez González, M. A. "La Bioética que se puede enseñar, sus contenidos y estrategias docentes", *Cuadernos de realidades sociales*, n.º 69-70, 2007, pp. 63-86.

<sup>2</sup> Una excelente historia de la bioética actual puede verse en Jonsen, A.: *The Birth of Bioethics*, Nueva York, Oxford University Press, 1998. Y otro libro sobre el mismo tema, escrito en español es Abel, F.: *Bioética: orígenes, presente y futuro*, Madrid, Editorial Mapfre, 2007.

## La bioética que vamos a enseñar y el peligro de los reduccionismos éticos

debate público sobre una gran cantidad de temas y se ha convertido en centro de atención para la opinión pública y los medios de comunicación. Indudablemente la bioética está de moda y suscita gran interés.

Pero el éxito mismo de la bioética ha contribuido a generar cierta confusión. Porque, para aprovechar ese éxito, muchas actividades diferentes pretenden ser avaladas por el nombre de “bioética”. Sin embargo, los antiguos campos de estudio deben seguir teniendo nombres diferentes. Tal es el caso de la deontología profesional, el derecho sanitario o la teología moral. Y no conviene identificar la bioética con la ideología política, la apología confesional o el activismo social.

En este capítulo me propongo alertar contra el peligro de los reduccionismos éticos en que pueden incurrir distintos profesionales desde diferentes campos<sup>3</sup>.

### Los reduccionismos éticos

Todas las acciones auténticamente morales tienen tres dimensiones. La primera de esas dimensiones es la que atraviesa el mundo de los hechos. Puesto que siempre hay unos hechos concretos que incitan y dan contenido real a las acciones morales. Así, el conocimiento de los hechos constituye la dimensión cognitiva de los actos humanos. Existe, además, una segunda dimensión que es la que se interna en el mundo de los valores. Ya que el ser humano, cuando elige libremente, opta siempre por unos u otros valores. De manera que el mundo de los valores constituye la dimensión estimativa de las acciones morales. Hay, finalmente, una tercera dimensión que es la que obliga a la voluntad. En esta dimensión se agrupan todos los considerandos morales que acaban generando un sentido del deber hacia un curso de acción determinado. De este modo, el mundo de los deberes constituye la dimensión práctica de la acción moral.

Resumiendo podemos decir que en los actos humanos libres se distinguen tres dimensiones que configuran tres mundos:

<sup>3</sup> Diego Gracia ha abordado el problema que plantean algunos reduccionismos, a los que llama respectivamente “falacia positivista”, “falacia fideista” y “falacia legalista”, en *El estatuto epistemológico de la bioética*, conferencia pronunciada el 31 de octubre de 2008 en las Jornadas de investigación en Bioética de la Universidad Rey Juan Carlos I de Madrid.

## La bioética que vamos a enseñar y el peligro de los reduccionismos éticos

1. Dimensión cognitiva: **Mundo de los hechos.**
2. Dimensión estimativa: **Mundo de los valores.**
3. Dimensión práctica: **Mundo de los deberes.**

Por otra parte, recordemos que la moralidad surge cada vez que se presentan alternativas ante un ser libre para decidir. Y en esas situaciones con alternativas, el ser humano intenta escoger la alternativa mejor. Así, el procedimiento que se utiliza para acertar en las decisiones morales es la deliberación. Y deliberación es el proceso de ponderación de los factores que intervienen en un acto o situación concretos, con el fin de tomar la decisión óptima. La prudencia, virtud moral por excelencia, es precisamente: la facultad de deliberar adecuadamente, que permite alcanzar las decisiones mejores y más justificables. Pues bien, la deliberación auténticamente ética, para serlo, necesita atravesar todos y cada uno de los tres mundos referidos anteriormente. Empieza por considerar los hechos (**mundo 1**); estima todos los valores implicados (**mundo 2**); propone un curso de acción óptimo teniendo en cuenta todos los considerandos morales de principios, deberes y normas (**mundo 3**).

Siendo esto así, debemos pensar que una deliberación ética no es completa si evita el paso por alguno de los tres mundos. Los reduccionismos éticos son, precisamente, omisiones de alguno de esos mundos. Podemos señalar cuatro tipos de reduccionismos éticos.

1. **Reduccionismo tecnocrático:** es el que cree que basta conocer los hechos.
2. **Reduccionismo religioso:** cree que bastan los valores religiosos.
3. **Reduccionismo jurídico:** cree que bastan las normas legales.
4. **Reduccionismo metaético:** considera que basta con el análisis de conceptos y principios.

El reduccionismo tecnocrático reduce la ética al mundo de los hechos. Y cree que el mero conocimiento de los hechos capacita para inferir objetivamente las mejores recomendaciones. Es el ideal de las tecnocracias, que ansían confiar las decisiones a los expertos en el conocimiento objetivo de los hechos. Así, este reduccionismo convierte los problemas éticos en problemas técnicos que tienen que ser resueltos por los expertos correspondientes: ya sean éstos médicos, científicos, economistas o dirigentes políticos. De esta forma se llega

## La bioética que vamos a enseñar y el peligro de los reduccionismos éticos

a pensar que todo problema ético es un problema técnico mal planteado; o bien es el resultado de la ignorancia o de una mala interpretación de los hechos. Por este camino, la toma de decisiones aspira a ser objetiva, y estar al margen de los juicios de valor. Es así como algunos pretenden establecer, por ejemplo, las normas de la buena práctica médica, o un sistema de indicaciones y contraindicaciones médicas supuestamente objetivo. El criterio supremo, en estos casos, suele ser el criterio de eficiencia, que es muy típico de los economistas y de los gerentes.

El reduccionismo religioso reconoce que por encima de los hechos están los valores, pero cree que éstos sólo pueden justificarse desde una fe religiosa. De esta forma la norma moral viene dada desde un credo religioso. Porque se piensa que es precisa una fe para fundamentar la conducta moral. Es así como se hace de la ética una religión y de la religión una ética.

El reduccionismo jurídico opina que los problemas morales sólo pueden ser resueltos apelando a las leyes positivas. Sobre este supuesto, lo que no está legislado no puede, ni merece, ser debatido. Pero así se limita el lenguaje moral al lenguaje de los derechos y los conflictos morales sólo son vistos como situaciones de confrontación entre distintos derechos. Se entiende entonces que el reduccionismo jurídico pueda suscitar una mentalidad litigante y dilemática donde sólo uno de dos oponentes triunfa en la obtención de su derecho. Este camino puede llegar, incluso, a obstaculizar la búsqueda de la excelencia y de lo mejor, que son los ideales propiamente éticos.

Finalmente, el reduccionismo metaético asume que la ética consiste en el análisis de conceptos generales, y en la formulación de principios universales y criterios abstractos. Se abandonan así los problemas concretos y la toma de decisiones misma por considerarlos contaminados con factores imponderables inaccesibles al pensamiento ético. Esta reducción de la ética a la metaética fue la principal limitación que padecía la ética filosófica del siglo XX antes de la llegada de la bioética. Fue por ello que Stephen Toulmin llegó a decir en un famoso artículo que "La medicina salvó la vida de la ética"<sup>4</sup>.

Todo lo dicho hasta aquí conviene tenerlo en cuenta porque los programas de enseñanza de la bioética están expuestos al riesgo de incurrir en alguno de

<sup>4</sup> Toulmin, S.: "How Medicine Saved the life of Ethics", en *Perspectives in Biology and Medicine*, 25, 4, 1982, pp. 736-749.



## La bioética que vamos a enseñar y el peligro de los reduccionismos éticos

los reduccionismos señalados. Por ello siempre hay que preguntar si un programa dado es más bien tecnocrático, confesional, legalista o excesivamente teórico.

También es bueno recordar que cada reduccionismo es característico de diferentes profesionales. Así, en el campo de la bioética clínica, los reduccionismos tecnocráticos son más propios de los médicos. Los reduccionismos religiosos son característicos de los teólogos y de los militantes confesionales. Los reduccionismos jurídicos son típicos de los abogados y juristas. Mientras que los reduccionismos metaéticos son distintivos de los filósofos.

En otras palabras, lo que no conviene olvidar es que la bioética abarca cuatro niveles.

1. **Nivel descriptivo.** En el que resulta fundamental establecer bien los hechos y describir las circunstancias concretas. En este nivel sobresalen los profesionales sanitarios de formación científica; entre los que se encuentran los médicos, sociólogos, psicólogos y antropólogos.
2. **Nivel crítico y analítico.** En el que se trata de argumentar y justificar los conceptos y las normas. Sobresaliendo en este nivel las personas de formación filosófica.
3. **Nivel prescriptivo y decisonal.** En el que se aspira a formular recomendaciones concretas y cursos de acción razonables. Es este el nivel en el que sobresalen los buenos juristas y los clínicos expertos.
4. **Nivel de compromiso moral.** En el que se llegan a promover ciertos valores y se promueve una conciencia más global y abarcante. Es en este nivel donde pueden contribuir especialmente las personas de formación teológica y compromiso humanitario.

### Quién puede enseñar bioética

La enseñanza de la bioética está abierta a una variedad de profesionales tales como médicos, científicos sociales, filósofos, psicólogos, teólogos o juristas. Cada uno de ellos podrá aportar su perspectiva. No obstante, todo docente debe tener un buen conocimiento del mundo sanitario y algún entrenamiento en la deliberación moral. Lo ideal es que bioeticistas de diferentes formaciones trabajen juntos en centros interdisciplinarios de bioética.

## La bioética que vamos a enseñar y el peligro de los reduccionismos éticos

Se puede afirmar que es arriesgado dejar la docencia exclusivamente a médicos sin formación humanista, a grupos de militancia religiosa, a abogados o médicos forenses sin formación filosófica, o a filósofos no familiarizados con el mundo sanitario.

Y con el fin de enseñar una bioética actual y evitar los reduccionismos mencionados, a un docente de bioética se le puede pedir que intente:

1. Enseñar una bioética integral:
  - a) Asentada en los hechos.
  - b) Sensible a los conflictos de valores.
  - c) Fundamentada en sus normas.
  - d) Actualizada en su bibliografía.
  - e) En contacto con el movimiento internacional de la bioética.
  
2. No utilizarla para fines partidistas o sectarios:
  - a) No limitarla a defender posiciones particulares preestablecidas.
  - b) No convertirla en una disciplina exclusivamente confesional y apologética.

Sobre estas bases, los docentes podremos aspirar a estar al servicio de la bioética, evitando en lo posible poner la bioética al servicio de nuestros intereses y objetivos particulares.



*The doctor*  
**Sir Luke Fildes (1891)**

*Esta obra fue utilizada en el año 1947 para figurar en un sello conmemorativo emitido por la Oficina Postal de Estados Unidos en los actos de celebración del centenario de la American Medical Association.*

*El cuadro fue un encargo de sir Henry Tale, uno de los magnates del azúcar. Al parecer dejó al pintor absoluta libertad en la representación artística, y fue Fildes el que decidió plasmar la conocida composición; la cual tiene un carácter autobiográfico, puesto que el pintor había perdido a uno de sus hijos unos meses antes en una situación similar a la del cuadro.*

*Se trata de una escena cargada de enorme dramatismo. El médico observa atentamente y con cierta impotencia a una niña enferma, moribunda y agonizante, que se encuentra tumbada en una improvisada cama, formada por un par de sillas. El galeno espera encontrar algún signo clínico que le pueda hacer intuir que se va a producir alguna mejoría y que la ciencia va a vencer a la muerte. Pero todo parece indicar que esto no se va a producir. Al fondo de la habitación se encuentran los padres de la niña totalmente desesperanzados.*

*¿Qué enfermedad aqueja la joven paciente? Probablemente se trata de una enfermedad infecciosa.*



## La enseñanza de la bioética en los diferentes períodos de formación del médico

Gregorio Palacios García-Cervigón

### Introducción

La medicina es una ciencia biológica, pero también una disciplina social. La enfermedad está condicionada por factores biológicos, pero también por factores sociales, económicos y culturales, los cuales deben ser punto de estudio en la formación de los estudiantes de medicina. Así pues, los problemas a los que se enfrenta la medicina para su resolución están influidos, si no causados, por factores económicos, sociales, biológicos y culturales. Es por ello que la formación básica del médico debería incluir la formación en Humanidades médicas, por lo que se hace necesario el desarrollo de diferentes disciplinas que aborden estas distintas realidades. Una de estas disciplinas sería la *ética médica y la bioética*.

La bioética, tal como la conocemos, surgió en el mundo anglosajón, más en concreto en Estados Unidos de América en los años sesenta, y desde entonces, se ha afianzado como una disciplina imprescindible en los planes de estudio de la carrera de medicina a lo largo de ese país, Europa y América Latina. El interés por la bioética surge de la necesidad de dotar al médico en formación de una *base conceptual y una metodología* de análisis y toma de decisiones respecto de los problemas éticos o morales que cada vez con más frecuencia y con carácter novedoso se encuentra en su relación con los pacientes. La expresión *ética médica* no designa, por tanto, una asignatura, sino un tipo de contenidos, o mejor aún, un *específico grupo de problemas* que el médico debe de resolver, o con los que tiene que actuar.

Estos nuevos problemas éticos a los que hacemos referencia surgen del *rápido avance de las ciencias biológicas y médicas*, avance que dará lugar a una serie de situaciones derivadas de su aplicación que plantean diferentes problemas y en ocasiones dilemas, a los cuales el médico nunca se había enfrentado previamente y a los que no puede enfrentarse simplemente con su “buena conciencia”, o con los principios generales de la “deontología médica tradicional” o con los “juramentos” que desde siempre han servido de base a su actuación.

La bioética intenta dotar al médico de unas herramientas adecuadas para poder afrontar con las mejores garantías los problemas éticos que plantea el ejercicio de la medicina moderna. Es por ello fundamentalmente una disciplina práctica, a la que, como toda disciplina práctica, habrá que dotar de una

## La enseñanza de la bioética en los diferentes períodos de formación del médico

adecuada base teórica. Entre los nuevos problemas éticos que nos plantea el ejercicio actual de la medicina podríamos citar algunos ejemplos representativos como los aspectos éticos del consentimiento informado, la participación del enfermo en la toma de decisiones clínicas, la limitación del esfuerzo terapéutico y las órdenes de no reanimación, la limitación del esfuerzo diagnóstico, la limitación de la información que el paciente debe recibir, los aspectos éticos del enfermo terminal, la reproducción asistida, el control de la natalidad, la interrupción voluntaria del embarazo, la eutanasia, los aspectos éticos de los estados vegetativos permanentes, los trasplantes de órganos, la investigación con seres humanos, la distribución de los recursos sanitarios escasos, etc.

Si el documento que contiene los diferentes problemas con los que se enfrenta el médico es la *Historia Clínica*, en la misma, además de encontrarnos con problemas *biológicos* (semiológicos, diagnósticos, pronósticos, terapéuticos) y con problemas *sociales* (estructura social y familiar en que se mueve, nivel o recursos económicos, sistema cultural al que pertenece), también nos encontramos con *problemas éticos*. Dichos problemas éticos exigen que el médico se enfrente continuamente a una serie de decisiones morales del tipo: ¿cuál es la mejor decisión que hemos de tomar acerca del diagnóstico, tratamiento, información, atención, etc., que debemos tomar para el beneficio del paciente? Ejemplos de este tipo de problemas, los cuales van más allá de los puramente técnicos estarían: ¿hasta dónde tenemos que llegar en el empleo de métodos de diagnóstico cruento?, ¿cuándo debemos reanimar a un paciente concreto?, ¿cuándo debemos dejar de poner una determinada medicación a un paciente terminal si los tratamientos no proporcionan los resultados previstos?, ¿cuánta información debemos dar a un paciente con enfermedades potencialmente no curables? En este contexto, el médico debe saber ver dichos problemas en la historia clínica, y por tanto debe saber *realizar una historia clínica de los problemas éticos, después reconocer los aspectos éticos, sabiendo identificar los valores implícitos y los conflictos latentes entre dichos valores, saber elegir cursos de acción éticamente justificables, y por último aprender y aplicar habilidades prácticas necesarias para poner en acción dichos cursos de acción*. Estos aquí referidos son los objetivos básicos en la enseñanza de la bioética.

Es por tanto que la ética médica y la *formación en ética médica tiene por objeto proporcionar al médico un entrenamiento técnico en orden a la resolución de este tipo de problemas morales*. Parece ser que la enseñanza de la bioética puede ayu-

## La enseñanza de la bioética en los diferentes períodos de formación del médico

dar a mejorar el abordaje exitoso de estos problemas a los que nos hemos referido previamente, dotando al médico de al menos un *método* de resolución de los mismos, y por tanto, mejorando y perfeccionando el *razonamiento moral* de los profesionales. Se están viendo una serie de efectos positivos proporcionados por la educación ética como por ejemplo:

1. Mejor capacidad para el entendimiento y manejo de los *dilemas éticos*.
2. Mejora la percepción de la *propias responsabilidades*.
3. Mejora la capacidad del médico para identificar *diferentes valores* en el seno de la relación clínica así como identificar *conflictos de valores*.

### Las normas del aprendizaje. Las vías para aprender bioética

Este tipo de entrenamiento en bioética, de aprendizaje, debe cumplir las normas de todo tipo de aprendizaje. En todo ser humano existen tres procesos de aprendizaje distintos. Dichos procesos de aprendizaje tienen unas vías y tiempos diferentes, produciéndose en diferentes momentos de la vida del ser humano. Dichos procesos consisten en la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes. La adquisición temporal de dichos procesos comienza con el aprendizaje de las actitudes. Las actitudes propiamente dichas, o como las llamó Rof Carballo, los “comportamientos” o “pautas de conducta social” se aprenden muy tempranamente en el desarrollo vital, incluso puede ser que se adquieran en los primeros meses de vida. De hecho las más importantes se adquieren en los primeros años de vida, y es probablemente el aprendizaje más importante porque constituye *el carácter* de una persona, o lo que es lo mismo sus actitudes ante el mundo y ante la vida. Es por ello que el aprendizaje de las actitudes constituye la base en la *formación ética de una persona*. La formación de actitudes primarias puede, aún así, completarse en períodos más avanzados de la vida, pero no directamente, sino indirectamente mediante la adquisición de los otros dos elementos del aprendizaje: las habilidades y los conocimientos.

Las actitudes en general, y las actitudes éticas en particular evolucionan o maduran. Existe una parte de estas actitudes que se adquieren de manera *innata o primaria*, las cuales son difíciles de cambiar, y una parte de estas actitu-

## La enseñanza de la bioética en los diferentes períodos de formación del médico

des, que denominamos *secundarias*, las cuales sí podrán cambiarse, y que se pueden adquirir mediante los actos del conocimiento y de las habilidades. Este proceso de aprendizaje de actitudes permite una *evolución de la conciencia moral*. Esta evolución de la conciencia moral ha sido estudiada por diferentes autores, entre ellos J. Piaget, Rawls y Kohlberg, los cuales las dividen en diferentes estadios cronológicos, los cuales se alcanzan a medida que las personas van madurando biológica y humanamente. Estos diferentes estadios de la evolución de la conciencia moral se pueden dividir en seis:

1. Lo correcto se define como obediencia a la autoridad y evitación del castigo.
2. Lo correcto es lo que sirve a los propios intereses y permite a los otros conseguir los suyos.
3. Lo correcto depende de las relaciones interpersonales, de acuerdo con los intereses y expectativas compartidas por el grupo.
4. Lo correcto es aquello que mantiene el orden social, mediante la obediencia de la ley y el cumplimiento de los propios deberes.
5. Lo correcto es el cumplimiento de derechos y reglas básicos aceptados libremente por los individuos.
6. Lo correcto es la asunción de principios éticos universales y abstractos libremente elegidos.

Los dos últimos son los actos éticos más elevados, pero a su vez los menos comunes. Se sabe que el 20% de la población adulta no ha superado el nivel 2.

Si nos centramos en la ética médica, parece que las propias actitudes éticas estarían ya presentes en el estudiante de medicina ya desde sus primeros años de facultad. En este sentido la vocación médica, la actitud ética adecuada para el ejercicio de la medicina no se puede aprender en la facultad, si no que únicamente se puede *mejorar* mediante el aprendizaje de conocimientos éticos y habilidad interaccionales. De hecho uno de los objetivos del docente en bioética debe ser la *revisión consciente de las actitudes profesionales*, que debería contrarrestar la erosión continua que dicha actitud moral innata que el estudiante presenta al comienzo de la carrera va sufriendo al enfrentarse a los problemas y dificultades propios del ejercicio profesional.

Esto mismo vienen a decir un conjunto de bioeticistas Norteamericanos, que en el año 1985 publicaron en la prestigiosa revista médica *New England*



## La enseñanza de la bioética en los diferentes períodos de formación del médico

*Journal of Medicine* un trabajo titulado “Basic Curricular Goals in Medical Ethics”, en el cual se intentaban poner las bases de lo que debía ser la enseñanza de la bioética para el médico, tanto en el pre como en el postgrado. En dicho artículo (documento de Culver y cols.) se enfatizaba el hecho de que el carácter moral básico de los estudiantes de medicina está ya formado al entrar en la facultad, y que “el currículum en ética médica” no está diseñado para mejorar el carácter moral de los futuros médicos, sino para dotar a los que ya tienen un buen carácter de los conocimientos y habilidades que permiten que el carácter moral se exprese en el mejor comportamiento posible. Además apuntaban que los programas de formación en “bioética” deberían formar parte de los programas del pregrado, pero también del postgrado, y que cada programa formativo del residente debía contemplar la formación en la comprensión y en el manejo de los problemas éticos más frecuentes que se dan en el campo de cada especialidad.

## La enseñanza de la bioética en los diferentes períodos de formación del médico

*La enseñanza de la bioética deberá abarcar todos los períodos de formación del médico, por que al igual que la formación incluye el estudio de las ciencias básicas y acaba con la especialización concreta en cada área, así también habrá de procederse en el conocimiento de los aspectos éticos médicos. Por ello lo ideal es difundir la bioética a todos los niveles posibles y no dejarla aislada a una sola asignatura en algún momento determinado del currículum. Además se debería pretender que en la docencia de cada asignatura de la licenciatura se explicasen sus propias dimensiones bioéticas.*

Las recomendaciones de Culver del año 1985 constituyen la base de lo que se consideran las materias y contenidos mínimos en la enseñanza de la Bioética:

- Capacidad de identificar los aspectos éticos que surgen en la práctica médica.
- Capacidad para obtener un consentimiento o rechazo válido de los tratamientos.
- Conocimientos de cómo proceder con un paciente incompetente o parcialmente competente para decidir.

## La enseñanza de la bioética en los diferentes períodos de formación del médico

- Conocimiento de cómo proceder si un paciente rechaza el tratamiento.
- Capacidad de decidir cuándo es moralmente justificable privar de información a un paciente.
- Capacidad de decidir cuándo es moralmente justificable romper la confidencialidad.
- Conocimiento de los aspectos éticos del cuidado del paciente con mal pronóstico, incluyendo los enfermos terminales.
- Conocimiento de las cuestiones referentes a la justa distribución de los cuidados sanitarios.
- Conocimiento de las cuestiones éticas referentes a la interrupción voluntaria del embarazo.

### La formación ética pregraduada

La formación ética pregraduada, incluye varias partes. En un primer estaría la formación ética básica, o formación ética fundamental. Esta es una parte de la filosofía, y no de la medicina, y su labor consiste fundamentalmente en estudiar en profundidad el tema de los *juicios morales y el modo de como pueden fundamentarse*. Esto se basa en la articulación entre los juicios y principios éticos, en los que son importantes tanto la fundamentación como la metodología. En este *período preclínico* se deberían estudiar sobre todo tanto la *fundamentación* como la *metodología* propias de la ética médica. Un excelente texto donde se encuentra la enseñanza básica de la ética médica en el período preclínico es el libro de Tom L. Beauchamp y Laurent B. McCullough titulado *Medical Ethics: The Moral Responsibilities of Physicians*, el cual es usado en una serie de importantes Universidades Americanas. En el *período clínico*, la ética debería ser fundamentalmente clínica, y centrada fundamentalmente en la resolución de los problemas que el paciente presenta. La resolución de dichos problemas debe ser lógica y debe emplear los principios generales aprendidos en el período preclínico. Debería constituir una parte de la patología general. Si bien la patología general tiene como fundamento el realizar una buena historia clínica y una buena exploración física, a fin de saber identificar los problemas clínicos que el paciente padece, la formación en ética clínica debería consistir en la enseñanza en la identificación de problemas éticos, y la aplicación de la metodología adecuada para resolverlos. Por tanto en esta fase habría que introducir al

## La enseñanza de la bioética en los diferentes períodos de formación del médico

alumno en los problemas generales de la ética clínica. La manera en la que se debería abordar la enseñanza de la ética médica en este período de formación, consistiría en la realización de sesiones clínicas en las cuales se analicen monográficamente los problemas morales/éticos de las historias clínicas. Un ejemplo de libro que aborda bien este período del aprendizaje es el libro de Albert R. Jonsen, Mark Siegler y William J. Winslade, denominado *Clinical Ethics*. La utilización de casos como método de aprendizaje en el período clínico debería cumplir los siguientes requisitos:

- Utilizar casos reales. Atender a la complejidad y a los detalles.
- Representar los distintos puntos de vista de médicos, enfermeras, trabajadores sociales y pacientes.
- Involucrar a los estudiantes en el “diagnóstico ético” y no partir de una predefinición ética realizada por los docentes.

El último punto de la formación pregraduada del médico es el estudio de la *deontología médica*, la cual debería formar parte del programa en Medicina Legal. La deontología médica corresponde al conocimiento del conjunto de deberes que le corresponde guardar y conocer al médico como profesional. Dichos deberes pueden ser de dos tipos; *obligaciones profesionales o ética de mínimos*, lo cual constituye el conjunto de obligaciones básicas que el médico debe cumplir so pena de apertura de expediente disciplinario e incluso de sanción judicial, y *los ideales profesionales o ética de máximos*, ideales no obligatorios pero sí recomendables, a los que debe tender el ejercicio de su actividad. El médico está obligado a cumplir todos los preceptos de la ley común, más los específicos de sus estatutos profesionales.

### La formación ética postgraduada

La formación ética postgraduada es aquella que se realiza en el ámbito del ejercicio profesional en cada especialidad concreta donde el médico se esté formando. En este período el médico debe asumir progresivamente responsabilidades clínicas, profundizar en el conocimiento de su especialidad e integrarse en la vida del hospital. Desde el punto de vista de la formación ética, esta consiste en la profundización del conocimiento y manejo de los principa-

## La enseñanza de la bioética en los diferentes períodos de formación del médico

les problemas éticos que se observan en cada especialidad concreta, y es el momento en donde la formación ética adquiere toda su profundidad de acuerdo con la especialidad elegida por el estudiante. El modelo de enseñanza a este nivel sería aquel que habitualmente se utiliza en este período de formación es decir, las sesiones clínicas en cada unidad, las sesiones generales, la asistencia a congresos, etc. Si esta formación ética estuviera bien organizada en nuestro medio, habría que decir que a la conclusión del período de residencia los médicos tendrían una formación ética completa en el dominio de su especialidad.

### La formación especializada en ética médica

Además de la formación ética del médico especialista, está la *formación especializada en ética médica*. A pesar de que la ley española de especialidades médicas no reconoce como especialidad médica a la ética clínica, la Ley española de reforma universitaria sí permite a las universidades el establecimiento de títulos propios, entre los que se encuentran que pueden ser diversos, según su duración y posibilidad de acceso. Dentro de estos títulos propios están los llamados títulos propios en bioética, que serán los de magister (titulados superiores; 2 años de formación; 600 horas lectivas), especialista universitario (titulados superiores; 1 año de formación; 300 horas lectivas) y experto universitario (titulados de grado medio, 1 año de formación y 250 horas lectivas). Dichos títulos propios te garantizan una formación concreta y profunda en bioética, lo que permite integrarte en comités de ética de investigación o de ética clínica de determinados de los hospitales, así como poder actuar como consultor en los casos de especial dificultad dentro de tu ámbito laboral. Para ello se ha establecido que aquellos profesionales dedicados a este campo podrían utilizar el 30% de su horario laboral a este fin, pudiendo utilizar el 70% restante a sus actividades clínicas habituales.

Finalmente el proceso de formación en bioética se completa con la posibilidad de desarrollar un doctorado en bioética, desarrollando un proyecto de investigación propio en bioética, así como una formación continuada en bioética, formación que debería ser promocionada por las propias instituciones clínicas.

## La enseñanza de la bioética en los diferentes períodos de formación del médico

### Bibliografía

- Sánchez González, M. A.: Los interrogantes fundamentales en la enseñanza de la bioética: la experiencia en la Universidad Complutense. *Bioética y Ciencias de la Salud*, vol. II, n.º 4, julio-diciembre de 1997.
- Miles, S. et al.: *Medical Ethics Education: Coming of Age*, Academic medicine, pp. 705-714.
- Gracia, D.: *Fundamentación y enseñanza de la bioética*, El Búho, 2004.
- Culver, C.: Basic Curricular goals in medical ethics, *The New England Journal of Medicine*, 1985, 312, pp. 253-256.
- Gracia, D.: *La enseñanza de la bioética en España: un enfoque socrático*. Conferencia de clausura del Congreso de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, 1999.
- Gracia, D.: La deliberación moral: el método de la ética clínica, *Med. Clin. (Barc)*, 2001, 117, pp. 18-23.
- Gracia, D.: *Como arqueros al blanco*, Triacastela, Madrid, 2004.

*El doctor y su paciente*  
*La enferma de amor*  
*Locura de amor*  
**Jan Steen (1660)**

*Jan Steen es un pintor holandés que vivió en el siglo XVII y que se hizo célebre por sus cuadros con escenas de género; en al menos en veinte de ellos refleja la visita del médico a una casa burguesa.*

*En todas sus composiciones la paciente es de sexo femenino y bien se encuentra embarazada o es una joven enamorada que se encuentra a punto de desvanecerse o reclinada sobre grandes almohadones.*

*Siempre el médico va ricamente engalanado, habitualmente con sombrero, y atiende con dulzura a las pacientes. Steen capta el momento en que las toma el pulso, al tiempo que transmite serenidad y seguridad a las féminas.*

*Suele ser bastante frecuente encontrar en sus composiciones la compañía de una criada que mira de forma cómplice al médico, especialmente en aquellos cuadros en los que aparece representado el “mal de amores”.*

*En las composiciones de Steen no se percibe dramatismo ni desesperanza, contrariamente el ambiente general es sereno y luminoso, dando a entender al observador que la evolución de la enfermedad va a ser favorable.*









# La importancia del aspecto práctico y clínico de la ética en la formación de los profesionales

Mark Siegler

## Introducción

En este capítulo voy a exponer el trabajo que hemos realizado en la Universidad de Chicago desde el año 1984 para desarrollar un programa educativo único para los profesionales de la salud. Nuestros programas educativos se han enfocado en un área que llamamos ética de la medicina clínica. Hemos formado a muchos médicos en Estados Unidos, Canadá y Europa para trabajar como médicos-eticistas. Voy a empezar el capítulo con una definición de ética de la medicina clínica y en que forma se diferencia de la ética biomédica. Luego, voy a hablar un poco sobre el MacLean Center for Clinical Medical Ethics y el trabajo que éste realiza. Finalmente, voy a tratar el enfoque especial que toma el MacLean Center respecto a la educación ética para profesionales de la salud. En resumen, el capítulo estará dividido en las tres siguientes partes:

- Parte 1. ¿Qué es la ética de la medicina clínica?
- Parte 2. Una descripción del MacLean Center y sus logros.
- Parte 3. El enfoque especial que toma el MacLean Center con respecto a la educación ética para profesionales de la salud.

## Parte I. ¿Qué es ética de la medicina clínica?

Examinaré y exploraré la naturaleza de la ética médica clínica estudiando los siguientes cinco temas:

1. Definición de la ética médica clínica.
2. Objetivos de la ética médica clínica.
3. Método para alcanzar la meta/propósito.
4. La línea de temas estudiados en ética médica clínica.
5. ¿En qué se diferencia la ética médica clínica de la filosofía bioética?

### 1. ¿Qué es ética médica clínica?

La ética médica clínica es un campo práctico que ayuda a los pacientes, las familias y profesionales de la salud a tomar buenas decisiones clínicas tenien-

## La importancia del aspecto práctico y clínico de la ética en la formación de los profesionales

do en cuenta los hechos médicos de la situación y preferencias y valores del paciente y familia.

### 2. ¿Cuál es el objetivo de la ética médica clínica?

El objetivo de ética médica clínica es mejorar la atención de los pacientes y comportamiento (aceptación) de los mismos.

### 3. ¿Cuál es el método utilizado para lograr el objetivo de la ética clínica?

La ética clínica mejora la atención al paciente al incorporar consideraciones éticas, elección del paciente, y los derechos humanos en las decisiones alcanzadas por el paciente.

### 4. ¿Cuáles son las cuestiones abordadas por la ética médica clínica?

La ética clínica aborda una amplia gama de cuestiones que los pacientes, familias y médicos encuentran durante la práctica médica rutinaria, diaria. Estos problemas/cuestiones incluyen:

- Decir la verdad.
- Confidencialidad y privacidad.
- Consentimiento informado y elección del paciente.
- Buen final del cuidado de por vida.
- Relación médico-paciente.
- Distribución de recursos escasos.
- Investigación médica.
- Gastos médicos.
- Control del dolor.
- Reducción de errores médicos.
- Conflictos de interés.

### 5. ¿En qué se diferencia la ética médica clínica de la filosofía bioética?

Los dos puntos principales en los que difiere la ética médica clínica de la filosofía bioética son:

## La importancia del aspecto práctico y clínico de la ética en la formación de los profesionales

1. La ética médica clínica es práctica y no teórica; es una disciplina de medicina, no una de filosofía.
2. La ética clínica debe ser practicada por los médicos, a diario en circunstancias clínicas ordinarias, y no por filósofos.

Me gustaría poner de manifiesto mi concepto de ética médica clínica refiriéndome a las opiniones expresadas por el filósofo Soren Kierkegaard y por el historiador romano Tito Livio, ya que ambos trataron de hacer distinción entre el profesional de una profesión y aquellos que filosofaron o teorizaron acerca de la profesión. En la cita del filósofo Kierkegaard se describe esta diferencia haciendo referencia al capitán de un barco en una tormenta: “Imaginemos un capitán de barco que había pasado cada examen con distinción, pero que todavía no había estado en el mar. Imagínenselo en una tormenta; sabe todo lo que debería hacer, pero nunca antes había sentido cómo el terror sobrecoge a un marinero cuando las estrellas se pierden en la negritud de noche; nunca antes había tenido el sentimiento de impotencia que nos invade cuando el capitán ve cómo la rueda que está en sus manos se ha convertido en un juguete para las olas; nunca ha aprendido que la sangre se sube a la cabeza cuando uno intenta hacer cálculos en ese momento crítico; en resumen, no ha tenido concepción de los cambios que se han producido en el conocedor cuando ya tiene que aplicar sus conocimientos” (1).

Del mismo modo, me gustaría describir las opiniones del historiador Tito Livio sobre el tema de la experiencia práctica. En el *Libro XLIV de la Historia de Roma*, Tito Livio describe un discurso pronunciado por el general romano Lucio Paulus, donde defiende su estrategia militar en Cartago. Lucio Paulus había sido convocado para volver a Roma por el senado romano y le habían propuesto para defender su estrategia militar en Cartago. Esta es la cita de Tito Livio: “Los comandantes deberían ser aconsejados, principalmente, por las personas de talento conocido; por aquellos que han hecho del arte de la guerra su estudio particular, y cuyo conocimiento se deriva de las experiencias; de aquellos que están presentes en escenas de acción, que vean el país, que ven el enemigo, que ven las ventajas que ofrecen las ocasiones, y quienes, como la gente que embarcó en el mismo barco, son partícipes del peligro. Si, por lo tanto, alguien piensa que está cualificado para asesorar acerca de la guerra que tengo que dirigir, quien demuestre ventaja sobre el público, dejen que no niegue su ayuda al Estado, pero que venga conmigo a Macedonia. Será dotado

## La importancia del aspecto práctico y clínico de la ética en la formación de los profesionales

con un barco, un caballo, una tienda de campaña; incluso sus gastos de viaje deberán ser costeados. Pero si piensa que esto son demasiados problemas y prefiere el reposo de la vida de ciudad al trabajo duro de la guerra, que no asuma en la tierra el cargo de un proyecto piloto. La ciudad, en sí mismo, aporta abundantes temas de conversación” (2).

Hay una declaración en español más corta y concisa que contiene las mismas cualidades distinguiendo la experiencia práctica de la teórica: “No es lo mismo torear que ver los toros desde de la barrera”. Como decimos en inglés: *As one moves from the seats of the bullring into the bull fighting arena, the appearance of the bull changes.*

### Parte II. Descripción y logros en ética médica clínica del centro MacLean de la Universidad de Chicago

El centro MacLean se inició en la Universidad de Chicago en 1984. Algunos de los logros del Centro MacLean incluyen lo siguiente:

#### 1. Becas en programas de formación

Desde 1984, el centro de MacLean ha capacitado a más de 250 becarios en programas de formación, de uno o dos años de duración, en ética médica clínica. El 75% de los becarios han sido médicos, jóvenes médicos que apenas habían comenzando su carrera como facultativos ó médicos superiores a mitad de carrera. Los antecedentes médicos de los médicos incluyen casi todas las especialidades médicas incluyendo medicina interna, cirugía, pediatría, psiquiatría y obstetricia y ginecología. El centro MacLean ha sido el programa más grande del mundo para proporcionar becas de formación de ética clínica para médicos.

En estos 25 años, desde que comenzó la beca, el centro de MacLean ha formado/capacitado a más de 250 líderes en ética de Estados Unidos, Canadá y Europa. Se ha convertido de una forma parecida a la Universidad de Chicago en general, que es reconocida como “profesor de profesores”. Muchos graduados del Centro MacLean ahora dirigen programas de ética en universidades y hospitales de todo el mundo. Muchos de los becarios han logrado gran distinción académica y más de 40 de ellos tienen el rango académico de profesor, incluyendo 15 que han dotado cátedras universitarias en ética médica.

## La importancia del aspecto práctico y clínico de la ética en la formación de los profesionales

Permítanme describir algunos de los aspectos prácticos de nuestro programa de becas de MacLean Center. La beca tiene un plan de estudios de un año que incluye un curso intensivo de verano, nueve meses de trabajo en clase, experiencia en consulta para todos los becarios, y deben de haber sido mentores de proyectos de investigación y haber publicado documentos.

- *El curso intensivo de verano* dura cinco semanas. Cada día de esas cinco semanas, hay tres seminarios de dos horas. Por tanto, en cinco semanas tenemos 75 seminarios. El intensivo de verano incluye minicursos de 6-8 horas en Ley en salud, introducción a la bioética filosófica, introducción a la relación médico-paciente y programas especiales de año de duración sobre Bioética pediátrica, bioética quirúrgica y bioética ginecológica.
- *El programa del centro MacLean* incluye cursos semanales en la investigación, ley en salud y ética, salud y ética mundial, bioética filosófica y casos de consulta.

Cada becario realiza tres meses de consultas de ética que son supervisadas por dos de los facultativos superiores del centro MacLean.

Cada uno de los becarios colabora estrechamente con un mentor facultativo para realizar proyectos de investigación analíticos y empíricos en clínica ética. Se anima a los becarios a publicar los resultados de sus investigaciones en revistas médicas y de ética.

## 2. Facultativos y directores

El centro MacLean tiene una gran facultad constituida tanto de especialidades médicas como de los más amplios programas de la Universidad de Chicago. El número de profesores es de 30, que incluye 20 médicos y 10 no-médicos. Los no médicos provienen de la facultad de derecho, Colegio de Graduados en Administración, Divinity School y de los departamentos de filosofía, historia y sociología.

El centro MacLean está dirigido por Dr. Mark Siegler. Además, hay tres Directores asociados, Dr. Lainie F. Ross, MD, PhD, Dr. Daniel Sulmasy, MD, PhD, OFM, y Dr. Peter Angelos, MD, PhD. A tener en cuenta, los tres directores asociados del centro, son doctorados en filosofía: Drs. Ross, Sulmasy y Angelos. Esto es extremadamente inusual en la medicina estadounidense, tres médicos asistenciales que también tienen un doctorado de filosofía.

## La importancia del aspecto práctico y clínico de la ética en la formación de los profesionales

### 3. Programa de ética quirúrgica

El centro MacLean ha desarrollado un nuevo programa de ética quirúrgica en 2007. El nuevo programa está dirigido por el Dr. Peter Angelos, quien es uno de los cirujanos endocrinos líderes en Estados Unidos y también es doctor de filosofía. Desde que el Dr. Angelos desarrolló el nuevo programa en ética quirúrgica, más de 20 cirujanos han sido formados en el centro de MacLean en ética clínica.

### 4. Consultas de ética

Desde 1984 el centro de MacLean, ha sido pionero y ha desarrollado consultas de ética. Las consultas de ética se modelan después de las consultas médicas y quirúrgicas. Los consultores de ética que han sido formados y que tienen conocimientos tanto en medicina como en ética están disponibles las 24 horas del día, 7 días a la semana para ayudar a los pacientes, familias, médicos y enfermeras en casos de dificultad ética. El consultor de ética examinará los problemas clínicos y éticos en el caso, ofrecerá seguimiento de información y prudencia, y ayudará a los médicos y enfermeras en mediar en conflictos que podrían surgir en circunstancias particulares. Desde 1984, el centro MacLean ha realizado 150 consultas de ética por año, sumando un total de casi 3.000 consultas en 25 años. El centro MacLean y su facultad han escrito ampliamente sobre el tema de consulta ética y han publicado muchos artículos y libros acerca de este problema.

### 5. Investigación en ética médica clínica

El centro MacLean siempre ha hecho énfasis en la importancia de que además de enseñanza, becas de formación y proporcionar consultas de ética, es esencial que su facultad y becarios se involucren en investigación ética clínica. Dicha investigación puede ser analítica, según el modelo legal y filosófico, o puede implicar la recopilación empírica de datos que pueden ayudar a comprender mejor la naturaleza de un problema ético. Mientras que los datos fácticos nunca pueden resolver dilemas morales, a menudo puede ayudar a comprender mejor el dilema y a veces puede proporcionar una perspectiva al profesional de la manera de responder a situaciones particulares.

Hace casi veinte años escribí un documento como coautor con los doctores Edmund Pellegrino de la Universidad de Georgetown y Peter Singer de la

## La importancia del aspecto práctico y clínico de la ética en la formación de los profesionales

Universidad de Toronto, dando nuestra visión sobre la importancia de la investigación en el campo de ética clínica: “Será necesaria una investigación base si la ética clínica se convierte en una disciplina académica creíble. Nuevas disciplinas dentro de la medicina tienen éxito o no en función de su capacidad de desarrollar una base sólida de investigación. En la segunda mitad del presente siglo, esto ha hecho realidad en la medicina interna general, geriatría, medicina de emergencia y medicina familiar” (3).

### Parte III. Enfoque único del centro MacLean para la educación ética de profesionales de la salud

En este asunto, me gustaría examinar las siguientes cuatro preguntas:

1. ¿Por qué enseñar ética clínica a profesionales de la salud?
2. ¿Cuándo debería ser enseñada la ética clínica?
3. ¿Qué materia debe enseñarse?
4. ¿Cómo debe ser enseñada la ética clínica?

#### 1. ¿Por qué enseñar ética clínica a profesionales de la salud?

Ofrezco una respuesta a esto con un documento que escribí con los doctores Pellegrino y Singer en 1990: “La enseñanza de la ética, como cualquier otro tema en la escuela médica, obtiene su última justificación de su contribución a la atención de los enfermos. El principal objetivo de la enseñanza de ética clínica es mejorar la calidad de atención al paciente en términos tanto de proceso como de resultado de la atención” (4).

#### 2. ¿Cuándo debería ser enseñada la ética clínica?

Mi respuesta a esto es que la ética clínica debe enseñarse en todo el programa médico para estudiantes y residentes. Es muy importante, debe enseñarse ética clínica durante la formación clínica de médicos jóvenes. Reforzar mi argumento aquí citando un discurso pronunciado hace más de 100 años por el gran médico canadiense, William Osler, a la Academia de medicina de Nueva York: “En lo que puede ser llamado el método natural de enseñanza,

## La importancia del aspecto práctico y clínico de la ética en la formación de los profesionales

la estudiante comienza con el paciente, continúa con el paciente y termina su estudio con el paciente, utilizando libros y conferencias como herramientas, como medio para un fin... Para el estudiante clínico en la medicina y cirugía hay una regla segura que no tienen ningún enseñanza sin un paciente para un texto y la mejor enseñanza es ser enseñado por el propio paciente” (5).

### 3. ¿Qué materia debe enseñarse?

La ética clínica debería incluir tres dimensiones: 1) en el conocimiento cognoscitivo, 2) habilidades de conducta, y 3) un enfoque de toma de decisiones que pueda aplicarse por los médicos. Conocimiento cognitivo implica estudiar de libros y documentos acerca de un determinado problema ético. Habilidades del comportamiento se refiere a la capacidad del estudiante o de jóvenes médico para aplicar el conocimiento cognitivo al lado de la cama en el cuidado de un paciente.

Si el estudiante está aprendiendo acerca del consentimiento informado previo, el estudiante debe leer sobre los requisitos jurídicos, legales y éticos necesarios para un proceso de consentimiento informado adecuado. Estos elementos de consentimiento informado consisten en proporcionar información adecuada al paciente, asegurándose de que el paciente comprende la información proporcionada y, a continuación, alentar y permitir que el paciente tome una decisión libre y voluntaria que sea coherente con los deseos y valores propios de los pacientes. Estos serían los tres requisitos formales que se describen en muchos libros estándar acerca del consentimiento informado. Sin embargo, además de conocer estos requisitos, es esencial que al nivel de habilidades de comportamiento/conducta, el estudiante de medicina o médico joven sea capaz de informar del consentimiento informado a pacientes reales en las circunstancias médicas diarias. Para poder aprender estas habilidades de la conducta, el estudiante debe ser formado, no sólo desde los libros, sino también mediante la observación de médicos expertos, médicos superiores cuándo éstos estén trabajando en procesos de consentimiento informado con pacientes reales. Estas habilidades de la conducta son mucho más difíciles de enseñar que los requisitos formales descritos en libros. Un excelente documento escrito hace casi 25 años por un equipo de 12 bioéticos distinguidos, describe muy bien en dos partes este programa educativo. El documento se titula



## La importancia del aspecto práctico y clínico de la ética en la formación de los profesionales

“Objetivos básicos de programa en ética médica”, y se publicó en un diario de medicina de Nueva Inglaterra el 24 de enero de 1985 (referencia: 312 de volumen: páginas 253-56).

El tercer componente de lo que debe enseñarse es una decisión simple y fácil de aplicar la enfocada en los problemas éticos de la medicina. El enfoque que utilizamos en el Centro MacLean es uno que he desarrollado con mis coautores, Dr. Alberto Jonsen y El Profesor William Winslade, hace casi 30 años cuando se escribimos la primera edición de nuestro libro titulado *Ética clínica: enfoque práctico para toma de decisiones éticas en la medicina clínica* (referencia: McGraw-Hill Publishing, Nueva York y Madrid, 6.ª ed., 2006). En este libro desarrollamos lo que llamamos el modelo de cuatro cajas para la adopción de decisiones clínicas y éticas. El modelo hace hincapié en los hechos médicos del caso junto con las preferencias y opciones del paciente siendo éstas las dos consideraciones más importantes a la hora de alcanzar las decisiones clínicas. La siguiente imagen es una representación esquemática de nuestro modelo de cuatro cajas. Se puede encontrar una descripción de cómo usar este modelo en el libro antes referido (6).

Enfoque para toma de decisiones clínicas y éticas	
Indicaciones médicas	Preferencias del paciente
Calidad de vida	Consideraciones externas

#### 4. La última pregunta en la enseñanza clínica ética médica para los profesionales de la salud, es ¿cómo debe ser enseñada la ética clínica?

En el centro MacLean hacemos hincapié en lo que llamamos los cinco principios de la enseñanza clínica ética médica. A veces nos referimos a estos cinco principios como el de las “5 C” (7):

## La importancia del aspecto práctico y clínico de la ética en la formación de los profesionales

- Basado Clínicamente.
- Casos (reales).
- Continuo.
- Coordinada.
- *Clinicians as teachers* (médicos profesores).

Una referencia en la que estos cinco principios son analizados con mayor detalle, puede encontrarse en *Formando Doctores en Profesionalidad*, Siegler, M., The Mount Sinai, revista médica, 69(6), noviembre de 2002.

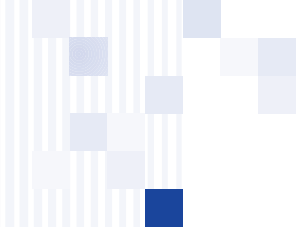
### Conclusión

He intentado mostrar la importancia de incluir el aspecto práctico y clínico de la ética en la formación y formación de profesionales de la salud, especialmente médicos y enfermeras. Esto es realmente el mensaje central de mi capítulo. Mi descripción de nuestro trabajo en la Universidad de Chicago, en el Centro MacLean de Ética Clínica Médica, proporciona un ejemplo de cómo esta formación práctica y ética se puede y debe hacerse para todos nuestros estudiantes y jóvenes médicos.

### Bibliografía

- (1) Kierkegaard, S.: *Pensamientos en situaciones cruciales en la vida de los humanos: tres discursos de ocasiones imaginadas*, 1845.
- (2) Tito Livio: *Historia de Roma, libro XLIV*.
- (3) Singer, P. A.; Siegler, M.; Pellegrino, E. D.: "Investigación en ética clínica". *Diario de Ética clínica*, 1 (2): 95-9, 1990.
- (4) Pellegrino, E. D.; Siegler, M.; Singer, P. A.: "Enseñanza de la ética clínica", *Journal of Clinical Ethics*, 3 (3): 175-80, 1990 Fall.
- (5) Discurso de William Osler a la Academia de medicina de Nueva York, 1902.
- (6) Jonsen, A.; Winslade, W.; Siegler, M.: *Ética clínica: enfoque práctico para toma de decisiones éticas en la medicina clínica*. McGraw-Hill Publishing, Nueva York y Madrid, 6.<sup>a</sup> ed., 2006.
- (7) Siegler, M.: "Formando doctores en profesionalidad". *The Mount Sinai, revista médica*, 69(6): noviembre 2002.





***Mujer hidrópica***  
**Gerard Dou (1662)**

*La pintura holandesa del siglo XVII no ha dejado verdaderas joyas pictóricas en las que se abordan diversos temas médicos. En esta ocasión el autor, Gerard Dou, es uno de los discípulos de Rembrandt y su obra es una de las más conocidas en las que se abordan temas médicos. Los temas costumbristas siempre nos muestran visitas a domicilios privados, nunca aparecen en consultas inhóspitas o destantaladas.*

*El médico, vestido con elegantes ropajes, visita en su domicilio a una señora, probablemente perteneciente a la alta burguesía, afecta de insuficiencia cardiaca, a juzgar por su distensión abdominal y la presumible dificultad que tiene para poder calzarse su pie izquierdo. La diuresis de la paciente debe ser escasa y concentrada, por esto motivo el galeno se entretiene en observar la orina recogida en un matraz, técnica conocida como uroscopia y que fue difundida en la Edad Media por los médicos de la escuela de Salerno. La uroscopia también aparece recogida en otros cuadros de la época, como por ejemplo en *La visita del doctor* de Gabriel Metsu o en *La visita del doctor* del pintor van Heemserk.*

*La escena se completa con una criada y con la hija de la paciente que atienden solícitas a la paciente, al tiempo que lloran desconsoladas.*

## La educación de los valores profesionales en la medicina

*Benjamín Herreros Ruiz-Valdepeñas*

En este texto sobre “La educación de los valores profesionales en la medicina” en primer lugar se abordará la evolución de la formación en ética y en bioética a los profesionales de la salud. Después se analizará qué es un valor y la diferencia que hay entre hechos y valores. Tras ello se intentará responder a la cuestión de si es posible trazar una ética profesional de mínimos basada en los valores prioritarios para alcanzar los fines de la medicina. En este punto será importante dilucidar si existen o no valores profesionales específicos de la salud y cuáles de ellos podrían ser prioritarios. Finalmente se realizará una breve propuesta sobre cómo se debe ser una educación en valores profesionales en el ámbito de la salud.

### La formación en ética de los médicos (1) (2) (3)

Ya desde la antigüedad se diferenciaron entre profesiones y oficios. Las profesiones se caracterizaban fundamentalmente por tener responsabilidades más morales que jurídicas. Esta responsabilidad moral se establecía a través de juramentos, como el Juramento Hipocrático, oraciones o posteriormente Códigos Deontológicos. Estos documentos, que regulaban el comportamiento profesional desde unos mínimos morales, se mostraron insuficientes. El médico podía no cumplir los mandatos de los juramentos o códigos. Pero además el desarrollo científico-tecnológico del siglo XX y la eclosión del movimiento de los Derechos Humanos dejaron obsoletos estos textos. No ofrecían las garantías necesarias para poder afrontar y analizar los nuevos problemas éticos surgidos en la medicina, y menos aún para poder regularlos.

Hasta el siglo XIX la formación ética de los médicos se basaba en las obras hipocráticas. Posteriormente aparecieron textos con preceptos de ética profesional con una fundamentación de base religiosa. En España no hubo formación reglada en ética en las facultades de medicina hasta el siglo XX. En 1843 apareció la primera Cátedra de Medicina Legal, que abordaba aspectos legales de la práctica médica. Una tendencia a partir de ese momento fue que los profesores de medicina legal absorbiesen en parte temas de ética. Por ello en los tratados de medicina legal de principios del siglo XX aparecieron cuestiones éticas. En 1934 se redactó en España el Código de Deontología Médica y tras la Guerra Civil española apareció una asignatura de Deontología enseña-

## La educación de los valores profesionales en la medicina

da por un sacerdote. Durante el régimen franquista el nacional-catolicismo dominaba en la universidad, desapareciendo ya en 1975 la asignatura de Deontología. En los años 70 y 80 del siglo XX las Cátedras de Medicina Legal introducen, además de sus contenidos específicos de medicina legal, temas deontológicos e incluso de ética médica.

En los años 70 nace la disciplina que hoy conocemos como bioética. Una serie de cambios sociales (como la ampliación de los derechos y libertades ciudadanas en las sociedades democráticas), técnicos (creación de las primeras unidades de cuidados intensivos o de la diálisis, desarrollo de nuevos campos de investigación) o económicos (mayor control de los recursos sanitarios, necesidad de establecer las prioridades del gasto sanitario) llevaron a que se cuestionasen el modelo tradicional de relación clínica y los principios clásicos de ética médica. En el nacimiento de la bioética la modificación de la relación médico-paciente fue nuclear. El derecho de los pacientes a tomar las decisiones acerca de la gestión de su cuerpo era un nuevo factor a considerar. De esta manera se rompía el modelo paternalista de relación clínica, bajo el cual el médico decidía por el “bien” del paciente, incapacitado para tomar las mejores decisiones. El dominio médico había ensombrecido la voluntad y autonomía de los pacientes. Para que esto se rompiera y pudiera cambiar, fue necesario que una serie de sentencias y publicaciones científicas hicieran mella en la sociedad, y muy especialmente en la cultura médica, obligada ahora a respetar el derecho a decidir de los enfermos. De esta manera se ampliaron los tradicionales principios de ética médica, *primum non nocere* (lo primero no hacer daño) y el principio de beneficencia, introduciéndose el respeto a la autonomía del enfermo y la necesidad de considerar los aspectos de justicia sanitaria. Una medicina social y con limitación de recursos obligaba a distribuir cargas y beneficios entre todos los usuarios. Con este panorama, la práctica clínica desde el punto de vista ético se hacía más compleja, pero también más rica. Se incorporaban nuevos matices necesarios en una sociedad abierta y plural.

En el entorno español no comienza a hablarse de bioética hasta los años 1980. Una serie de profesionales del ámbito académico más que del clínico fueron introduciendo la bioética en el debate sanitario español. En el plan de estudios de 1987 aparece por vez primera la posibilidad de implantar la bioética dentro de la formación médica. Durante los años 1990 y 2000 la bioética se ha ido extendiendo y divulgando, y en la actualidad es parte de

## La educación de los valores profesionales en la medicina

la formación básica de los profesionales de la salud. Durante estos decenios la mayor parte de los médicos se había educado bajo el paradigma paternalista de relación clínica y era difícil modificar esto. Por ello, tanto el cambio social que ha precipitado el debate bioético como la educación en bioética han sido especialmente sensibles entre las nuevas generaciones de profesionales, porque posiblemente pueden asumir más fácilmente este cambio de paradigma.

Llegados a este punto, es preciso preguntarse si es necesario enseñar bioética, si se debe enseñar bioética. La respuesta es sencilla: resulta fundamental. La clínica está llena de aspectos y conflictos éticos y los médicos deben estar preparados para manejar adecuadamente las cuestiones éticas de su práctica profesional. La educación en bioética debe estar orientada esencialmente a la práctica, hacia la resolución de problemas. Aunque para ello sea importante poseer una base teórica y de fundamentos de bioética sobre la que asentar el aprendizaje práctico. La bioética tiene unos contenidos propios, diferentes de los de la deontología o de la medicina legal, y la enseñanza de dichos contenidos es clave en la medicina actual. Por ello es importante contar con profesionales cualificados para ello.

### Los valores (4) (5)

Antes de abordar específicamente los valores de la medicina, es preciso acercarse a la idea de valor, y diferenciar el mundo de los hechos del de los valores. Un hecho es cualquier cosa o suceso real capaz de suministrar algún dato sensorial. Las sensaciones, como el calor o la sed, son hechos. Las sensaciones no se presentan de forma aislada en la realidad, de manera que podemos sentir calor y sed mientras vemos cruzar la calle a una pareja. Todo ello son hechos. También son hechos las intelecciones realizadas a partir de las sensaciones. Nadie percibe que la tierra es redonda, pero a partir de hechos sensoriales se ha podido llegar a ello. La ciencia se construye a partir de hechos y además intenta explicarlos. Los hechos, las sensaciones, pueden ser percibidos por cualquier sujeto y por diferentes sujetos simultáneamente.

¿Qué es un valor? Un valor es la estimación (la “valoración”) del hecho. Dicha estimación se acompaña a su percepción. Cuando estimamos (o valo-

## La educación de los valores profesionales en la medicina

ramos) realizamos una actividad psicológica diferente a la mera percepción. Lo agradable del calor (o desagradable), lo buena que es la paternidad (no en todas las circunstancias) o lo deseable que es la responsabilidad (de forma diferente según cada individuo), son estimaciones sobre el hecho del calor, de ser padre o sobre la responsabilidad como intelección. Los valores son cualidades inmateriales (agradable, bueno, deseable) que residen en las cosas, y cada sujeto puede percibir las o no. Un mismo hecho puede suscitar diversos valores, de forma que dos individuos pueden apreciar valores diferentes de un mismo hecho. Un sujeto podría percibir la paternidad como algo positivo porque permite completar un proyecto de pareja y otro porque es útil debido a que los hijos pueden cuidarte al envejecer. Pero también sucede que las personas que perciben un mismo hecho pueden reconocer determinados valores de forma similar. El esfuerzo del ciclista en la montaña es apreciado por la mayor parte de los espectadores, y se devaluaría si después leen que ese ciclista estaba dopado. Por tanto los valores poseen también cierta objetividad. ¿Existen valores positivos para todo el mundo? Estos valores podrían considerarse objetivos. Nadie, o muy excepcionalmente, cuestionaría que el bien, la belleza o la justicia son valores. Este tipo de valores “objetivos” serían fines en sí mismos, a diferencia de otros valores más subjetivos, que dependen de la apreciación de cada individuo (la riqueza, la ambición, el deseo).

La estimación de los valores se realiza por vía emocional. Los hechos captados y reconocidos mueven las emociones y en función de que emoción despierten, se considerarán (valores) positivos o (valores) negativos. Valor y emoción, la emoción que produce un hecho, son inseparables. El verbo francés *émouvoir* provenía del latín *emovere* que a su vez venía de la unión de *ex* (hacia fuera) y *movere* (remover, sacar de un lugar, retirar, pero también sacudir, como suele hacer la emoción con nuestro ánimo) (6). Por tanto el significado inicial de emoción era el de un movimiento del alma o del ánimo. Por ello sería similar decir que algo nos emociona a decir que nos conmueve (también del latín *commovere*, aquello “con” lo que nos “movemos”). Cuando los hechos nos emocionan o conmueven llegamos a estimarlos de formas muy diversas. Les adjudicamos diferentes valores. Ahí radica la importancia de la educación emocional en ética, porque educar emocionalmente es educar en la apreciación de valores. Y los valores son el motor de nuestras decisiones.



## La educación de los valores profesionales en la medicina

### La ética de los valores

Cada ética posee un sistema de valores, sea a nivel individual, basado en el sistema de valores de cada individuo, o a nivel colectivo, en este caso en los valores que se estratifican en cada sociedad. Las decisiones que toma un sujeto dependen más de los valores (de las emociones que le despiertan los hechos) que de los propios hechos. Si nos acercamos a la sombra o al sol no dependerá del hecho de que haga calor, sino de cómo lo estimamos. Del “movimiento del alma” que nos ha producido. Asimismo sucede con valores intelectuales y espirituales. Optaremos por la paternidad o por la responsabilidad en función de cómo las estimemos dentro de nuestra escala global de valores. En un ámbito colectivo, de una ética social, las normas dependerán de la escala social de valores vigente. Pensemos en la consideración que se tiene con los peatones en los pasos de cebra en diferentes países. En distintas culturas se valora de forma diferente el respeto al viandante.

La ética de los valores señala que debemos realizar o proteger valores. Estamos obligados a ello. Por tanto hay una relación entre valor y deber. Los problemas morales se deben a conflictos entre valores. Realmente son problemas de elección entre valores, ya que si se pudieran realizar todos los valores no existirían los conflictos. Si existieran valores absolutos (universales e inquebrantables en toda circunstancia) se podría actuar en base a ellos. Pero, además de la dificultad que conllevaría ponerse de acuerdo sobre que valores serían absolutos, cualquier valor en una circunstancia concreta entraría en conflicto con otros valores y se le podría dar prioridad a otro valor, dejando así de ser absoluto. Esta es la dificultad de la ética, aplicar y situar los valores en el mundo real, no dejarlos en el mero intelecto. Un valor tanpreciado como es la vida en ocasiones cede al honor, a la defensa de un ideal o la preservación de la calidad de vida.

Por tanto, ante la necesidad que tenemos de jerarquizar valores (individual y socialmente), al no ser posible encontrar valores absolutos y debido a la intrínseca conflictividad que existe en la realidad entre los valores, es necesario buscar vías para resolver los conflictos entre valores. No hay soluciones generales automáticas, “fórmulas mágicas” que resuelvan los conflictos éticos. Pero sí es posible regularlos racionalmente. La deliberación, desarrollada para los conflictos éticos de la clínica por Diego Gracia, es una vía posible para hacerlo (7).

## La educación de los valores profesionales en la medicina

### ¿Es posible una ética profesional de mínimos?

Existe una ética individual basada en los valores individuales y una ética social o civil basada en los valores de una sociedad. La ética individual se orienta hacia la virtud, hacia lo óptimo (lo mejor entre lo posible), y depende de la conciencia individual. De cómo evalúa y estratifica cada individuo los valores. Haciendo una metáfora, se podría imaginar que cada individuo posee una “balanza interior” que pondera los valores apreciados, y esta evaluación permite estratificarlos. En función de la ética individual cada sujeto realiza su proyecto de vida y no puede exigir a los demás que tengan el mismo proyecto. Porque cada persona posee una “balanza” diferente y por tanto tiene su propia jerarquización de valores. La ética civil está fundada en los valores comunes compartidos por una sociedad. Por los valores aceptados, si no por todos, al menos por la mayoría. Estos valores construyen las normas que permiten a las personas vivir en sociedad y tener una convivencia bajo un acuerdo de mínimos. Esta ética ha sido también llamada ética de mínimos y es la que debería inspirar las leyes.

A lo largo de la historia se han ido descubriendo y cambiando valores. Hace varias generaciones era valorado positivamente que una mujer fuera sumisa con el marido y actualmente esto se considera negativo. Los valores por tanto pueden variar con el paso del tiempo y también en función de la cultura (pensemos en el valor del desnudo en diferentes lugares), de manera que los valores pueden aparecer, desaparecer o cambiar de lugar dentro de la jerarquía de valores de una sociedad. Esto puede producir recelo entre las personas identificadas con una determinada escala de valores, bien porque no estimen como valor lo nuevo o porque teman que se pierdan sus valores. Pensemos en la opinión que tienen sobre internet las personas de edad avanzada, no acostumbradas a la informática, y como lo estiman las generaciones más jóvenes.

Si la ética de máximos es individual e intransferible, y es la ética de mínimos la que nos permite establecer acuerdos, ¿es posible hallar una “ética de mínimos” en la medicina? Para responder a esta pregunta es imprescindible averiguar si existen unos valores profesionales comunes en la medicina que permitan trazar una “ética profesional de mínimos” más allá de la mera deontología médica. No se tratarían de unas normas de obligado cumplimiento que permitan establecer un régimen sancionador (un código deontológico). Habría

## La educación de los valores profesionales en la medicina

que buscar unos valores comunes que acerquen al médico más al cumplimiento de la finalidad de su profesión, a la excelencia profesional. Y esto no puede ser regulado ni obligado, pero sí se puede orientar hacia ello a través de la educación. Esto permitiría formar a médicos más cercanos al cumplimiento de los fines de la medicina.

Si queremos saber si es posible una ética de mínimos en la medicina, y conocer por lo tanto qué valores son prioritarios en la profesión médica, sería necesario saber cuáles son los fines de la medicina. Los valores prioritarios serían aquellos que permitieran realizar dichos fines. El prestigioso centro estadounidense de investigación en bioética The Hastings Center realizó entre 1993-1996 un trabajo sobre los fines de la medicina (*Goals of medicine*). El informe de The Hastings Center continua siendo una referencia en la actualidad. Se partía de la premisa de los nuevos problemas aparecidos en la medicina y que ponen en juego los medios y los fines de la medicina. La respuesta a estos problemas se estaba dando a través de los medios (mayor desarrollo tecnológico, más medios en los hospitales). Pero la pregunta clave era si sería suficiente con los medios para afrontar los nuevos problemas, o si además de ello era preciso modificar también los fines. Para responder esta cuestión era necesario conocer qué fin se plantea la medicina. La respuesta es evidente, la salud, ¿y qué es la salud? Actualmente la salud no la define unívocamente el médico. Los usuarios también tienen algo que decir al respecto. Si recurrimos a la definición más extendida en nuestros días, la dada por el organismo internacional de salud de mayor prestigio, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es el “perfecto estado de bienestar físico, mental y social”. Bajo este epígrafe todos podríamos estar enfermos, más aún si el límite entre salud y enfermedad lo fija cada sujeto y no del médico. El ambicioso, y tal vez irreal, concepto de salud de la OMS pone sobre la mesa un problema. El fin de la medicina es irrealizable, y acarrea frustración y fracaso entre el colectivo médico y entre los usuarios. Desde la profesión médica se ha dado respuesta a ello a través de los medios y no de los fines. Es posible que siendo más realistas con los fines, sea más asequible acercarse a ellos, y sin duda habría menos frustración. El informe de The Hastings Center concluye que los fines de la medicina son curar, aliviar, prevenir y cuidar o acompañar (8) (9). Estos fines, también muy ambiciosos, no permitirían lograr un “perfecto bienestar físico, mental y social”, pero sí al menos trazar un horizonte más real sobre cual es el alcance de la medicina.

## La educación de los valores profesionales en la medicina

### Los valores profesionales

Un rasgo fundamental de las profesiones es que precisan una cualificación especial. Para adquirir esta cualificación son necesarios determinados conocimientos (nociones, sabiduría), habilidades (destrezas en ejecutar aquello que sirve para la profesión) y actitudes (disposiciones de ánimo manifestadas de algún modo) (10). ¿Qué valores del ámbito del conocimiento nos ayudarían más a poder curar, aliviar, prevenir y cuidar o acompañar? Algunos de ellos podrían ser la inteligencia, el estudio, la actualización científica, la humildad intelectual, la honestidad intelectual, el esfuerzo o la capacidad para compartir el conocimiento. Podríamos añadir a esta lista muchos otros más. Si realizamos la misma pregunta en relación con las habilidades profesionales, algunos valores serían la comunicación personal, la comunicación oral, la destreza o habilidad técnica, la comunicación escrita o la capacidad de trabajo. En cuanto a los valores del campo de las actitudes, se podrían señalar la empatía, la compasión, la asertividad, la colaboración (el trabajo en equipo), la curiosidad e inquietud (por el progreso científico, por los diagnósticos), la exigencia (auto y heteroexigencia), la comprensión o la responsabilidad. Además de estos valores se podrían nombrar muchos más.

La realización de estos valores no depende exclusivamente de los profesionales. El entorno, la organización del trabajo y la misma sociedad con frecuencia no los facilitan. El médico tiene que trabajar muchas veces en condiciones no deseables (escasez de tiempo para los pacientes, presión asistencial) y simultáneamente se le exigen resultados a un nivel óptimo. Bajo dichas circunstancias es más fácil caer en el *burn out syndrome* (síndrome de desgaste profesional) (11) que en el cumplimiento de los valores y en conseguir la excelencia profesional.

¿Sería posible, además de una “ética profesional de mínimos”, una “ética profesional de máximos”? Esto sería inviable. Aunque el proyecto de vida de cada profesional es respetable, nadie puede exigir a los demás que tengan la misma jerarquía de valores. Para un médico lo más importante puede ser mejorar la salud entre los más pobres, para otro llegar a ser jefe de servicio y para otro publicar en las revistas más prestigiosas. Pero ninguno de ellos puede imponer a los demás sus propios valores.

## La educación de los valores profesionales en la medicina

### La formación de los valores profesionales

¿Cuándo se debe formar en los valores profesionales? Lo ideal sería la transversalidad, que cada materia incluyera algunos de los valores de la medicina en su planificación. Respecto a la formación específica en ética, al inicio de los estudios del grado de medicina es importante conocer fundamentos teóricos de bioética. Más adelante, en los últimos cursos (tras haber tenido contacto con los enfermos), se debería incidir más en sus aspectos prácticos, pensando en la toma de decisiones. Esto incluiría la inserción en los valores profesionales prioritarios en la clínica.

Los métodos actuales de enseñanza universitaria, basados en una parte de nociones teóricas y otra de metodologías activas (debates, dramatizaciones, *role playing*,...) son también válidos en la formación en bioética. Pero más allá de metodologías docentes, si hablamos de formación en valores (de educación emocional), es posible que la mejor metodología sea el ejemplo activo. Las emociones se educan (o se aprenden) a través del contacto directo. Observando y compartiendo momentos con profesionales que transmiten valores. Aprendemos a apreciar (a valorar) a través del otro y con el otro. Es fácil darse cuenta cómo en gran medida los valores aprendidos de los padres provienen de haberles visto ser y actuar de una manera, más que de una lección teórica sobre los valores. Esto sería extensible al resto de los ámbitos, incluido el profesional. En cierta forma adquirimos valores por el ejemplo activo recibido durante la licenciatura, durante la residencia o después. Gracias a ese profesional que nos enseñó con su ejemplo a ser empáticos, la importancia de actualizarse, a mantener la inquietud intelectual, a buscar soluciones creativas, ..., a ser, sino excelentes, al menos mejores profesionales.

La ética de los valores une valores y deber, por lo que estaríamos obligados a enseñar (a transmitir activamente) aquellos valores que hacen que la profesión médica ayude a curar, aliviar, prevenir y cuidar o acompañar. No se trataría de realizar una lista cerrada de valores, pero sí de debatir sobre ellos. Sobre el perfil de médico que queremos en nuestra sociedad. Este debate debe realizarse en las instituciones responsables de planificar la educación sanitaria. Y en base a ello se debería orientar la educación profesional de los futuros y presentes médicos. Pero es dudoso que este debate realmente exista en los ámbitos académicos y de responsabilidad en la planificación universitaria. La

## La educación de los valores profesionales en la medicina

improvisación y otros intereses más oscuros dominan con frecuencia los debates en las instancias de decisión universitaria.

### Bibliografía

- (1) Sánchez, M. A.: "Los interrogantes fundamentales en la enseñanza de la bioética: la experiencia en la Universidad Complutense". *Bioética y Ciencias de la Salud*, vol. II, n.º 4, 15-21, 1997.
- (2) Sánchez, M. A.: "La Bioética que se puede enseñar, sus contenidos y estrategias docentes". *Cuadernos de realidades sociales*, n.ºs 69-70, pp. 63-86, 2007.
- (3) Simón Lorda, P.; Barrio Cantalejo, I. M.: "Un marco histórico para una nueva disciplina: la bioética". *Med. Clin. (Barc)*, 105: 583-597, 1995.
- (4) Gracia, D.: "Las fundamentaciones axiológicas: Vale". *Fundamentos de bioética*, 2.ª ed., Madrid, Triacastela, pp. 359-365, 2007.
- (5) Sánchez, M. A.: *Ética, bioética y globalidad*. Madrid, Editorial CEP, 2006.
- (6) Soca, R.: *La fascinante historia de las palabras*. Asociación Cultural Arturo Nebrija, 2005.
- (7) Gracia, D.: "La deliberación moral: el método de la ética clínica". *Med. Clin. (Barc)*, vol. 117, n.º 1, p. 18-23, junio 2001.
- (8) *The goals of medicine. Setting new priorities*. *Hastings Cent. Rep.*, 26(6): S1-27, noviembre-diciembre 1996.
- (9) Gracia, D.: "Los fines de la medicina en el umbral del siglo XXI". *Como arqueros al blanco*. Madrid, Triacastela, 2004.
- (10) *Diccionario de la lengua española*. 22.ª ed., Real Academia Española, 2005.
- (11). Ferrer, R.: "Burnout o síndrome de desgaste profesional". *Med. Clin. (Barc)*, 19, 119(13): 495-6, octubre 2002.



**Lección de anatomía  
Rembrandt (1632)**

*El estudio anatómico no se reguló en Holanda hasta el año 1555 y estaba estrictamente reservado a los varones, las disecciones de mujeres habrían de esperar hasta el año 1720, casi dos siglos después. Este es el motivo por el cual en prácticamente todos los cuadros en los que aparecen lecciones de anatomía aparezcan varones adultos.*

*Acababa de comenzar el año 1632 cuando Rembrandt, un joven de 26 años que acababa de llegar a Ámsterdam y que era un absoluto desconocido, recibió el encargo de representar su primera Lección de anatomía. Se trataba de una gran oportunidad para darse a conocer en la capital holandesa. En el cuadro aparece representado el doctor Nicolás Tulp, un reconocido médico de 39 años que además era uno de los concejales de la ciudad. La escena tiene lugar en el*





*teatro de anatomía de la Escuela de Medicina de Ámsterdam y está captada con enorme naturalidad, se recoge una disección organizada por el Gremio de los Cirujanos.*

*Este galeno realizaba habitualmente las disecciones de personas que había sido ajusticiadas, en este caso se trataba de un varón llamado Adriaen Arisz, acusado de robar la capa de un caballero. No era un delito muy grave, pero fue ajusticiado porque se trataba de un delincuente reincidente. Fue ahorcado el 31 de enero de 1632, en ese momento no pudo imaginar que días después iba a ser catapultado a la inmortalidad por uno de los pintores más brillantes de toda la Historia.*

*Ha sido restaurado en 21 ocasiones, la última en 1998, utilizando microscopios y rayos*

*X. La restauración de 1700 fue llevada a cabo por Jurriaan Pool que se permitió la licencia de borrar un dibujo del antebrazo que aparecía en una de las hojas que porta uno de los ayudantes y escribir el nombre de todos los presentes, por eso sabemos cómo se llamaban cada uno de los que aparecen en el cuadro.*

*El doctor Tulp es el único que lleva sombrero, lo cual es una señal de autoridad; al mismo tiempo es el único que aparece sentado sobre una silla, con su espalda erguida. Si nos fijamos con atención observaremos que en el sombrero del doctor Tulp hay un sutil número "1" y que todos los personajes llevan un número.*

*Alrededor del doctor Tulp se colocan seis personas, se trata de cirujanos barberos, sin título universitario y que se ganaban la vida realizando flebotomías. La disección se está realizando en el brazo izquierdo, que es aparentemente de mayor tamaño que el derecho, Tulp sostiene los músculos flexores de los dedos, que se insertan en las falanges medias.*

*Si observamos con detalle, hay un error en su origen, puesto que Rembrandt hace que se originen en el epicóndilo lateral (aquí se origina la musculatura extensora y supinadora), cuando en realidad se originan en el epicóndilo medial.*

*Dos de los asistentes (Jacob de Hill y Mathys Kalkoen) se inclinan hacia delante mirando atentamente la disección; en el fondo aparece el más alto del grupo (Franz Van Loenen), que es el número "8" de la lista y que originalmente aparecía representado con un sombrero igual que el de Tulp.*

*El análisis con rayos X ha revelado que cuando el cuadro estaba a punto de ser terminado se añadió la imagen de Jacob Koolveld, el que aparece pintado en el extremo izquierdo. ¿Cobró el pintor una suma adicional por representar a este personaje? A los pies del finado hay un libro de anatomía de Vesalio, lo cual fue una verdadera revolución científica.*

*Una última curiosidad, años después de esta representación el doctor Tulp enfermó, al parecer tenía un cálculo vesical. ¿A cuál de todos sus discípulos eligió para realizar la intervención? Pues parece ser que a ninguno, escogió el difícil arte de la autocirugía y mediante una incisión consiguió extraerse la piedra.*



# La formación en bioética ante el conflicto entre deseo y necesidad sanitaria<sup>1</sup>

Carlos Pose Varela

## Introducción

Uno de los factores que está afectando a la calidad asistencial de nuestro sistema sanitario surge del conflicto nunca resuelto entre el “deseo” de un individuo (enfermo o sano) y el concepto de “necesidad sanitaria” que tiene que definir, en general toda sociedad, pero en particular toda institución sanitaria, en el caso que aquí contemplamos, pública, que presta servicios asistenciales. Este conflicto es objeto de reflexión desde distintas perspectivas, por ejemplo, desde la perspectiva de lo que significa una “necesidad sanitaria” y cómo se define, pero lo que aquí nos interesa es llamar la atención sobre el otro polo, sobre el fenómeno del deseo y su educación social, lo que nos permitirá explicar, por una parte, muchas de las demandas de los ciudadanos respecto del sistema público de salud, y, por otra parte, la actitud crítica de algunos, o más bien muchos, profesionales de la salud que tienen que enfrentarse diariamente con este conflicto.

Todo este conflicto tiene que ver, en primera instancia, con la educación moral y el control de los sentimientos o deseos a que somos sometidos en la familia y la escuela hasta hacernos autónomos, si es que lo conseguimos. Pero, en segunda instancia, tiene que ver, en la medida que aquí buscamos acotar, con la formación ética que los profesionales de la salud reciben en la no precisamente corta etapa universitaria hasta que alcanzan una cierta destreza clínica. Y, en última instancia, también tiene que ver con la educación social que paralelamente todos recibimos ya de adultos (lo cual no quiere decir autónomos), bien en la calle o, con un enorme impacto, a través de los distintos medios de comunicación que hoy están al alcance de todos, o mejor, que nos alcanzan a todos. Esta última es una dimensión mucho mayor, casi imperceptible, dado que afecta a la tabla de valores por la que una sociedad determinada viene apostando, precisamente mediante la promoción de unos valores que considera que deben estar más extensamente realizados y son, por tanto, objeto de deseo preferente.

Estos tres niveles o dimensiones educativas influyen decisivamente en todo individuo desde que nace: primero recibe la influencia de sus padres y amigos próximos, después la de sus maestros y profesores, y también la de los

<sup>1</sup> La elaboración de este trabajo se inscribe en las actividades del proyecto de investigación FFI-2008-03599.

## La formación en bioética ante el conflicto entre deseo y necesidad sanitaria

directivos o colegas de su puesto de trabajo, y, finalmente, la de sus políticos (es decir, la de las “políticas” de sus políticos), la de los representantes de las instituciones que él elige. Aquí nos interesa el primero y segundo nivel, dado que el deterioro del tercero es tal que hoy muchos individuos no sólo tienen dudas acerca de qué elegir, sino acerca de si merece la pena elegir. Es una duda más teórica que práctica, puesto que parece evidente que si se deja de elegir, el sistema democrático se paraliza, lo cual es todavía peor.

En lo que sigue vamos a incidir, en primer lugar, en el papel de la sociedad en la construcción de los sentimientos, de manera que podamos afirmar que los deseos individuales que nos mueven a actuar como lo hacemos se deben en buena medida al tipo de sociedad que tenemos. En segundo lugar, vamos a distinguir “educación” de “formación”, para defender que de lo que carecen nuestros profesionales de la salud no es únicamente de mejor educación moral (en esto, como la gran mayoría), sino de una buena formación ética (aquí también como todos, pero no todos están tan necesitados de esta formación como ellos), lo que tiene muchas veces como consecuencia una respuesta llena de angustia y de actitud beligerante al conflicto que da título a este trabajo.

### Educación moral y control de los deseos

Educar siempre es conducir, optar por una cosa en vez de otra. Toda educación es una opción de valor. Y como el valor está dado por vía emocional, se puede decir también que toda educación, o una buena parte de ella, es educación emocional. Esta es la idea principal de la que vamos a partir.

Los sentimientos son sensaciones mentales que se van construyendo y tejiendo a lo largo de la vida. Esta construcción, en la medida en que siempre posee predisposiciones afectivas, es individual (“deseo” esto o lo otro), pero es sobre todo social (“necesitas” esto o lo otro). Esto quiere decir, en primer lugar, que hay una gran heterogeneidad o pluralidad de sentimientos, deseos, emociones etc. determinada tanto por el carácter de cada individuo como por la cultura de cada sociedad. Y, en segundo lugar, que como el individuo suele vivir en sociedad, siempre surge el conflicto de cómo hacer compatibles los “deseos individuales” con las “necesidades sociales”.

Las sociedades siempre han resuelto este problema sometiendo al individuo, que nace inmaduro (es decir, sin sentimientos y deseos consolidados) a una ri-

## La formación en bioética ante el conflicto entre deseo y necesidad sanitaria

gida educación moral. La educación emocional es, ante todo, educación moral, y la educación moral es, en buena medida, educación social. No es un gran problema para una sociedad el conocimiento de la norma, sino su cumplimiento. Es decir, la educación no es nunca un problema científico ni técnico, sino moral. Por eso, la sociedad como institución ejerce una especial presión sobre el individuo que ingresa en ella. Esto pasa con el adolescente, que en principio se niega a aceptar las costumbres tradicionales puesto que van en contra de su propio deseo natural, pero ocurre también con el inmigrante. El inmigrante que busca en otra sociedad resolver su problema más vital, que empieza por ser su problema material (el económico), se ve obligado a aceptar más o menos explícitamente usos y costumbres en los que no había sido educado inicialmente.

Todo esto significa que es imposible vivir en sociedad sin atenerse a algún tipo de norma externa, impuesta socialmente; pero significa también que los usos y costumbres son modificables. Da muestras de ello que el adolescente sea capaz de sustituir sus gustos personales por normas de comportamiento social, tal como explica la psicología evolutiva o enseña la propia experiencia personal, o que el inmigrante esté dispuesto a abstenerse de alguno de sus hábitos culturales en favor de las normas de integración social del país en el que ha ido a parar. Pero esto que se dice del adolescente y del inmigrante, puede llevarse al escenario de la profesión médica y de la clínica. Es el caso del individuo que logra deshacerse del tabaco, la bebida, etc., o del paciente que con un ajuste en su dieta consigue controlar mucho mejor su diabetes. La consecuencia es la misma: los sentimientos del profesional médico, de los pacientes, etc., son construcciones, y por tanto son modificables. Los sentimientos se pueden construir y se pueden destruir, o lo que es lo mismo, se puede y se debe educar y reeducar en ellos. Se trata simplemente de opciones de valor por las que una sociedad viene apostando. El problema no es, por tanto, que una sociedad no tenga mecanismos de presión (o mejor, de educación), para hacer que sus individuos se comporten de un modo o de otro. El problema está, si acaso, en los valores que una sociedad considera superiores, que suelen ser aquellos que absorben una buena cantidad de recursos económicos, curiosamente, sin el cálculo muy preciso de sus consecuencias. Porque una cosa es clara: la realización de un valor siempre tiene unas ciertas consecuencias, positivas unas y negativas otras. La escasa atención que se tributa al concepto de valor, más allá del valor económico, lleva a que pasen desapercibidas algunas de las consecuencias negativas de la opción por ciertos valores,

## La formación en bioética ante el conflicto entre deseo y necesidad sanitaria

y que se vean estas consecuencias autónomamente, sin conexión con el lugar de origen, como si se tratase de algo de aparición casi milagrosa.

Cuando la educación emocional no es correcta, cuando unos sentimientos se polarizan y, por tanto, se vuelven incompatibles con otros o con los de otros, entonces se crea un conflicto emocional, o si se quiere, un conflicto de valores. En situaciones extremas se suele hablar de aberración o desviación emocional. La desviación se produce porque el sentimiento, que está constantemente haciendo prospecciones en la realidad, ilumina una parte de ella y deja en la penumbra todo lo demás. Lo que el sentimiento ve son valores, pero en función de cómo sea el sentimiento, así verá unos valores u otros. En una clasificación elemental, podemos agrupar los sentimientos en tres niveles: sentimientos de lo material, sentimientos de lo vital y sentimientos de lo espiritual.

Pues bien, aplicando este esquema, no sólo a los individuos, sino a los valores que sustenta una sociedad, se puede decir que hay individuos y sociedades que priorizan los sentimientos de lo material, por considerar que son los más importantes. Qué gestor sanitario no desearía estar bien educado en este tipo de sentimientos, es decir, en ser fino en la estimación de lo útil, lo necesario, etc. y qué institución sanitaria no brillaría con una gestión eficiente del gasto, etc. Otra posibilidad la encontramos en los individuos o sociedades que colocan como valor máximo todo aquello que es término de un sentimiento de lo vital, el primero de ellos, la vitalidad, pero también otros como la salud, el bienestar, la felicidad, etc. La opción por la salud y bienestar como valor máximo suele llevar a una medicalización de la vida, lo cual no es infrecuente en muchos individuos y sociedades (¿la nuestra?). Ello es fruto de unos sentimientos y, consecuentemente, de una opción de valor. Finalmente, hay una posibilidad más, siguiendo este esquema ternario, propia de ciertos individuos o sociedades que son más proclives al sentimiento de lo espiritual, de lo personal y de lo religioso. Esto tampoco es infrecuente.

En todo caso, estos tres modelos descritos nunca son puros. De lo que se trata en la práctica es siempre de preferencias emocionales o de opciones de valor que un individuo o una sociedad se empeña en realizar más inmediatamente. Por tanto, siempre se trata de una cuestión de prioridad. ¿Qué priorizamos? Esta es la cuestión que tenemos que estar constantemente respondiendo, o que no tenemos más remedio que responder.

En definitiva, toda educación emocional es, en buena medida, educación social. Y es además un imperativo moral. Los sentimientos, dejados a sí mis-

## La formación en bioética ante el conflicto entre deseo y necesidad sanitaria

mos, suelen ser extremos. De ahí que haya que conducirlos, que haya que optar por ellos introduciendo resortes de control social. Esto no evita, no obstante, que nos encontramos con individuos muy materialistas, otros muy vitalistas o medicalizados y, finalmente, otros muy espiritualistas y religiosos. Pero en gran medida ello es consecuencia de las opciones de valor por las que una sociedad ha apostado. Estas opciones, cuando son extremas, generan sus propios conflictos sociales, es decir, que crean, por así decir, una enfermedad social; valga el ejemplo que aquí más nos interesa: la medicalización social de la vida. Medicalización social de la vida, porque no sólo hay un individuo que desea priorizar en exceso ciertos valores frente a otros también importantes, en este caso, el valor salud, sino que hay una sociedad que le facilita esa priorización. Por tanto, es la sociedad la que deliberadamente la que ofrece una educación polarizada a sus individuos. Ello permite alumbrar muy bien una zona de la realidad pero a costa de oscurecer las demás sin asumir claramente sus consecuencias.

### Formación ética y control de los conflictos de valor

El conflicto entre deseo y necesidad sanitaria es una de las expresiones del modo en que los individuos estamos siendo educados en nuestra sociedad y, por tanto, parece que es un conflicto consustancial al tipo de sociedad que hemos construido. Ciñéndonos por tanto al campo sanitario, un modo de dar respuesta a este conflicto, si no de modo inmediato, bastante rápidamente, es formar a los profesionales de la salud en la gestión de los valores sociales cuando estos afectan a los conceptos de salud y enfermedad. Al final ellos son los verdaderos afectados y protagonistas de este conflicto y el cuerpo de acceso más asequible a cualquier plan de reeducación social. Pero ello requiere una aclaración, por una parte, en relación a qué se educa y qué es educar, y por otra, si es lo mismo formar que educar.

Se dice que educar la inteligencia es enseñar a “pensar” (saber pensar). Pero la educación es más amplia. No se educa sólo la inteligencia sino también la voluntad y el sentimiento: educar la voluntad es enseñar a “querer” (saber querer), educar el sentimiento es enseñar a “sentir” (saber sentir). Hay en todos estos actos dos dimensiones, una general, idéntica a todos ellos, la de “saber” hacer algo, y otra propia o específica de cada una de ellos, que es “lo

## La formación en bioética ante el conflicto entre deseo y necesidad sanitaria

que” se hace. Salvo la de pensar, que siempre se ha dicho que es una facultad que el niño adquiere tarde, la de querer y sentir parecen dimensiones elementales, primarias, incipientes en todo ser humano nada más nacer. Pero esto es un error, una confusión terminológica y semántica. Querer y sentir significan varias cosas. Significan primariamente el acto elemental y radical de “desear” y “emocionarse” respectivamente, pero significan, en un sentido más complejo, decidirse o “determinarse libremente” y “estimar” o “valorar”. Por tanto, si ahora elevamos la enseñanza de la voluntad y el sentimiento al nivel del pensamiento, entonces hay que decir que educar la voluntad es enseñar a decidirse libremente, y educar el sentimiento es enseñar a estimar o valorar las cosas en lo que valen, así como pensar es razonar lo que las cosas son. Antes que pensar, el niño tiene uso de la inteligencia, antes que querer autónomamente, el niño desea, antes que estimar, el niño se emociona. Dicho de otro modo, además de inteligir, el ser humano adulto piensa; además de desear (o tender), toma decisiones; además de emocionarse, valora. Pero, ¿qué es pensar, querer y estimar? Pensar es saber inteligir, o entender, querer es saber desear, o decidir, estimar es saber emocionarse, o valorar. Todo esto hay que aprenderlo y, por tanto, es objeto de formación o educación.

Ahora bien, este es el problema. ¿Educación o formación? No se puede confundir educación con formación. La formación es la adquisición por transmisión de unos conocimientos y habilidades cuando todavía no se tienen. La educación, en cambio, es algo muy distinto, en todo caso, mucho más complejo: empieza por ser un temperamento que recibimos, sumado a otros muchos factores, que acaban dando lugar a eso que se suele llamar actitud y carácter. Quiere esto decir que la formación puede ser compartida y llegar a cierto grado de objetividad; en cambio, la educación es algo propio, personal e intransferible. Por otro lado, la formación no es algo concluido, pero es concluíble, mientras que la educación es un camino que nunca se termina de andar, que hay que estar trazando continuamente. Por eso, la formación parece que puede ser “profesional” o técnica (en sus distintos ámbitos), mientras que la educación no puede ser más que “moral” o ética. De ahí que a veces se diga que se forma técnicamente y se educa éticamente.

Visto así, es claro que la inteligencia destaca más por su aspecto formativo que educativo, mientras que el deseo y las emociones destacan más por su aspecto educativo que formativo. Esto concuerda con lo visto en el epígrafe anterior respecto al control de los sentimientos y deseos que una sociedad

## La formación en bioética ante el conflicto entre deseo y necesidad sanitaria

tiene que ejercer sobre un individuo. Para saber pensar, en principio bastaría con conocer algunas leyes lógicas. En cambio, esto es absolutamente insuficiente tratándose de la toma de decisiones o de la estimación. Dicho abiertamente, la formación precisa de muchos conocimientos y algunas habilidades; la educación exige algunos conocimientos y habilidades, pero sobre todo exige muchas actitudes. Y como, por otro lado, las actitudes son lo más difícil de adquirir, la educación moral es infinitamente más compleja que la formación técnica, tan compleja, que uno se suele formar, en poquitos años, en una institución relativamente pequeña. Sin embargo necesita de toda la sociedad, y de toda una vida, para dotarse de una cierta educación.

Por tanto, quien educa, estrictamente, no es el instituto, la universidad, el centro de formación profesional, etc. sino la sociedad a través de ciertos mecanismos ya descritos (familia, amigos, colegas, medios de comunicación, etc.). Ahora bien, es claro que la sociedad educa en los valores que ella ha ido descubriendo y fijando. Es decir, una sociedad es una organización política, pero es sobre todo un conjunto de usos y costumbres, o lo que es lo mismo, una sociedad es una moral, un conjunto de valores que promueve realizar. De ahí que se pueda decir que nuestra moral sea la moral de nuestra sociedad, es decir, sus usos y costumbres. Y estos usos y costumbres sociales tienen que ver con muchas cosas, por ejemplo, con normas de urbanidad, pero también con el modo de tomar decisiones (voluntad) y el modo de valorar las cosas (sentimiento). Y ya dijimos que el tomar decisiones y valorar pertenecen a la educación volitiva y emocional.

La cuestión ahora es la siguiente: ¿cuál es la educación emocional de los profesionales de la salud? ¿Dónde reciben esta educación? La pregunta ya está contestada. La educación emocional de los profesionales de la salud es educación moral, es decir, educación social. Por tanto, la recibe del mismo lugar y del mismo modo que la reciben todos los demás individuos. El clínico, hoy, no tiene una educación moral específica o especial, sino común a los demás individuos. Como la educación moral de nuestra sociedad está teniendo evidentes consecuencias en varios ámbitos, sobre todo en el ámbito de la salud, todo el mundo convendrá en que es mejorable. El problema, como siempre, es cómo.

Aquí aparece el problema, antiguo y actual, de cómo educar moralmente. Hemos dicho que no se educa en la institución sino en la sociedad. Pero se puede preguntar si no se debería educar también en una institución. De hecho, hace muchos años, los más mayores lo recordarán, se formaba y se educaba en la institución. El problema es que educar no es lo mismo que formar, como

## La formación en bioética ante el conflicto entre deseo y necesidad sanitaria

hemos visto. Se forma en lo que son o pueden ser las cosas, etc.; se educa en cuál debe ser nuestra actitud, nuestro carácter, etc. Quiere decirse que si entendemos por educar “dar una moral”, hoy habría que dar, como mínimo, varias morales, con lo cual no está claro que podamos seguir hablando de educación. La otra alternativa sería hacer lo que se ha hecho hasta ahora, por tanto, más recientemente: formar técnicamente y que la educación moral se adquiriera de modo extrainstitucional (es decir, en la sociedad a través de sus mecanismos de presión social: legislación, penalización, religión, etc.). Sin embargo, en nuestra opinión ninguna de estas dos opciones es éticamente correcta. Lo que se puede y se debe hacer es “formar en moral”. No es lo mismo “dar una moral” que “formar en moral”. Esta última opción es una especie de tercera vía que podría ayudar a resolver ciertos conflictos de valor, sin angustia, a los profesionales de la salud. En ética también cabe formación y no sólo educación. La educación siempre acabará siendo educación social, pero la formación, también la formación ética, puede ser asunto institucional. De ese modo, opinamos, se sustituiría la actitud beligerante de muchos profesionales de la salud con sus pacientes, por una actitud deliberativa.

A día de hoy no es suficiente con educar, con controlar los sentimientos, sobre todo cuando toda una sociedad promueve valores que no pueden ser más que objeto de deseo por parte de cualquier individuo (sano o enfermo). Es necesario cargar de argumentos morales al profesional de la salud. Quizá con ello, eso de lo que no hemos hablado, esto es, el concepto de “necesidad sanitaria”, sea menos importante.

### Conclusión provisional

Los sentimientos, las emociones, los deseos, por influencia de la filosofía analítica, y de la ética utilitarista, han alcanzado hoy una relevancia social como en ninguna otra época. De hecho no es casual que el colectivo sanitario en cuanto sistema social de salud sea el que está padeciendo las consecuencias de un excesivo emotivismo moral. Pero la causa no se debe únicamente a un incremento estimativo de los sentimientos de lo vital o de una mayor medicalización de la vida, sino, simultáneamente, al fuerte positivismo que todavía arrastra la propia profesión médica. Este aspecto es el que ha hecho más visible el conflicto entre deseo y necesidad sanitaria. Si el concepto de necesidad



## La formación en bioética ante el conflicto entre deseo y necesidad sanitaria

sanitaria lo definimos con criterios puramente objetivos, al modo de un hecho científico, entonces todo deseo que no tenga por objeto cubrir una determinada necesidad sanitaria es sencillamente irracional. Es decir, el conflicto entre deseo y necesidad sanitaria se ha potenciado, ciertamente, por una polarización de los deseos de los individuos (o lo que es lo mismo, por una incorrecta educación emocional y, a la postre, social), pero, además, por la formación estrictamente positivista que están recibiendo los profesionales de la salud (o lo que es lo mismo, por una escasa formación ética).

Frente al emotivismo del paciente, el profesional de la salud responde con el positivismo clínico. Esta dualidad teórica, por lo demás, inconsciente, es una de las raíces de la alta conflictividad práctica que vive hoy la relación clínica. Porque hay algo que parece seguro: cuanto más positivista es el médico, más emotivista y decisionista obliga a ser al paciente. Si la salud es un puro hecho (científico), eso significa:

- a) Que el paciente, en tanto que paciente, no puede opinar de su salud.
- b) Que todo lo que dice tiene que ser interpretado por un experto, en este caso, por un profesional de la salud.

Esto lleva a que el paciente se vea obligado a decidir de modo dilemático: seguir el consejo del médico sin tener en cuenta sus preferencias (paternalismo clásico) o tomar su propia decisión por pura preferencia (autonomía irresponsable). Aunque se opte por la primera opción, que es la menos frecuente, al paciente le respalda hoy el reconocimiento moral y legal de un derecho: el derecho a consentir lo que el médico puede o debe hacer con él. Ahora bien, “consentir” es el primer modo de preferir del paciente; el segundo es persuadir o “convencer”; el tercero es ordenar o “demandar”. Con ello se ha pasado de un cierto decisionismo (razonable) al más puro decisionismo. Consentir, persuadir, demandar: he aquí los tres eslabones que definen la “ética de la preferencia clínica” que hoy se ha apropiado inconscientemente todo paciente, sin que el profesional de la salud, por falta de formación ética, no tenga otra alternativa (moral) más que la del atenuamiento a los hechos clínicos. Y como las preferencias del paciente no son hechos, sino “opciones” de valor, según se dice (y se diga mal), la actitud que se le impone al profesional de la salud no es precisamente deliberativa. Pero este no es, sin ninguna duda, un buen modo de resolver el conflicto entre deseo y necesidad sanitaria, sino, como mínimo, de prolongarlo.

### **Lección de anatomía del doctor Deijman Rembrandt (1656)**

*Holanda fue uno de los pocos países del siglo XVII donde estuvieron permitidas las "lecciones de anatomía", por esto todos los pintores que tratan este tema son holandeses. Las lecciones se solían realizar durante los meses invernales, para preservar mejor el cadáver y poder realizar la disección a lo largo de varios días. Siempre se comenzaba por la musculatura de miembros, cuello y torso, y se dejaba para el final la disección de las vísceras.*

*El cuadro que se nos muestra fue realizado en 1656, veinticuatro años después, en esta ocasión el maestro de ceremonias es el doctor Deijman, el sucesor del doctor Tulp. En esta ocasión el tema de la representación es la disección del sistema nervioso central, lo cual es absolutamente excepcional para la época.*

*El pintor holandés recurre a la técnica del claroscuro, iluminando el cadáver y provocando grandes contrastes de luces y sombras. En relación con la lección de anatomía anterior se observó que ha habido una clara evolución, y que Rembrandt tiene una pincelada más suelta.*

*El doctor Deijman está diseccionando el cerebro de un hombre que muestra su planta de los pies en primer plano, una disposición que recuerda al Cristo de Andrea Mantegna. Desgraciadamente, en 1723 hubo un incendio que destruyó el cuadro casi por completo. Una verdadera desgracia para el doctor Deijman, que quería pasar a él la inmortalidad en el ejercicio de la actividad docente, y lo único que nos queda de él son sus manos sosteniendo las meninges.*

*En este caso desconocemos como se llama el ajusticiado, ya que nadie se tomó la molestia de registrar su nombre. Sabemos que también había siete cirujanos-barberos contemplando la disección, de los cuales tan sólo nos ha quedado uno, que sostiene la calota, Gijbert Kalkoen, el hijo de uno de los asistentes de la Lección de anatomía del doctor Tulp (uno de los que se inclinan hacia delante y que mira al maestro con cierta reverencia).*





## Propuesta de modelo de enseñanza de la bioética: los seminarios de formación en emergencias

*Octavio Márquez Mendoza, Marcela Veytia López*

### Introducción

Con más de 35 años de surgimiento, la bioética es uno de los campos de la ética que más se ha desarrollado. Este hecho, que parte en Estados Unidos y luego se extiende a Europa, Asia y América Latina no es casual, sino que surge derivado de múltiples factores inéditos que producen su creciente expansión.

En términos generales, la bioética estudia los nuevos problemas planteados por las ciencias de la vida. No obstante, es más vasta que el ámbito biomédico porque también se refiere a situaciones, acciones y consecuencias que ocurren fuera de éste. Se trata de un amplio campo que se ha ido perfilando como un saber nuevo, el cual trabaja interdisciplinariamente y cuyo propósito fundamental es establecer un puente entre las ciencias de la vida y la moral.

Por su concepción, la bioética representa un movimiento de ética global, el cual asume un importante papel para favorecer la supervivencia, conservar los ecosistemas, respetar la naturaleza y la biodiversidad, entre otros tópicos que se consideren desafíos totalmente nuevos y que afectan la vida humana.

Si bien es cierto que el criterio básico que regula a la bioética es el respeto a los derechos humanos, también es cierto que prescribe un sistema de principios, cuyo marco de actuación posibilita el beneficio social en todos los ámbitos.

Derivado de las investigaciones científicas y la propia experiencia personal de atención en emergencias, a raíz de un episodio que marcó la vida de la sociedad mexicana y concretamente nuestra vida profesional, el presente trabajo tiene como objetivo plantear una visión general de los conceptos fundamentales de la bioética y su estrecha relación con la atención de los servicios de salud mental para responder a las emergencias ocasionadas por desastres, con el fin de proponer un modelo de enseñanza de esta multidisciplinaria que, además, podría ser aplicada en la resolución de casos teóricos y prácticos, a efecto de estar en posibilidad de resolver nuevas cuestiones y, en otros supuestos, de reconocer la necesidad de estudiar más y de contrastar con otros expertos, para actuar de forma eficaz, en beneficio de la sociedad.

El entendimiento de este tipo de fenómenos, así como de los incidentes críticos constituye aspectos básicos para la planificación de los servicios de salud de emergencia para los distintos sectores de la población. Como bien

## Propuesta de modelo de enseñanza de la bioética: los seminarios de formación en emergencias

sabemos, la naturaleza de los desastres es multifactorial, de ahí que resulta elemental diseñar modelos de enseñanza de actuación con un enfoque bioético, al poseer éste un fundamento teórico que busca desarrollar una *praxis* inteligentemente conducida, basada en los principios integrales de autonomía, beneficencia, no maleficencia, y justicia.

No basta una enseñanza formal de la bioética, aunque esté bien diseñada y sea dictada por expertos idóneos, sino que este esfuerzo formacional interpele la moral de quienes aplicarán los principios de la bioética; se trata, más bien, de una herramienta moral que pretende encontrar un marco racional y creativo a cada nuevo avance científico o tópico adverso que afecta a la sociedad y que al integrarlo al quehacer diario, sea para el bien y la conservación de los valores humanos.

La vinculación de la bioética con los servicios de salud (mental en específico) en condiciones de desastres, obedece a la necesidad de un marco teórico-ético de todos aquellos profesionales que deben asumir la tarea de auxiliar a la población en estos casos.

El episodio concreto que impulsa la elaboración de este trabajo tiene que ver con el mayor movimiento telúrico registrado en el último tercio del siglo XX, en México. 19 y 20 de septiembre de 1985 concentran dos fechas que ocupan un lugar en la memoria colectiva de nuestro país; sismos intensos que dieron un vuelco al ritmo de vida en todos los ámbitos. El complejo universo de la salud mental no fue la excepción; en ese entonces la aplicación de programas, acciones y estrategias emergentes permitió conseguir logros importantes ante las demandas de la sociedad.

Los aspectos que existen para estudiar, prevenir y atender casos de emergencia, sin lugar a dudas, son vastos; sin embargo, en lo concerniente al diseño y desarrollo de seminarios de formación de emergencia, hoy más que nunca, es propicio incluir contenidos bioéticos que fortalezcan el interés y la preocupación de los profesionales por realizar el mayor número de acciones de asistencia, con un enfoque primordialmente humanista.

### Sobre el origen y alcance de la bioética

La bioética surge desde hace casi cuatro décadas en la cultura norteamericana, proyectándose al mundo de la medicina y la ciencia como una disciplina que

## Propuesta de modelo de enseñanza de la bioética: los seminarios de formación en emergencias

reflexiona en torno a diversos y variados cuestionamientos éticos; problemáticas que requerían un análisis integral y la creación de alternativas eficientes para afrontar situaciones que rebasaban las fronteras de la medicina, la ciencia y la tecnología. Hechos que, sin lugar a dudas, explican la aceptación y considerable desarrollo de la bioética en tan poco tiempo, pues ésta vino a resolver la necesidad de un marco de debate y de formulación moral al que se pudieron incorporar muchos profesionales vinculados con las ciencias de la vida y su legitimación legal, como médicos, biólogos, investigadores, farmacéuticos, expertos en salud pública, juristas, filósofos y teólogos, entre otros, quienes necesitaban mayores consideraciones en el tratamiento de conflictos que requerían sobre todo una atención humanística.

Ubicada dentro de la ética aplicada, la cual implica la aplicación del razonamiento ético a un campo de acción específico, además de apoyarse de diversos elementos del campo de la filosofía para argumentar y resolver determinados tipos de dilemas, la bioética se presenta como un intento por comprender hechos específicos a la luz de un ejercicio coyuntural que busca minimizar los impactos desfavorables de cualquier actividad humana, lo que la convierte en un ejercicio complejo de reflexión que tiene un objetivo específico: identificar valores y normas que guíen el actuar humano, la intervención de la ciencia y de la tecnología en la vida misma y en la biosfera.

Si partimos de su nomenclatura, por su origen griego la palabra bioética está compuesta por las palabras *bios*, que significa vida, y *ethos*, que quiere decir comportamiento o conducta. Con este nuevo término se quiso designar el estudio de los problemas éticos que plantean el desarrollo de las diferentes ciencias y tecnologías que pueden aplicarse y, por tanto, influir o modificar la vida humana. De ahí la particular relación que tiene con las Ciencias de la Salud, en virtud de que desde épocas tan antiguas ninguna profesión había sido tan consciente de sus dimensiones e implicaciones morales. “Es una disciplina autónoma, conformada por un criterio de moralidad que ‘no puede ser otro que el propio ser humano’. Es la razón humana la que se constituye en norma de moralidad, y por ello mismo en tribunal inapelable; eso es lo que se denomina conciencia y voz de la conciencia” (Márquez Mendoza, 2009: 13).

Recurriendo a sus orígenes, el término Bioética fue creado por vez primera por el norteamericano Van Rensselaer Potter en el artículo “Bioethics, The Science of Survival”, aparecido en 1970 en la revista *Perspectives in Biology and*

## Propuesta de modelo de enseñanza de la bioética: los seminarios de formación en emergencias

*Medicine*; posteriormente se publica “Bioethics” en *BioScience* y, en enero de 1971, *Bioethics, Bridge to the Future*. Potter describe la bioética como una disciplina que combina el conocimiento biológico de las ciencias de la vida con el conocimiento de los sistemas de valores humanos; la percibe como un puente entre ambos ámbitos y la ve como un instrumento indispensable al servicio de la humanidad.

Casi diez años después, en 1979, Beauchamp y Childress publican *Principles of Biomedical Ethics*, obra que pretende extender la reflexión ética en el ámbito complejo de la práctica clínica y asistencial, constituyéndose en el punto de partida de una ética biomédica, cuyo procedimiento consiste en la aplicación de principios generales para resolver los problemas que se suscitan en la práctica médica; es decir, “criterios generales y básicos que sirven como punto de apoyo para justificar preceptos éticos y valoraciones de las acciones humanas en el campo de la medicina, en particular, y de la salud, en general” (Beauchamp y Childress, 1999: 7).

La teoría de los principios propuesta por Beauchamp y Childress surge como un intento por construir un marco teórico específico que atendiera la reflexión ética biomédica, antecedente de la bioética (recuérdese la necesidad de encontrar respuestas ante situaciones novedosas que surgían en el campo de la medicina). Bajo la perspectiva del *enfoque de los cuatro principios*, la propuesta de Beauchamp y Childress se traduce en:

- **Respeto de la autonomía** (respeto a las opiniones, elecciones y decisiones basadas en los valores y creencias personales).
- **No maleficencia** (obligación a no causar daño a otro).
- **Beneficencia** (obligación de prevenir o eliminar el daño y promover el bien).
- **Justicia** (tratamiento igual de las personas a menos que entre ellas se dé una diferencia significativa).

A continuación se explicarán con mayor detalle, para entender el por qué el vínculo de la bioética en seminarios de formación de emergencia.

- *El principio de respeto de la autonomía*: Por su procedencia etimológica —proviene de los vocablos griegos *autos* (propio) y *nomos* (regla, autoridad o ley)—, el término se emplea para designar la autorregulación y



## Propuesta de modelo de enseñanza de la bioética: los seminarios de formación en emergencias

autogobierno de las ciudades helénicas. Con el tiempo, su significado se extiende al autogobierno individual, dando origen a la autonomía personal. Se refiere al respeto de los derechos fundamentales del hombre, incluido el de la autodeterminación, principio que “se inspira en la máxima ‘no hacer a los demás lo que no quieras que te hagan a ti’ y, es por tanto, en el que se basa una moralidad inspirada en el respeto mutuo” (Sgreccia, 1996: 164). Lo que subraya el principio de autonomía es el respeto a la persona, a sus propias convicciones, opciones y elecciones que deben ser protegidas; de hecho, el consentimiento informado es la primera concreción del respeto hacia la autonomía y la capacidad de decisión de toda persona autónoma.

- *El principio de no maleficencia*: Este principio se asocia con la máxima *primum non nocere*, que significa “ante todo no dañar”, es decir, obliga a no hacer daño intencionadamente. Este principio ético está en la base del juramento hipocrático y ha sido central en la ética médica clásica. El deber de no dañar asume un carácter obligatorio que le da la categoría de imperativo ético. Las reglas de este principio constituyen prohibiciones negativas de acción. Ejemplos de algunas reglas morales específicas que se derivan del principio de no maleficencia son: no matar, no causar dolor o hacer sufrir a otros, no incapacitar a otros, no ofender, no privar a los demás de los bienes de la vida.
- *El principio de beneficencia*: Exige acciones positivas con el fin de apoyar a otros, ya sea en la prevención de un daño o la supresión de riesgos o acciones dañinas. Beauchamp y Childress son claros al señalar que la moralidad requiere no sólo que tratemos a las personas de manera individual y nos abstengamos de hacerles daño, sino también que contribuyamos a su bienestar (1999: 145); en tanto que para Diego Gracia, este principio “es el verdadero motor de la vida moral y por tanto actúa como marco de referencia de todos los demás principios” (1998: 96). Ejemplos de algunas reglas morales específicas que se derivan del principio de beneficencia: proteger y defender los derechos de otros, prevenir que suceda algún daño a otros, suprimir las condiciones que puedan producir perjuicio a otros, ayudar a las personas discapacitadas y rescatar a las personas en peligro. Reglas que se traducen en la exigencia ética de hacer el bien y de que los profesionales (de la salud, de áreas jurídicas y psicológicas, etc.) pongan sus conocimientos, su capa-

## Propuesta de modelo de enseñanza de la bioética: los seminarios de formación en emergencias

cidad de relación y sentido humano, al servicio de las personas que requieran apoyo.

- *El principio de justicia*: Cuando se habla de justicia, en realidad se abordan diversos modelos de teorías de justicia, los cuales sistematizan, simplifican y ordenan ciertas reglas y juicios, que determinan la distribución de bienes y servicios y procuran la estabilidad social. Ejemplos de modelos de teorías de justicia: *teorías igualitarias*, dan prioridad al igual acceso de los bienes, con base en el criterio de necesidad; *teorías libertarias*, enfatizan los derechos a la libertad económica y social; *teorías utilitaristas*, combinan criterios para maximizar la utilidad. De acuerdo con Beauchamp y Childress, “es común a todas las teorías de la justicia un requisito mínimo, tradicionalmente atribuido a Aristóteles: los iguales deben ser tratados igualmente y los desiguales deben ser tratados desigualmente, aunque ellos mismos advierten una justificación limitada” (1999: 245).

Aunque los cuatro principios son referencia obligada en la bioética, cabe advertir que su análisis ha propiciado una importante polémica de jerarquización. Según Elio Sgreccia, para las situaciones complejas en la que a veces se tiene que escoger entre dos males (cuando por mal se entiende también la omisión) es importante encontrar un principio de prioridad o de jerarquía para aclarar tales casos; asegura el autor que está, ante todo, la distinción que permite establecer un primer rango de precedencias y de jerarquías: la distinción entre mal físico y mal moral; cuando se da el conflicto de elegir entre un daño físico o material y un daño moral, no hay duda que hay que sacrificar el bien o los bienes materiales (1996: 166).

Los principios que se suelen enumerar en la bioética se presentan como guías generales que requieren el ejercicio de la virtud. Tanto la investigación como la enseñanza de la bioética pueden colaborar a hacer entender las claves de la cultura actual con su pluralidad de pautas para acertar en la actuación profesional. Con este objetivo se sugiere tener como referencia un modelo de toma de decisiones, a través del cual se pueda adquirir rigor, profundidad y apertura, y se nos ofrezca un conocimiento significativo de la ciencia, del mundo natural, de la sociedad y, sobre todo, de la persona humana, pues a lo largo de su evolución, la privilegia las premisas ontológicas dentro del sistema científico y tecnológico. Profesionales formados con una capacitación integral

## Propuesta de modelo de enseñanza de la bioética: los seminarios de formación en emergencias

—técnica, científica y bioética— seguramente diseñarán óptimos planes de actuación en situaciones incluso emergentes.

### La salud mental en condiciones de desastre

La humanidad, a través de su historia, ha sufrido desastres provocados por diversos fenómenos de origen natural y humano, que traen como consecuencia situaciones de emergencias físicas, psicológicas y sociales que han determinado nuevas formas de vida e incluso de organización política y social. La época actual ha estado marcada, especialmente en los últimos años, por una serie de eventos catastróficos de diversa índole que han afectado la integridad física, emocional, material y social de los grupos humanos que los han padecido y que han determinado nuevas formas de organización para afrontarlos, propiciando la aparición de instituciones y programas que buscan brindar la protección y la seguridad de la población ante los riesgos de esos acontecimientos.

La magnitud de los daños causados por los desastres se valora por lo general por las muertes o lesiones de los seres vivos, el grado de desorganización que provocan estos en los sistemas públicos, los daños a la propiedad privada y pública, la propagación de enfermedades transmisibles y no transmisibles, la desorganización de las actividades normales de la vida individual y familiar en la comunidad, así como la alteración de la salud física, mental y de la interacción social.

El impacto de un desastre sobre una comunidad determinada se relaciona directamente con sus estructuras sociales, económicas e incluso políticas. Además del costo humano, sus efectos provocan incalculables pérdidas en daños materiales para los que la población, las instituciones y el gobierno, generalmente no están preparados. Este tipo de circunstancias conllevan una carga emocional importante que requiere ser atendida de manera integral y conjunta entre la sociedad civil y las instituciones para reducir o controlar sus efectos en la población y prepararla para enfrentar el proceso de restauración de la vida cotidiana. El entendimiento de los desastres y las emergencias o los incidentes críticos es fundamental para la planificación de los servicios de salud mental de emergencia para los sectores de la población.

De forma inicial, se puede abordar el desastre como un suceso, natural o causado por el hombre, de tal severidad y magnitud que normalmente resulta

## Propuesta de modelo de enseñanza de la bioética: los seminarios de formación en emergencias

en muertes, lesiones y daños a la propiedad y que no puede ser manejado mediante los procedimientos y recursos rutinarios del sistema estructural, conformado por el gobierno, las instituciones y la población en general.

Requiere la respuesta inmediata, coordinada y efectiva de múltiples organizaciones del gobierno y del sector privado para satisfacer las necesidades médicas, logísticas y emocionales, y para acelerar la recuperación de las poblaciones afectadas.

La Organización Panamericana de la Salud clasifica los desastres de la siguiente manera: los desastres naturales pueden incluir inundaciones, huracanes, tornados, tormentas invernales y terremotos; los tecnológicos o causados por el hombre incluyen estrellamientos de aviones, descarrilamientos de trenes, fuegos, derramamientos de sustancias nocivas y explosiones; los disturbios civiles pueden incluir tumultos o motines, tiroteos, bombardeos y guerras. De modo tal que los estados y las localidades están sujetas al aumento en el riesgo de la ocurrencia de desastres en áreas particulares dependiendo de factores específicos de riesgo (2006).

Los desastres difieren de las emergencias de rutina y causan problemas únicos a las organizaciones públicas y privadas, pues “de la misma manera que sucede con los hombres, un desastre saca a las instituciones de su ritmo de trabajo porque en lo general están diseñados para actuar en la normalidad” (Márquez Mendoza, 1993: 40).

La Organización Mundial de la Salud define al desastre como una situación que implica amenazas imprevistas, graves e inmediatas para la salud pública. Además de destruir vidas, bienes materiales y culturales, el dolor por la pérdida, propicia sentimientos contrariados de soledad, abandono, impotencia, ira, tristeza, por decir lo menos; es de injerencia pública porque rebasa la suma de sufrimientos individuales y da lugar a fenómenos de malestar colectivo.

Nos parece que esta definición brinda la posibilidad de poder desempeñar un abordaje del problema dirigido precisamente a mitigar las repercusiones psicológicas que se presentan en la población afectada. Una situación de desastre, además de daños materiales, trae consigo una serie de repercusiones que desorganizan los aspectos cognoscitivos y emocionales de los individuos. Se deteriora la capacidad de atención y concentración, hay una fuerte sensación de ansiedad y de impotencia mezclada con sentimientos de ira y tristeza. Estos sentimientos, en ocasiones, pueden permanecer encubiertos por algún mecanismo de defensa, por ejemplo: la negación, que provoca una disminu-

## Propuesta de modelo de enseñanza de la bioética: los seminarios de formación en emergencias

ción en la capacidad de sentir o enfrentar las circunstancias externas desagradables.

Si bien es cierto que los desastres pueden acontecer en sólo unos momentos o unos cuantos días, éstos se caracterizan por la sorpresa de su aparición, por la intensidad y extensión de los daños materiales y humanos que provocan. En estos fenómenos existen etapas típicas de desarrollo, importantes de anotar: condiciones previas, acciones de advertencia o aviso, amenaza real del fenómeno de desastre, el impacto, la tarea de inventario acerca de lo sucedido, las tareas de rescate, las tareas para remediar, sanar o corregir la situación provocada por los efectos del desastres y, no menos tácito, las tareas de restablecimiento o recuperación.

Dada la premisa del presente trabajo, nos centraremos en la labor de asistencia psicoterapéutica, pues son tres las reacciones emocionales que surgen a consecuencia de un desastre: *síndrome de desastre*, *el contradesastre* y *el derrotismo*. El primero se presenta en varias etapas: la del trauma, el estado de sugestión, el estado de euforia y la ambivalencia entre uno y otro estado; el segundo se caracteriza por un inusitado interés de la gente para ayudar en el proceso de reconstrucción y el último se configura por los sentimientos o las sensaciones de ansiedad, apatía, temor, depresión, fatiga de vivir, indiferencia, impotencia, desesperanza, miedo. Es decir, todo un mosaico de trastornos que deben atenderse con rapidez, respeto y profesionalismo.

Una vez que pasa la destrucción material, tangente, existe desequilibrio emocional enfocado principalmente hacia la muerte, la pérdida de vida y de bienes materiales, que genera sentimientos de aislamiento, depresión, desesperanza y desesperación. De acuerdo con la psicología del desastre existen dos tipos de traumas psíquicos importantes:

- **El individual.** Es un trauma que trastorna los sistemas defensivos de las personas, de tal manera no pueden responder de una manera eficaz.
- **El colectivo.** Lesiona los vínculos que unen a las personas y daña el sentido de organización que prevalece en la comunidad.

En el ámbito colectivo, se desorganiza la trama de la vida cotidiana y se dañan los vínculos de comunicación que provocan un ambiente de confusión y una multitud desorganizada e insegura; por lo tanto, se debe de estar en contacto con la gente afectada para poder escucharla y atenderla.

## Propuesta de modelo de enseñanza de la bioética: los seminarios de formación en emergencias

La intervención del profesional de la salud mental puede detectar a aquellas personas, cuya problemática previa no les permite manejar la nueva situación traumática y de poder superarla, esto los arrastra a complicaciones psíquicas y reacciones negativas que los desorganiza más, provocando sintomatología más seria.

La identificación de la magnitud, naturaleza y extensión del impacto psicológico de un desastre posibilita la planificación de intervenciones pertinentes y eficaces que minimicen las consecuencias negativas en las vidas de los damnificados; y permite el desarrollo de bases sólidas en qué fundar las políticas de atención en situaciones de desastre. Si resulta necesario establecer modelos de intervención psicológica que aporten a los individuos elementos de ayuda para superar episodios adversos, en condiciones de desastres, resulta una actividad imperiosa.

La idea de incluir elementos bioéticos en el caso de seminarios de emergencia surge de una fuerte experiencia personal y profesional derivada de los sismos que sacudieron gran parte del país, y en especial a la Ciudad de México, en el mes de septiembre de 1985, episodio histórico que marcó una preocupación común por el bienestar emocional de los afectados en este tipo de situaciones o en otros casos de desastre natural, frecuentes en la actualidad.

Desde hace algunos años, nuestra formación académica y profesional se ha fortalecido con los diversos planteamientos de la bioética, disciplina que como se ha dicho, analiza problemáticas con perspectiva integral y, por ende, coyuntural, que busca establecer estrategias sistemáticas de solución en apego, aun con la polémica jerarquización, al sistema de principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. En este sentido y considerando el tratamiento que se debe brindar en la esfera psicoterapéutica a la población afectada por desastres, se hace indispensable elementos de la bioética, los cuales redundarían en una atención más eficaz, profesional y, ante todo, humanista.

## Propuesta de modelo de enseñanza de la bioética. Caso: seminarios de formación de emergencia

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el 36% de la población afectada por desastres sufre trastorno por estrés postraumático, pero es-

## Propuesta de modelo de enseñanza de la bioética: los seminarios de formación en emergencias

tima que en la fase de impacto de un evento de esta naturaleza ocurren tres tipos de reacciones psíquicas, a saber:

- De 12 a 25% de los individuos, aunque tensos y excitados, serán capaces de una conducta afectiva.
- De 50 a 75% estarán trastornados, aturdidos, confundidos, relativamente inmóviles y sin habla; presentan “síndrome del desastre” o “fatiga del desastre”.
- El restante, 12 a 25%, puede estar altamente agitado, incontrolado, con severos desórdenes afectivos, con reacciones histéricas y aún con estados psicóticos.

Además de la atención de las respuestas fisiológicas ante el estrés ocasionado por el desastre, los psicoterapeutas pueden facilitar el manejo de la situación traumática, sólo que si lo hace de forma aislada, con intereses económicos e invisibilizando los diversos sistemas contextuales, el auxilio será muy limitado.

Resultado de un compendio útil que se desarrolló para conjuntar las acciones de atención especializada urgente, brindadas a la población de la Ciudad de México, con motivo de los sismos emblemáticos 1985, hoy se presenta la oportunidad de enriquecer las aportaciones de distintas intervenciones, en especial lo que compete al diseño y creación de Seminarios de formación de emergencia, con base en los principios de la bioética, en virtud del enfoque inter y multidisciplinario, tanto a nivel teórico como práctico.

Si bien es cierto que una vez establecida la situación de desastre sin importar el tipo de agente que lo origina, la ayuda es la que imperativamente se requiere; por ello, resulta fundamental señalar que las aportaciones de la bioética se ciñen a concretar una metodología ordenada, sistemática, analítica, respetuosa de las instituciones y las personas, integral y consistente.

La competencia clínica asistencial fortalece la premisa de que la mayoría de actuaciones del personal de salud adquiere un contenido ético, en cuanto al trato que da a quien auxilia y familiares de éste, la información que les transmite, las opciones de atención; desde la perspectiva bioética, importa incluso las actitudes y conductas cotidianas. Las condiciones imprescindibles de todo diálogo bioético comprenden, entonces, al menos los siguientes valores: respeto al otro, tolerancia, escucha atenta, actitud de servicio, inteligencia para

## Propuesta de modelo de enseñanza de la bioética: los seminarios de formación en emergencias

no adoptar una actitud de despotismo, capacidad de intercambio de datos e investigaciones científicas, además de, por supuesto, competencia profesional. ¿Cuál es la intención de integrar planteamientos bioéticos en los seminarios de emergencia? Fortalecer la formación integral del personal de asistencia terapéutica, en la que la teoría, la práctica y la virtud de los valores se desarrollen conjuntamente.

Ante la imposibilidad de prevenir una inesperada situación de desastre, las instituciones deben estar preparadas para afrontar ágil y oportunamente los desastres por medio de dos procedimientos básicos: la organización institucional, que debe ser puesta en práctica para favorecer una respuesta adecuada a los solicitantes de servicios y la implementación de un programa de emergencia, que debe prever las modalidades y características de los servicios que puede ofrecer, con el fin de mostrar capacidad de cobertura y llegar a todos los lugares donde sea necesario.

Aunado a ello, la capacitación y profesionalización de grupos médicos requiere programas definidos que permitan configurar un equipo de trabajo coordinado y certero; los seminarios de formación de emergencia constituyen un claro ejemplo de integración disciplinaria. Éstos se pueden definir como un taller de aprendizaje teórico-vivencial intensivo, para un máximo de cincuenta-60 personas, con una duración de 15 a 20 horas, bajo un estructura de conferencias de temáticas ineludibles, como neurosis traumática, trabajo de duelo y atención a grupos pequeños y amplios, los dos últimos con participación individual, a efecto de transmitir empatía y dar pautas de análisis desde el punto de vista de la medicina y la bioética.

Además de conocer los elementos clínicos necesarios para realizar el trabajo de emergencia, se espera que con la experiencia vivencial se pueda vislumbrar que el grupo terapéutico constituye un valioso recurso con el cual se puede construir una pirámide de preparación de profesionales que puedan transmitir un conocimiento y modelos de actuación determinados.

Cada seminario puede proporcionar al personal de asistencia información mínima y esquemática sobre temas teórico-prácticos y técnicos pertinentes, a través de conferencias dirigidas, materiales bibliográficos, paneles de discusión, análisis de estudios de caso, técnicas; trabajo en equipos restringidos, trabajo en grupos pequeños, experiencias de sensibilización hacia los fenómenos que trastocan las situaciones de desastre, además de una posterior conceptualización de la vivencia personal, profesional y grupal, la cual subraya-



## Propuesta de modelo de enseñanza de la bioética: los seminarios de formación en emergencias

rá la importancia de la dimensión terapéutica y buscar el tratamiento más adecuado.

Las excesivas demandas sociales que se presentan como consecuencia de un desastre, puede confrontar a los profesionales de la salud mental con respecto a las expectativas de los objetivos que han estructurado su formación académica, sus referentes teóricos y técnicos, además de la definición de los límites de su campo de intervención, de ahí que resulte importante mencionar los efectos de los seminarios de formación de emergencia:

- *Efecto pedagógico.* Además del bagaje informativo de las exposiciones y los materiales, existe la oportunidad de observar diferentes estilos de coordinar este tipo de grupos, aprender el conocimiento y la experiencia autogestiva que puede utilizarse en el trabajo cotidiano.
- *Efecto terapéutico.* Los seminarios de formación de emergencia pueden funcionar como grupos de contención y apoyo, para contener las ansiedades y ayudar en la rectificación de percepciones. Comprenden un espacio donde pueden analizarse y elaborarse los vínculos individuales y colectivos, a través de dinámicas de dramatización, diálogo; todo ello, en un marco interdisciplinario con espíritu humanista.
- *Efecto sociopolítico.* En este tipo de seminarios pueden reproducirse las réplicas sociopolíticas de los desastres, es posible que se revelen las fallas dentro del aparato gubernamental, los efectos de la corrupción, actos negligentes, deficiencias administrativas, ineptitudes, desorganización y vacío de poder, entre otros asuntos; en contraste, el seminario también puede funcionar como analizador que reafirme la identidad socioprofesional del personal de las áreas de salud mental que asiste a la ciudadanía.

No menos importante, la participación que se tiene en seminarios de formación de emergencia es necesaria porque sus contenidos y dinámicas pueden llevar a la crítica y autocrítica de modelos de intervención limitada o restringida, o a un cuestionamiento radical de formación. Es decir, se tendrá la capacidad de recuperar las estrategias útiles, pero también se estará en posibilidades de diseñar nuevos recursos de atención.

Se ha demostrado que la intervención en salud mental en situaciones de desastre no puede limitarse a ampliar la cobertura de los servicios especializa-

## Propuesta de modelo de enseñanza de la bioética: los seminarios de formación en emergencias

dos. Junto a esto, es necesario elevar el nivel de resolución de los problemas psicosociales de los trabajadores de atención primaria en salud, socorristas, voluntarios y otros agentes comunitarios.

La necesidad de manejar simultáneamente las emociones personales y las relaciones y compromisos interpersonales, y cumplir con las tareas de la vida diaria resulta abrumadora para las víctimas, que se confrontan permanentemente con la necesidad de adaptarse a la pérdida y a lo nuevo. Aunque los desastres no escogen a las víctimas, es evidente que no afectan al azar; siempre inciden más duramente en los más pobres, quienes tienen limitaciones de acceso a los servicios sociales y, en particular, a los de salud. Las comunidades pobres usualmente carecen de planes y recursos para prevenir y enfrentar las tragedias pues, incluso, carecen de redes de atención de lo cotidiano y ello las convierte en grupos de mayor riesgo que se encuentran en los límites de un equilibrio precario.

La provisión de ayuda, cuando es precaria, desorganizada, tardía o se agota muy prontamente, puede constituirse en una circunstancia agravante de la problemática y puede generar conflictos sociales. Ante situaciones de emergencia generadas por la aparición de un fenómeno natural o provocado por la mano del hombre, la solidaridad humana presente en los mismos, estimula la necesidad de brindar apoyo emocional a las personas afectadas, lo cual no siempre se hace de una manera objetiva y sistemática; en este sentido, es básico ofrecer a diversos grupos de población la posibilidad de formarse para responder con mayor calidad a las necesidades de auxilio y contención en esos casos.

Ante situaciones de emergencia causadas por desastres la participación del personal de salud es invaluable debido al conocimiento y cercanía que tiene con la población y a la identificación que ésta tiene con el mismo. Es fundamental que este personal esté entrenado previamente para intervenir durante las etapas que presenta un evento, tanto en el tipo de auxilio médico como psicoterapéutico para brindar protección y apoyo a la población con la calidad técnica e interpersonal necesarias.

La crisis comprende un momento que permite a los individuos encontrar modos nuevos de manejarse ellos mismos, que incluso desconocían antes. Un hecho destacado en el episodio sísmico de hace 25 años es la solidaridad, la cual surgió de forma unánime como una respuesta general de la población nacional e internacional. El modelo biomédico abre paso al movimiento de las humanidades médicas y se hace necesario el replanteamiento del estatuto epis-

## Propuesta de modelo de enseñanza de la bioética: los seminarios de formación en emergencias

temológico de la medicina hacia un modelo humanista, holístico, antropológico y bio-psico-sociocultural.

Algunas consideraciones de Diego Gracia sobre el hecho de que los conocimientos y habilidades nos llevan al desarrollo de actitudes, permiten entender que la bioética puede incluirse en los seminarios de formación de emergencia, con el fin de constituir un modelo que permita incrementar la capacidad de resolver problemas, mediante la aplicación de un sistema de valores humanos que pretende reiterar que los contenidos sean más significativos. Si bien es cierto que la atención personalizada cobra relevancia en situaciones de desastre, una actividad que podría redundar en resultados colectivos es implementar talleres de atención psicológica, a efecto de crear lazos y redes sociales que concreten acciones de auxilio para poblaciones más amplias, es decir, crear un modelo comunitario y equitativo.

El movimiento bioético, ya se ha planteado, es multidisciplinario y se relaciona no sólo con las ciencias biomédicas, sino que está inmerso en la reflexión moral, filosófica, religiosa, jurídica y se extendió a todas las expresiones de la vida y la naturaleza, en una ética de solidaridad planetaria. Está en armonía con el concepto de salud, que no se da sólo en lo biológico, sino que cobija todo lo concerniente al ser humano en lo psicológico, lo cultural, lo social, lo artístico, manifestaciones todas de su espíritu que lo diferencian claramente de los otros seres vivos y lo hacen responsable de sus actos, además de compartir con esos seres y con la naturaleza el mundo de la vida.

Debe ser una herramienta moral que pretende encontrar un nuevo marco racional y creativo, que al integrarlo al quehacer diario, sea para el bien y la conservación de la vida. Se trata de un proceso constructivo para *ser, saber, saber hacer y querer hacer*. Actitudes que demandan los nuevos desafíos ocasionados por la naturaleza, los avances científicos o la propia humanidad.

En realidad, no hay metodología concreta, más que estar conscientes de la responsabilidad social de la asistencia terapéutica en condiciones de desastre; el campo de actuación es extenso; la bioética, en términos generales, privilegia la interdisciplinariedad y el respeto de los valores humanos. No es fortuita la explicación de Miguel Kottow: "Nace así la bioética comprometida como actitud confrontacional para aliviar la pobreza y las injusticias, el respeto por los derechos humanos, la solidaridad social al amparo de un Estado fuerte, la depuración de políticas públicas corruptas, la recuperación del diálogo civil o el desarrollo de una ética de protección al servicio de los vulnerados" (2005: 25).

## Propuesta de modelo de enseñanza de la bioética: los seminarios de formación en emergencias

No es fortuito insistir que ante las situaciones de desastre es conveniente contar con modelos de intervención que orienten a las personas damnificadas, tanto en la satisfacción de sus necesidades físicas inmediatas, como en la atención a sus necesidades psicológicas; para ello, es necesario contar con los conocimientos técnicos y científicos, integrando un modelo bioético que pueda contemplar las diversas dimensiones de las adversidades que ocasionan los casos de desastre, a efecto de permitir una mejor organización de la experiencia y una pronta adaptación de la población a sus actividades cotidianas.


### Bibliografía

- (1) Beauchamp y Childress: *Principios de ética biomédica*, 4.<sup>a</sup> ed., Masson, Barcelona, 1999.
- (2) Garrafa, Volnei, Miguel Kottow y Alya Saada (coords.): *Estatuto epistemológico de la bioética*. Red latinoamericana y del Caribe de bioética de la UNESCO, Mexico, 2005.
- (3) Gracia, D.: *Fundamentación y enseñanza de la bioética*. El Búho, Santa Fe de Bogotá, Colombia, 1998.
- (4) Márquez Mendoza, O.: *Desastres. Efectos psicosociales y alternativas de intervención (vivencias técnicas y humanas del terremoto de 1985 en la clínica de AMPAG)*. Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, 1993.
- (5) Márquez Mendoza, O.: "Bioética para el siglo XXI". *Valor universitario*, año 1, n.º 1, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, agosto 2009.
- (6) Potter, V. R.: *Bioethics: Bridge to the future*. Prentice-Hall, Nueva York, 1971.
- (7) Sgreccia, E.: *Manual de Bioética*. Diana, México, 1999.



*El niño enfermo*  
**Arturo Michelena (1886)**

*Arturo Michelena tenía 23 años cuando pintó este cuadro, que fue presentado en el Salón de Artistas franceses, y con el cual consiguió obtener la Medalla en Segunda Clase y el reconocimiento Hors Concours, el máximo galardón que Francia entrega a un pintor extranjero. Michelena fue el primer pintor venezolano en adquirir reconocimiento internacional en las artes plásticas. Se trata de una escena que transcurre en la habitación de una casa de una familia de clase media, en cuya cama, cuidadosamente vestida, yace un niño de una edad comprendida entre 8 y 10 años. Es una representación cargada de enorme tensión y*



*angustia familiar. El enfermo tiene los pómulos enrojecidos, permanece absolutamente quieto y protegido por una gruesa manta. ¿Por qué razón, si a juzgar por los rayos de sol que se contemplan a través de la ventana., la temperatura de la habitación debe ser elevada? Probablemente, porque tiene fiebre. El médico es un hombre de edad avanzada, de pelo y barba encanecida, y en su mano derecha sostiene un pequeño recipiente, probablemente en el cual lleva alguno de los medicamentos que va a prescribir. Si observamos con atención descubriremos que en la mesa ha colocado una taza y un frasco, quizás se trate de algún jarabe. La madre, situada en un primer plano, sigue con atención las indicaciones del galeno, en su rostro se expresa la preocupación, pero no la desesperanza. El padre juega un papel secundario, se asoma tímidamente a la escena y parece confiar en la prescripción del médico.*

# La enseñanza de la bioética en salud mental: una tarea pendiente

Emanuele Valenti

## Introducción

La necesidad de formación en ética médica por parte de los psiquiatras y los residentes de psiquiatría constituye una asignatura pendiente para todos los profesionales de la salud mental, tanto en España como en Europa. A partir de los años 1980 en Estados Unidos se han empezado a practicar cursos de ética médica a profesionales de salud mental finalizados comprender los problemas éticos específicos que pueden darse a lo largo del proceso terapéutico con pacientes psiquiátricos (1). En los años 1990 el número de cursos de ética médica ha ido creciendo, aunque el número de residentes norteamericanos que recibe una formación ética adecuada está muy por debajo de lo que ocurre por otras especialidades. Una encuesta desarrollada en Estados Unidos (2) al final de los años 1990 afirma que el 46% de los psiquiatras residentes norteamericanos no ha recibido ninguna formación ética, ni en la facultad ni en la residencia, mientras la encuesta desvela que el 76% de los psiquiatras se ha enfrentado a dilemas éticos a lo largo de su profesión y se ha encontrado sin preparación adecuada para resolverlos. El 90% de los entrevistados admite la necesidad de una formación ética, y a partir de los años 1990 esta tarea ha sido una prioridad para la AMA (American Medical Association).

En 2004 el Consejo de Acreditación de la Formación Médica Especializada ( Council for Graduate Medical Education, ACGME) ha establecido la obligación de realizar programas de formación en ética médica que puedan garantizar una competencia ética de los profesionales en salud mental conforme a los *Principles of Medical Ethics with Special Annotations for Psychiatry* de la AMA.

Empezaremos a enfrentarnos al tema de la enseñanza de la bioética en salud mental repartiendo el texto en tres partes: una primera parte donde buscaremos evidenciar el papel de la ética en la historia del cuidado de los enfermos mentales a partir de la medicina hipocrática, para entender *desde donde* se origina la necesidad de una ética en salud mental. Una segunda parte tratará de responder a las siguientes preguntas: ¿Por qué hay que enseñar bioética en salud mental?, ¿cómo hay que hacerlo?, ¿dónde? y ¿cuándo? Buscaremos definir unos posibles objetivos para este tipo de formación, presentaremos las modalidades y las metodologías más comunes de enseñanza en salud mental y tomaremos en consideración los contenidos que tienen que ser transmitidos para una buena formación ética del profesional de la salud, es decir, intentare-

## La enseñanza de la bioética en salud mental: una tarea pendiente

mos responder a la pregunta: ¿Qué hay que enseñar en salud mental? A conclusión evaluaremos el *hacia donde* de la enseñanza en salud mental reflexionando sobre el futuro de la ética medica en este campo.

### Ética médica y salud mental: ¿desde dónde?

La medicina hipocrática no menciona directamente como hay que tratar a un enfermo mental, el juramento hipocrático no hace ninguna referencia al concepto de locura, ni a cómo enfrentarse con ella. En el mundo romano el derecho trata el tema de la locura para definir la posición jurídica del loco en orden al problema de administrar sus bienes, y reconoce la falta de competencia del paciente como razón principal para la nomina de un administrador fiduciario de sus propiedades. La locura resulta también un aspecto muy importante para la determinación de la responsabilidad penal.

La falta de indicaciones sobre como tratar un enfermo mental se refleja sobre el cuidado del mismo, que a lo largo de todo el mundo antiguo es aleatorio (3), y es testigo del desconocimiento respecto a la comprensión de la enfermedad mental y de los tratamientos.

En la Edad Media la cultura religiosa impulsa un lento proceso de transformación de la actitud hacia los locos, en el Islam la locura se considera una herramienta divina de la cual Dios se sirve para proclamar la verdad. Este precepto favorece el desarrollo en la cultura islámica de una actitud humanitaria hacia los enfermos mentales. En la cultura cristiana se reserva a los locos el mismo cuidado que a todos los enfermos, en los monasterios el enfermo mental recibe un trato humano, aunque fuera de las instituciones la falta de recursos de la Europa medioeval les pone en una situación muy difícil, que acaba con encarcelaciones, palizas y torturas a los locos (3).

Un cambio de actitud empieza a producirse a lo largo del siglo XIII en la ciudad belga de Geel, donde por primera vez se plantea la necesidad de un trato ético para los enfermos, que viven en centros donde se les considera como huéspedes y donde se concentran a más de 3.000 pacientes en una misma comunidad (4).

A mitad del siglo XIII surge en Londres el primer hospital psiquiátrico de Europa, el St. Mary of Bethlem, que representa un modelo de institución hospitalaria para los demás países europeos. El trato reservado a los pacientes no es



## La enseñanza de la bioética en salud mental: una tarea pendiente

el mismo de Geel, los pacientes están encerrados en celdas la mayoría de su tiempo y el hospital está abierto a cualquier visitante tenga curiosidad de ver los enfermos mentales. El St. Mary representa un tipo de institución que en los siglos XVII y XVIII se desarrollara en todas las grandes ciudades europeas con la finalidad de controlar la enfermedad mental y apartar la locura de la sociedad civil. La institución hospitalaria se presenta por primera vez como instrumento de control de un fenómeno social relacionado con la enfermedad mental (5).

En las instituciones las condiciones de vida de los enfermos mentales empeoran progresivamente, y la tasa de mortalidad aumenta. Las razones para acabar en un hospital de ese tipo no siempre están relacionadas con una enfermedad, a menudo solucionan problemas políticos, la institución se convierte en cárcel para los adversarios en razón de una supuesta enfermedad mental. En esta etapa la cuestión de una ética del manejo del enfermo mental no tiene la mínima preocupación, para poder ver un cambio de actitud hay que esperar el final del siglo XVIII. Las condiciones de los enfermos durante todo este siglo siguen empeorando, se registra un aumento de los hospitales psiquiátricos y un crecimiento todavía mayor del número de enfermos, en algunos casos sin ninguna explicación aparente de por qué se ingresaron. Los tratamientos inhumanos son al orden del día, contenciones con cadenas, aislamientos, palizas, uso de purgas, lavativos, sangrías. Si por un lado las razones de este empeoramiento son de orden social, por otro lado los avances en anatomía y fisiología permiten individualizar lesiones específicas que justifican los tratamientos más destructivos, aunque la idea de que tratamientos más suaves son menos dañinos para el cuerpo sigue viva en muchos médicos.

La Revolución Americana y la Revolución Francesa dibujan una nueva realidad política en la cual el individuo adquiere más significado respecto al orden social, lo cual tiene influencia sobre él y le afecta, la enfermedad mental se concibe como consecuencia del conflicto entre un orden social injusto y el mismo individuo.

El final del siglo XVIII impulsa una verdadera revolución en la forma de tratar y manejar la locura, a las razones políticas se añaden los avances científicos que permiten explorar más la realidad de la enfermedad y favorecer el nacimiento de una nueva especialidad médica exclusivamente centrada en el cuidado de la enfermedad mental.

El "tratamiento moral" impulsado en Francia por Philippe Pinel expresa el cambio de un paradigma en Europa, la idea de que la enfermedad está produ-

## La enseñanza de la bioética en salud mental: una tarea pendiente

cida por un orden social injusto favorece la convicción que la revolución, dando lugar a un orden social mejor, eliminará la enfermedad mental y saneará los enfermos ya existentes (3). Pinel expresa esta nueva manera de interpretar los grandes cambios de la época y representa esta nueva actitud mediante la liberación de los pacientes de las cadenas, este acto simbólico es la necesidad de abrir un nuevo rumbo en el cuidado de los enfermos mentales, y la *humanización del trato* representa su principal instrumento. Este aspecto es muy importante para comprender que no hay una psiquiatría en si misma que pueda no confrontarse con la necesidad de garantizar una cualidad del cuidado, el nacimiento de la psiquiatría parece directamente en relación con la necesidad de un trato del enfermo más humano.

El tratamiento moral se centra en el reconocimiento de los sentimientos del paciente y el valor terapéutico de las emociones (4). Si Pinel representa el cambio de paradigma respecto a la locura en Europa, en Estados Unidos Thomas Percival es el primer médico en formular una declaración formal de ética médica en 1803 finalizada a la creación de un código de honor para profesionales del hospital de Manchester, en el cual se refiere a la situación de los enfermos mentales y a las necesidades de humanizar el trato de los pacientes, aunque se siga manteniendo el orden y el funcionamiento de las plantas de agudos con técnicas de contención agresivas (6).

Es muy importante evidenciar que el tratamiento moral y la creación de un código ético no varían la situación del paciente en la relación clínica, la cual sigue todavía orientada hacia el paternalismo.

A mitad del siglo XIX se constituye la American Medical Association que adopta el código ético de Percival y busca enfrentarse a las grandes cuestiones clínicas en salud mental, como la definición de unas obligaciones del médico respecto al paciente y los deberes de este hacia el médico, además de redactar un verdadero código deontológico.

En 1949 Hooker redacta el primer estudio orgánico de ética médica y dedica algunos apartados a la locura y al tratamiento de los enfermos mentales, su aportación principal consiste en concienciar los profesionales de que el manejo de los pacientes mentales necesita conocimientos especializados, que permitan tratar la enfermedad mental y privilegien el trato del paciente más que el beneficio farmacológico, aunque necesario. Los hospitales norteamericanos de la segunda mitad del siglo XIX se convierten en almacenes para enfermos, en ellos los supervisores se abogan el derecho de tomar la mayor parte de las

## La enseñanza de la bioética en salud mental: una tarea pendiente

decisiones que afectan a los pacientes, en razón de esta necesidad nace un organismo que en seguida se convierte en la *American Psychiatric Association* y que encarna el papel específico que los médicos reclaman al interno de la profesión.

A partir de los años sesenta del siglo XIX se producen algunos escándalos sobre la experimentación clínica con enfermos mentales que suscitan la atención de la opinión pública norteamericana y de las instituciones, y abren un debate sobre la necesidad de establecer cánones éticos y normas claras en la investigación. Un caso emblemático es el de la señora E. P. Packard, internada en un manicomio de Illinois en 1860 por su marido que no compartía las ideas religiosas demasiado liberales de la mujer y sus efectos sobre la educación de sus hijos. La mujer fue dada de baja por los administradores del hospital y el marido la retuvo en casa, volvió a intentar internarla después, ella consiguió substraerse a la situación y denunció a su marido, en el juicio intentado en contra de ella la señora Packard fue declarada mentalmente sana y se dedicó a promocionar los riesgos inherentes a los ingresos arbitrarios, provocados exclusivamente por el rechazo social a la aceptación de individuos con opiniones distintas. En 1874, en Ohio, Robert Bartholow, médico psiquiatra, practicó unos experimentos que intentaban medir los efectos de la estimulación eléctrica en el córtex cerebral de una paciente, pocos días después la paciente falleció y el Dr. Bartholow declinó cualquier responsabilidad. Este tipo de experimentación y otras muchas de la misma época que comprometían la salud de los pacientes produjeron escándalo también en el ambiente científico y muchos investigadores criticaron estos métodos de investigación invasivos en prestigiosas revistas como el *British Medical Journal* o el *American Journal of Insanity*. El siglo XIX se acaba con la primera y grande crisis de la recién nacida psiquiatría. El "método moral" teorizado por Pinel y practicado por otros anteriormente fracasa frente a las dificultades de carácter práctico, el siempre más creciente número de enfermos y la consecuente creación de hospitales para internados acaban transformando la psiquiatría en una especialidad totalmente institucionalizada, que se practica exclusivamente en hospitales. Este fenómeno afecta tanto a la relación clínica, el psiquiatra acaba convirtiéndose en un garante institucional del orden público, como a los hospitales, que adquieren el papel de centros de detención para enfermos inhabilitados a vivir en libertad. Este pesimismo generalizado produce la convicción que la enfermedad mental es algo incurable (3).

## La enseñanza de la bioética en salud mental: una tarea pendiente

El siglo XX empieza con un diferente paso, los avances de la investigación biológica y las recién nacidas ciencias sociales parecen dar una contribución muy importante para una mejor comprensión de la enfermedad mental y una sensación de optimismo respecto a las posibilidades de éxito de la psiquiatría, todo ello produce nuevos estímulos.

Los experimentos practicados en la Alemania nazi y los escándalos previos de Estados Unidos, sobre todo, relacionados con las intervenciones de psicocirugía que se desarrollan a partir de los años 1930, convierten el proceso de Nuremberg en una ocasión de reflexión sobre la investigación en general y la necesidad de normas universales que regulen los ensayos clínicos con seres humanos y respeten sus derechos.

Dos años después del juicio de Nuremberg, y fruto de aquellas reflexiones, se constituye, en 1948, la Asociación Médica Mundial (*World Medical Association, WMA*), cuyo principal objetivo es promocionar unos estándares éticos para investigación y medicina clínica.

La *Declaración de Ginebra* de 1948, versión contemporánea del juramento de Hipócrates (7), favorece la creación de códigos para la actividad clínica centrados en los deberes y adquiere el papel de una *magna charta* que inspira y influencia todas las legislaciones nacionales posteriores sobre salud pública y los códigos deontológicos de las asociaciones de profesionales.

A partir de los años 1950 la psiquiatría vive su segunda crisis, protagonizada por grandes escándalos como la anterior, lo cual hace madurar la convicción en la APA de la necesidad de códigos éticos específicos para la psiquiatría.

Durante los años 1960 y 1970, la opinión pública condena abiertamente la práctica de la electroestimulación y la psicocirugía. El tratamiento se viene aplicando desde finales del siglo XIX especialmente en la determinación del diagnóstico y terapia de la epilepsia, y como método de investigación de las funciones corticales en animales y seres humanos, produciendo con frecuencia la muerte del paciente sobre el cual se practicaba la investigación. El tratamiento quirúrgico se cuestiona, sobre todo, por una aplicación particular llamada *neurocirugía estereotáctica*, que consiste en la aplicación de electrodos en el cerebro sin una craneotomía abierta (8). El neurólogo norteamericano Walter Freeman, de la George Washington University, ya a partir de los años 1930, empezó una serie de tratamientos sobre veteranos de la Gran Guerra utilizando la técnica de la lobotomía prefrontal, que la tecnología de los rayos-X. El doctor Freeman desarrolla, junto al neurocirujano James Watts Freeman, un

## La enseñanza de la bioética en salud mental: una tarea pendiente

nuevo programa de investigación con pacientes afectados por depresiones graves, obteniendo algunos éxitos respecto al control de la enfermedad. Sin embargo, el tratamiento provoca todavía graves secuelas respecto a las funciones motrices y del lenguaje en algunos pacientes. A partir de 1946, Freeman, siguiendo una técnica descubierta anteriormente por el psiquiatra italiano Amaro Fiamberti, introduce la *leucotomía transorbital*, una técnica consistente en, después de la aplicación de dos electroshocks, la inserción en el cerebro de un rompe hielo muy fino para cortar las conexiones del córtex prefrontal del encéfalo (9). Esta técnica, llamada también *lobotomía*, se viene aplicando en el tratamiento de fuertes depresiones, esquizofrenias, psicosis maníacodepresivas y trastornos de ansiedad. El equipo del doctor Freeman realiza más de 4.000 tratamientos entre 1937 y finales de los años 1950. En Estados Unidos se practican 50.000 lobotomías, entre 1945 y 1955, fecha en que comienza a cuestionarse este tipo de tratamientos.

Hay que considerar que en las décadas mencionadas la psicofarmacología aún no ha hecho aparición y la cirugía y las técnicas invasivas son los únicos métodos viables en la búsqueda de nuevos tratamientos para contrarrestar el fenómeno de la institucionalización, única vía de control de la enfermedad mental hasta entonces (10).

En los años 1960 en Estados Unidos diversos lamentables episodios provocan un paulatino cuestionamiento de las técnicas invasivas en el tratamiento de los pacientes mentales. Uno de los sucesos de mayor repercusión pública es el de Rosemary Kennedy, la joven hermana del presidente estadounidense John F. Kennedy, quien, a consecuencia del tratamiento recibido por el doctor Freeman, entra en un estado de grave demencia que la incapacita y recluye en un manicomio durante el resto de su vida. En otro episodio, el doctor Freeman llega a ser reclamado por parte de la policía para reducir a un delincuente muy violento, mediante la aplicación de una leucotomía en el momento de la detención. El doctor Freeman protagoniza también un último fracaso terapéutico en el tratamiento de la actriz de Hollywood Frances Farmer. La opinión pública sospecha que el tratamiento pretende silenciar el activismo político de la señora Farmer. Algunos episodios no resultan verosímiles, pero producen en la cultura popular una imagen muy negativa, no sólo de la psicocirugía, sino de la psiquiatría en general. A partir de los años 1960, la prensa y el cine contribuyen a la creación de una imagen distorsionada del psiquiatra, hasta el punto de criminalizar su especialidad y tacharla de injusta y dañina para los

## La enseñanza de la bioética en salud mental: una tarea pendiente

pacientes. En este clima desfavorable, germina el importante movimiento de la *antipsiquiatría*, que agrupa distintas voces críticas surgidas desde principios del siglo XX. Clínicos, sociólogos y filósofos cuestionan el concepto mismo de enfermedad mental, así como el fenómeno de la institucionalización, surgido como respuesta a una mayor necesidad de control social en un contexto donde el psiquiatra se convierte en un funcionario público garante del orden social. La psiquiatría se utiliza como herramienta de control de las costumbres sociales y de las ideologías políticas. Tanto en la Unión Soviética como en Estados Unidos algunos ingresos hospitalarios sirven para justificar la detención de opositores políticos.

El nacimiento de la Asociación de Psiquiatría Mundial (*World Psychiatric Association, WPA*), en 1950, tiene como tarea principal la producción de un código ético mundial que sea referencia para todos los países. En 1970, la Asociación Americana de Psiquiatría, APA, seguida por la Asociación Médica Canadiense (*Canadian Medical Association, CMA*), crea un comité de ética con la finalidad de codificar todos los problemas éticos posibles en salud mental. En 1977 el código ético producido por WPA queda recogido en la *Declaración de Hawai*, que sigue el congreso mundial de psiquiatría organizado por la misma organización. El documento contiene las principales directrices éticas para una buena práctica en psiquiatría, y establece los deberes fundamentales de los profesionales, tales como la salvaguarda de los intereses de los pacientes, el ofrecimiento del mejor tratamiento posible, la obtención de un consentimiento informado previo al tratamiento, el empleo exclusivo de la psiquiatría con el objetivo último del beneficio terapéutico, alejado de cualquier forma de control sociopolítico como el practicado en la Unión Soviética (7), preservación de la confidencialidad e implicación del paciente en la toma de decisiones mediante una educación que le permita comprender su situación y ofrecer así su consentimiento al tratamiento.

La *Declaración de Hawai* constituye un duro revés al paternalismo de la psiquiatría tradicional. La obligación de no poder revelar el diagnóstico de los pacientes, la necesidad de comunicar la existencia de tratamientos alternativos al establecido por el clínico, el establecimiento de una vía de apelación para aquellos pacientes que consideren injusto su ingreso, y la centralidad del consentimiento del paciente o de un tercero, en caso de no poseer la competencia suficiente para tomar decisiones, son directrices que dan lugar a un nuevo tipo de relación clínica y transforman el panorama de la salud mental.

## La enseñanza de la bioética en salud mental: una tarea pendiente

En 1993, el código original se actualiza en la *Declaración de Madrid*, con ocasión del congreso mundial para el comité de ética de la WPA. Los datos recogidos en una encuesta sobre aspectos de ética profesional realizada a los 21 países miembros de la WPA y en un cuestionario realizado a los miembros de la asociación, integran el nuevo documento que, junto con los contenidos originales, establece, además, las bases teóricas para la justificación del compromiso de los profesionales de mejorar su ética (11), así como recomendaciones específicas para la investigación en salud mental, psicoterapia, o salud mental y economía, en sus aspectos público y privado. La *Declaración de Madrid* es, en la actualidad, el código ético comúnmente aceptado por la mayoría de los países y su conocimiento es requisito para la admisión como miembro de la WPA. El documento presenta, sin embargo, una salvedad, y es la imposibilidad de su aplicación estricta en todos y cada uno de los países miembros de la WPA, al surgir incompatibilidades con diversas legislaciones estatales, y, por esta razón, su uso resulta igualmente intrincado para los psiquiatras más motivados (7).

En la necesidad de presentar este recorrido histórico de la ética médica en la psiquiatría subyace la intención de reflejar que ética y psiquiatría se hallan intrínsecamente unidas desde los inicios de esta especialidad médica, y nos atrevemos a creer que el nacimiento de la psiquiatría como especialidad incluye también, entre sus razones principales, la garantía de una calidad del cuidado que tenga en cuenta los principios éticos básicos de la medicina general.

### Objetivos de la enseñanza de la ética médica en salud mental

A principios de los años 1980, Sydney Bloch reflexiona sobre los objetivos necesarios en la enseñanza de la ética en salud mental y subraya la importancia de algunos de ellos como ineludibles. Un primer propósito es el de apasionar al profesional de la salud mental por la filosofía moral, haciéndole tomar conciencia de que los conflictos éticos que se manifiestan en su especialidad no tienen todos una misma solución. Un aspecto muy importante que el formador en ética debe tener en cuenta es que los profesionales de la salud pueden no conocer en profundidad las fundamentaciones éticas y las teorías filosóficas que subyacen a éstas. Por lo tanto, un objetivo ulterior será el de sensibilizar a

## La enseñanza de la bioética en salud mental: una tarea pendiente

los estudiantes sobre las cuestiones éticas más importantes para su profesión e incorporar un lenguaje técnico y un bagaje de conceptos propios de la filosofía moral que les permita comprender mejor la realidad clínica. Estos dos objetivos no pretenden otra cosa que familiarizar a los estudiantes de la salud con los problemas concretos y dotarles de un aparato filosófico y conceptual que les permita entender dichos problemas.

### Forma de la enseñanza de la ética médica en salud mental

Para poder conseguir los objetivos señalados resulta necesario incorporar una serie de características en el propio formato de enseñanza (12). El número de sesiones de un curso de ética médica ha de ser de al menos siete, con una duración de hora y media cada una. La estructura óptima de las sesiones debe ser la de un seminario interdisciplinar que pueda enriquecer la experiencia de los clínicos y de todos los profesionales implicados en el cuidado del paciente. Los seminarios deben reflejar todos aquellos problemas que el profesional puede encontrar a lo largo de su práctica clínica diaria. Además de las sesiones, los cursos han de tener también un carácter interdisciplinar, siendo, por lo tanto, imprescindible la presencia de expertos en ética que analicen los casos prácticos y ofrezcan un modelo teórico para su interpretación. Dichos expertos deben introducir a los alumnos las teorías filosóficas más apropiadas para comprender la raíz de los problemas, presentadas en orden de importancia respecto a la práctica y propuestas de forma concreta.

El estudio empírico al que se hacía referencia en nuestra introducción contiene un muestreo de 305 residentes de psiquiatría pertenecientes a diez programas distintos de salud mental norteamericanos (2). Parte del cuestionario buscaba determinar también los intereses, las preferencias metodológicas y las experiencias de los residentes respecto a la enseñanza de la ética en su especialidad. Dichos residentes tomaron en su mayoría su primer contacto con algún aspecto de la formación ética durante su etapa de residencia, casi el 48%, la mayoría de ellos en la facultad de medicina en los años preclínicos.

Los formatos de enseñanza más comunes encontrados en la práctica clínica están compuestos por lecturas críticas asignadas a los estudiantes, discusiones sobre problemas éticos en sesiones clínicas, conferencias, clases de ética en



## La enseñanza de la bioética en salud mental: una tarea pendiente

programas generales de medicina y consultas con los servicios hospitalarios encargados de cuestiones éticas.

Uno de los aspectos más importantes del formato es la metodología. Con referencia al mismo estudio anterior, los estudiantes identificaron seis métodos de enseñanza como los más aptos para las circunstancias de un residente. Reuniones entre compañeros de residencia o expertos de problemas éticos, identificación y discusión de los componentes éticos en las cuestiones clínicas más comunes, observación de la actuación directa de los clínicos frente a los problemas éticos en su práctica clínica, cursos de bioética, clases específicas, ciclos de conferencias, y mesas redondas sobre bioética.

Desde un punto de vista pedagógico, las opciones metodológicas más utilizadas en la actualidad en la organización de un *training* específico en bioética para profesionales de la salud mental suelen ser de tres tipos: una enseñanza mediante modelado (*modeling*), una segunda opción mediante casos, y una última modalidad mediante cursos especializados (13).

La primera opción metodológica del modelado se realiza con la supervisión de un psiquiatra con experiencia previa en trabajo clínico con psiquiatras en formación. Desde esta perspectiva, el componente ético de la enseñanza depende de los recursos morales que el supervisor ha ido desarrollando a lo largo de su profesión, lo que implica la imposibilidad de universalizar los contenidos que dependen directamente de una situación muy vinculada a circunstancias como la experiencia clínica y las características individuales del formador.

Esta metodología, sin embargo, no resuelve la necesidad de establecer un espacio propio para la enseñanza de la bioética en la formación de profesionales de salud mental. A su vez, la segunda metodología aporta conocimientos éticos únicamente mediante casos clínicos y exploraciones a pacientes, por lo que se centra en un saber eminentemente práctico que se adquiere en el ejercicio de la profesión, al igual que las otras competencias clínicas que caracterizan la psiquiatría como especialidad médica. Los límites de este método se deben al hecho de que se basa exclusivamente en la relación médico-paciente, y no toma en cuenta aspectos más generales, tales como el papel social que puede adquirir un psiquiatra con su poder, o los aspectos económicos que caracterizan los actuales sistemas de salud. La tercera metodología, sin embargo, plantea cursos de bioética especializados donde se analizan los conceptos fundamentales de la ética mediante seminarios, integrándose los conocimientos

## La enseñanza de la bioética en salud mental: una tarea pendiente

teóricos con casos clínicos concretos. Esta posibilidad parece ser la más completa, ya que permite desarrollar conocimientos teóricos que pueden ser directamente aplicados y experimentados en situaciones clínicas concretas, así como abordar la bioética desde una perspectiva más general, no sólo vinculada con la salud mental.

Los métodos de enseñanza de ética médica en salud mental aplicados en las últimas décadas han combinado estas opciones y han desarrollado diversas modalidades de programas. Los más tradicionales van dirigidos a profesionales adultos con experiencia y se basan en un método analítico con un enfoque cognitivo que implica clases, pequeños grupos de discusión y lecturas de textos específicos sobre cuestiones generales de bioética, tales como los fundamentos de la ética, los principios de la bioética, los códigos de la ética médica en salud mental, así como un análisis de los problemas éticos más frecuentes en la clínica, como por ejemplo, el rechazo al tratamiento (1). Otros modelos similares son los programas de formación continuada dirigidos también a profesionales adultos, con un interés más centrado en el reconocimiento y el desarrollo de los valores morales de los clínicos mediante la promoción de las humanidades, la creación de herramientas para mejorar las actitudes y la promoción de grupos de discusión entre profesionales que trabajan sobre estudios de casos clínicos, con entrevistas grabadas o *role playing*. La formación continuada permite, así, a los profesionales seguir desarrollando nuevas actitudes que concilien los conocimientos teóricos con las habilidades adquiridas en experiencias previas (14).

Caso aparte es el segundo modelo de formación de postgrado, más centrada en discusiones sobre el día a día de la actividad hospitalaria, con una metodología basada en identificar caso por caso todos aquellos valores que pueden estar implicados en conflictos éticos o que pueden dar lugar a una toma de decisiones no exclusivamente morales (15). Esta perspectiva reduce el papel de las teorías morales, a las que considera una mera herramienta que facilita el razonamiento ético cuando se hace necesario justificar las decisiones tomadas. Asimismo, esta formación sintetiza las opciones metodológicas más comunes, valorando el papel de un supervisor y el rol del modelado, los *rol playing* y la instrucción especializada.

Si, por una parte, este tipo de enseñanza de la ética en salud mental puede ser definida como formal, al darse en un lugar y un tiempo determinado en el ámbito institucional, por otra parte, podría considerarse como informal la ter-

## La enseñanza de la bioética en salud mental: una tarea pendiente

cera modalidad más común, la enseñanza de la ética mediante el ejercicio de la profesión, llamada comúnmente: profesionalismo médico. Bajo esta perspectiva, los conocimientos se transmiten fuera del marco estrictamente pedagógico, y estructurado como tal. Los conflictos morales que se presentan diariamente en la actividad clínica forman a los estudiantes y los residentes respecto a lo que está bien o mal, lo que es justo o equivocado, activando un proceso de reflexión que es, a su vez, una oportunidad para la formación en esta problemática. Este tipo de enseñanza se fundamenta, en primer lugar, sobre la convicción de que la evidencia empírica es garantía de efectividad y puede ayudar al profesional a internalizar actitudes hacia el paciente y la institución que mejoran la calidad de su trabajo, y, en segundo lugar, sobre el importante rol que tiene el profesional como formador en la transmisión de los conocimientos médicos. El profesionalismo médico valora especialmente la experiencia y privilegia una enseñanza de tipo empírico, que favorece la imitación de las mejores actitudes que favorecen la formación moral del profesional.

Aunque las formas de enseñanza de la ética pueden variar según las preferencias o las circunstancias donde se realiza la formación, en las universidades es necesario, sin embargo, el cumplimiento de algunos requisitos para que pueda haber una adecuada formación ética entre los profesionales de salud mental. Cada departamento de psiquiatría ha de contar con un núcleo de expertos en temas de bioética que, por una parte, trabaje para organizar programas de formación que sean de fácil integración en otros cursos, y, por otra parte, se desarrolle promocionando la enseñanza, la investigación, así como la participación de los alumnos en los comités de ética de los hospitales.

Los departamentos de psiquiatría deben establecer programas de formación en bioética por lo menos con periodicidad mensual (1) que traten los temas más frecuentes en la ética médica. Esto puede establecerse con clases, grupos de discusión o encuentros informales. Otro aspecto muy importante es la promoción de actividades interdisciplinarias mediante la invitación de expertos en ética desde otras especialidades o instituciones, y, finalmente, cada departamento debe evaluar la formación de los estudiantes para responsabilizarlos y formar en ellos una mejor conciencia sobre su papel como actores morales y les ayude, así, a examinar los valores, prestar más atención a los posibles errores, perfeccionar sus habilidades y esclarecer cómo tomar decisiones.

## La enseñanza de la bioética en salud mental: una tarea pendiente

Por todo esto, es muy importante crear un lugar específico para la enseñanza de la ética en la educación ordinaria del profesional de la salud mental, y no subordinar la formación moral de los psiquiatras al condicionamiento de las casualidades o como una habilidad de segundo nivel.

### Contenidos de la enseñanza de la ética médica en salud mental

Respecto a los contenidos de la enseñanza de la bioética en salud mental, el carácter interdisciplinar de la materia invita, al igual que en la bioética tradicional, a repartir los contenidos en dos partes: una de fundamentación y otra de clínica. La parte de fundamentación presenta a los estudiantes las más importantes teorías éticas, y evidencia la necesidad de una fundamentación ética a la hora de enfrentarse a los problemas clínicos que generan conflictos de valores. Si, en este sentido, no hay grandes diferencias respecto a los programas comunes de bioética, en la parte clínica, sin embargo, los temas resultan ser muy específicos y vinculados con la experiencia del profesional de la salud mental.

La comparación de dos estudios empíricos realizados entre profesionales de la salud mental (2) (16) sobre los temas más comunes que se pueden encontrar en la práctica clínica y que caracterizan los principales conflictos éticos, nos permite plantear los temas considerados más importantes que pueden presentarse en la actividad profesional. Los temas más frecuentes señalados por los profesionales son, entre otros, la confidencialidad, el consentimiento informado, la relación entre médico, paciente y profesionales sanitarios, cuestiones éticas y jurídicas relacionadas con la falta de información, competencia y capacidad para tomar decisiones, ingreso y tratamiento involuntario, problemas éticos y legales relacionados con pacientes afectados por SIDA, consentimiento informado en caso de aplicación de medidas coercitivas como contención mecánica, tratamiento farmacológico y aislamiento, ensayos clínicos con pacientes psiquiátricos, el papel de la familia del enfermo mental en la toma de decisiones sobre el tratamiento, problemas éticos relacionados con el suicidio, autonomía y paternalismo, aspectos financieros de la salud mental, análisis de casos clínicos, directrices de WPA, y las relaciones entre salud mental e industria farmacéutica. Bloch propone un formato específico para el análisis de este

## La enseñanza de la bioética en salud mental: una tarea pendiente

tipo de contenidos, que podrían ser organizados en módulos individuales presentados durante media hora y una posterior discusión entre formador, estudiantes y un filósofo moral, que introduce la teoría ética más pertinente para la situación clínica a discutir. Para promocionar la participación en el debate el número de participantes no debe ser demasiado elevado a fin de que cada uno pueda intervenir y aportar sus propias reflexiones (12).

### Ética médica y salud mental. ¿Hacia dónde? Presente y futuro de la bioética en salud mental

A lo largo de nuestro análisis se ha evidenciado por parte de los profesionales de la salud mental la necesidad de una formación en bioética que ofrezca conocimientos sistemáticos para el manejo de situaciones clínicas caracterizadas por conflictos de valores.

La variedad de metodologías deja a los formadores amplia libertad de elección, aunque hay algunos elementos comunes necesarios en todos los planteamientos. Lo que aparece como cuestión ineludible es la inclusión de un espacio para la formación ética en la educación de cada profesional en salud mental. La enseñanza de la bioética es una realidad de la medicina en general y tiene que serlo también para la psiquiatría y la salud mental.

En sus reflexiones sobre el lugar de la bioética en la medicina, Daniel Callahan (17) afirma que una de sus tareas principales es la identificación de los problemas éticos y el reconocimiento de una realidad intrínseca a todas las ciencias, que está vinculada con la realidad moral de los seres humanos. Esto quiere decir que la necesidad de un lugar específico para la formación ética en salud mental permite al profesional identificar la dimensión humana de su trabajo y definir los problemas morales mediante el esfuerzo en la profundización de los problemas, al poder observarlos desde diferentes perspectivas. Otra de las tareas de Callahan es la de reflexionar y comprender el carácter moral de los problemas que se presentan en la actividad clínica y desarrollar, en consecuencia, una estrategia metodológica que permita analizarlos a fondo y comprender mejor el sentido de los términos en juego a la hora de tomar decisiones. El hecho de que el profesional de la salud mental actúe de forma práctica, requiere de un núcleo de instrumentos que son patrimonio de la bioética y que los profesionales han de poder compartir.

## La enseñanza de la bioética en salud mental: una tarea pendiente

Por otra parte, la salud mental se desarrolla en una comunidad con un entramado social muy complejo, sobre todo hoy día, donde el escenario principal ya no es el hospital, sino la comunidad, en la cual los clínicos interactúan con los servicios sociales, las familias y las instituciones implicadas en la gestión de la asistencia. La salud mental contemporánea, usando las palabras del filósofo judío-francés Edgar Morin, ha entrado en la *edad de la complejidad*. Las consecuencias de una toma de decisión clínica no afectan sólo al paciente o al profesional, sino que afectan a todos los *stakeholders* que participan directa o indirectamente en la respuesta a las demandas de salud: los beneficiarios de los servicios, los prestadores de servicios y los financiadores, investigadores, clínicos, psiquiatras, pacientes, asociaciones profesionales y de pacientes, trabajadores sociales, políticos, empresas farmacéuticas, esto es, todos aquellos que tienen un papel y una influencia sobre el sistema de salud y responden a diferentes necesidades, las cuales debe comprender un profesional de la salud.

En 2003, la Oficina Regional para Europa (*Regional Office for Europe, ROE*) de la Organización Mundial de la Salud, OMS (*World Health Organization, WHO*) ha publicado un dossier sobre la calidad de los servicios de salud europeos, el *Measuring hospital performance to improve quality of care in Europe: a need for clarifying concepts and refining the main dimensions* que incluye un apartado sobre salud mental acerca de las necesidades de cada uno de los actores que participan en el escenario de la salud mental. En este documento se muestra claramente que el requisito de la calidad es de máximo interés para todos los actores implicados: los pacientes reclaman un acceso al cuidado que sea de calidad y satisfaga las necesidades de salud, promocióne la autodeterminación y lleve a una mejora del funcionamiento de todos los servicios; las familias reclaman apoyo, información y estrategias que permitan una mejor gestión de los pacientes y de sus problemas; los profesionales demandan estabilidad y cuidados eficientes, y, finalmente, los servicios de salud mental exigen más recursos.

Los financiadores y los políticos dirigen sus esfuerzos a construir condiciones que permitan mejorar la calidad del cuidado en términos de relación gasto-beneficio, así como a reducir el impacto de la enfermedad mental en la sociedad, gestionando y posibilitando la mejor calidad de la salud mediante leyes, normativas y estándares, en relación a estas acciones puede reconocerse el esfuerzo realizado por la Unión Europea en los últimos veinte años para

## La enseñanza de la bioética en salud mental: una tarea pendiente

reformular la salud mental y armonizar la legislación entre todos los Estados Miembros.

La ética médica tiene su razón de ser en la promoción de la salud y, por ende, en la calidad de la vida de los pacientes. Si hablamos de calidad no nos referimos a un término *descriptivo* sino a un término *valorativo* (18). Esto quiere decir que la calidad es algo que se *valora* mediante un proceso de estimación o preferencia. La toma de decisiones clínicas, aunque se refiera a hechos objetivos, es un proceso de valoración y preferencia de un curso de acción respecto a otro y la ética médica es el método propio para tomar decisiones racionales y prudentes.

Si la calidad es un valor y la ética es promoción de valores, el tema de la calidad de la vida tiene una dimensión estrictamente ética (18) y es, por definición, la tarea principal de la bioética desde su nacimiento, según la definición de la palabra bioética formulada por el mismo Potter.

Para promocionar valores hace falta desarrollar actitudes que permitan ayudar al médico a tomar decisiones y aumentar la calidad de su asistencia. Este proceso es inseparable de una formación y una educación que se adquiere sólo mediante una enseñanza especializada.

A modo de conclusión, sostenemos que la realidad contemporánea de la salud mental exige la promoción de nuevos valores y el desarrollo de nuevas actitudes que permitan comprender y responder a las exigencias de una asistencia que demanda cada vez más calidad y refleja la complejidad social de nuestra época. Por esta razón, la formación ética de los profesionales de la salud es un requisito fundamental para responder a los desafíos que la medicina y las biotecnologías nos presentarán en un futuro muy cercano.

### Bibliografía

- (1) Green, S. A.: "The Ethical Commitments of Academy Faculty in Psychiatric Education". *Academic Psychiatry*, 30: 48-54, 2006.
- (2) Roberts, L. W.; McCarty, T.; Lyketsos, C., et al.: "What and How Psychiatry Residents at Ten Training Programs Wish to Learn About Ethics". *Academic Psychiatry*, 20: 131-46, 1996.
- (3) Musto, D.: "Perspectiva histórica". *La ética en psiquiatría*. Bloch, S.; Chodoff, P.; Green, S. A. (eds.), Madrid: Triacastela, pp. 13-33, 1998.

## La enseñanza de la bioética en salud mental: una tarea pendiente

- (4) Bloch, S.; Pargiter, R. C.: "A History of Psychiatric Ethics". *Psychiatry Clinics of North America*, 25: 509-24, 2002.
- (5) Foucault, M.: *Madness and Civilization: a History of Insanity in the Age of Reason*. Nueva York, Random House, 1965.
- (6) Percival, T.: *Medical Ethics*.
- (7) Bloch, S.; Pargiter, R.: "Códigos de ética en psiquiatría". *La ética en psiquiatría*. Bloch, S.; Chodoff, P.; Green, S. A. (eds.): Madrid, Triacastela, pp. 89-109, 1998.
- (8) Fins, J.: "Neuromodulation, Free Will and Determinism: lessons from the psychosurgery debate". *Clinical Neuroscience Research*, 4: 113-18, 2004.
- (9) Heller, A. C.; Amar, A. P.; Liu, C. Y., et al.: "Surgery of the Mind and Mood: A Mosaic of Issues in Time and Evolution". *Neurosurgery*, 59(4): 720-39, 2006.
- (10) Fins, J. J.; Reazai, A. R.; Greenberg, B. B., et al.: "Psychosurgery: Avoiding an Ethical Redux while Advancing a Therapeutic Future". *Neurosurgery*, 59(4): 713-16, 2006.
- (11) Okasha, A.: "The Declaration of Madrid and Her Application". *World Psychiatry*, 2: 65, 2003.
- (12) Bloch, S.: "Teaching of Psychiatric Ethics". *British Journal of Psychiatry*, 135: 300-1, 1980.
- (13) Michels, R.; Kelly, K. V.: "Enseñanza de la ética en psiquiatría". *La ética en psiquiatría*, Bloch, S.; Chodoff, P.; Green, S. A. (eds.): Madrid, Triacastela, pp. 463-76, 1998.
- (14) Fox, G.: "Teaching Normal Development Using Stimulus Videotapes in Psychiatric Education". *Academic Psychiatry*, 27: 283-88, 2003.
- (15) Forrow, L.; Arnold, R. M.; Frader, J.: "Teaching Clinical Ethics in the Residency Years: Preparing Competent Professional". *The Journal of Medicine and Philosophy*, 16(1): 93-112, 1991.
- (16) Coverdale, J. H.; Bayer, T.; Isbel, P., et al.: "Are We Teaching Psychiatrist to Be Ethical?". *Academic Psychiatry*, 16: 192-205, 1992.
- (17) Callahan, D.: "Bioethics as a Discipline". *The Hastings Center Studies*, 1(1): 66-73, 1973.
- (18) Gracia, D.: *Fundamentación y enseñanza de la bioética*. Bogotá, El Búho, pp. 157-58, 1998.






***Lección de anatomía  
Jan van Neck (1683)***

*Las lecciones de anatomía eran un verdadero espectáculo en la Holanda de los siglos XVII y XVIII, y estaban reservadas para cirujanos-barberos y estudiantes, si bien el público tenía la posibilidad de adquirir alguna de las entradas sobrantes. En algunos documentos de la época se cuenta que las lecciones más solicitadas eran las de cadáveres de mujeres, especialmente si la joven estaba embarazada, ya que el anatomista tenía la ocasión de realizar simultáneamente dos disecciones y poder explicar el desarrollo fetal.*

*En el año 1717 llegó a San Petersburgo un barco cargado con uno de los tesoros más preciados de la ciencia del siglo XVIII: 3.000 preparaciones anatómicas realizadas por el profesor holandés Frederik Ruysch. El zar Pedro el Grande había comprado esta colección para añadirla a su gabinete de curiosidades (Kunstammer). Cuando llegaron al puerto ruso se comprobó con estupor que parte de la colección se había echado a perder, al parecer los marineros se habían bebido el alcohol de las preparaciones. Aún así, gran parte de las preparaciones pudieron ser recuperadas y todavía pueden ser admiradas.*



*Frederyk Ruysch era un botánico y anatomista holandés nacido en 1638, que había cursado sus estudios en la Universidad de Leyden y que desde bien joven se había quedado prendado por la anatomía. En el siglo XVII las técnicas de disección y preservación de muestras anatómicas eran muy escasas. Por este motivo fue recibido con gran alegría la noticia de que Ruysch había descubierto un sistema para conservar los cuerpos después de la muerte. Desconocemos con todo tipo de detalles el sistema empleado por Ruysch, únicamente nos han llegado noticias de que inyectaba colorantes, cera de abeja y algunas sustancias que había preparado personalmente.*

*A diferencia del resto de los anatomistas de la época, que estudiaban adultos ajusticiados, Ruysch estaba verdaderamente fascinado por los cuerpos de bebés, ya que al menos un tercio de sus trabajos los realizó en ellos. ¿Por qué este interés?*

*Probablemente porque las leyes holandesas de la época impedían acumular un elevado número de cadáveres de adultos para su estudio, pero había un vacío legal en cuanto a los bebés.*

*A partir de ese momento Ruysch intensificó sus trabajos en las preparaciones anatómicas y, poco tiempo después, su casa de Ámsterdam se convirtió en un centro de peregrinación para muchos visitantes. Tras el pago de una entrada, los visitantes tenían la posibilidad de contemplar bebés embalsamados y exhibidos en pequeños ataúdes. Hasta allí viajó Pedro Para que nos hagamos una idea de la importancia de este museo, hasta allí viajó Pedro el Grande que se quedó maravillado por sus trabajos, hasta el punto de que no paró hasta conseguir que el galeno le vendiera parte de su colección.*

*En este cuadro de Van Neck se nos muestra al doctor Ruysch manipulando el cordón umbilical de un recién nacido de gran tamaño, mientras que sus asistentes contemplan la placenta. En el extremo derecho aparece un joven, el hijo de Ruysch, que sostiene el esqueleto de un niño; con el paso de los años este joven continuaría con la labor de su padre.*

# Una propuesta educativa de bioética para América Latina. Programa de educación permanente en bioética. Redbioética Unesco

Susana Vidal

## Algunos antecedentes sobre educación y bioética

Desde su surgimiento en Estados Unidos a fines de los años 60 la bioética se difundió al mundo entero desde los ámbitos académicos a través de una gran producción bibliográfica y un creciente desarrollo de centros formadores tanto de jóvenes estudiantes de medicina como de profesionales del campo de la salud y, posteriormente, de otros campos.

Numerosas publicaciones de esa época son reflejo de los temas que ocuparon el debate académico en relación a nuevas situaciones que conmovían el ámbito de las ciencias de la vida, como los límites de la medicina y sus aplicaciones, las formas que estaba adoptando el desarrollo biotecnológico, los derechos de las personas en relación a los servicios de salud, los problemas medioambientales y la necesidad de contar con una metodología para tomar decisiones éticamente correctas en situaciones de alta conflictividad en el campo de la vida y la atención de la salud humana.

Emergía un nuevo discurso que hundía sus raíces fundamentalmente en los numerosos movimientos civiles surgidos en la sociedad liberal postindustrial y que pusieron de manifiesto un fuerte cuestionamiento de las relaciones existentes hasta entonces entre la sociedad civil y el estado, al mismo tiempo que se ponía en consideración las decisiones tomadas en el campo de la ciencia y la medicina y la forma en la que los ciudadanos participaban de ellas.

Estas últimas reacciones fueron la consecuencia del conocimiento por parte de la sociedad de los abusos realizados en la investigación con seres humanos en Estados Unidos que comenzaron a ser divulgados en los medios académicos<sup>1</sup> y continuaron por llegar a los medios masivos de comunicación.

De igual modo, se introdujeron al debate social casos clínicos en los que las decisiones médicas confrontaban con las de los pacientes debiendo ser llevadas ante los tribunales para su resolución (Karen Quinlan, Baby Doe, Baby Jane Doe, entre muchos otros)<sup>2</sup>.

El movimiento de derechos de los enfermos plasmado en la "primera carta de derecho de los pacientes"<sup>3</sup>, fue una expresión de la convulsión social exis-

<sup>1</sup> Beecher, H. K.: "Ethics and Clinical Research". *N. Engl. J. Med.*, 1966, 274, pp. 28-30.

<sup>2</sup> Jonsen, A.: *The birth of bioethics*. Oxford University Press, Nueva York, 1998, pp. 125-165.

<sup>3</sup> Puede verse la historia en Annas, G. J.: A National Bill of Patients' Rights. *N. Engl. J. Med.*, 1998, 38 (10), pp. 695-700.

## Una propuesta educativa de bioética para América Latina

tente y puso de relieve el malestar de los ciudadanos que, por diversas condiciones o razones mostraban una diferencia (religión, etnia, género, opción sexual, edad, etc.), y esperaban vivir en una sociedad respetuosa que trate de manera igualitaria a los individuos en cuanto a sus derechos.

En este marco los pacientes reclamaban por su derecho a participar de las decisiones que involucran su vida y su salud frente a una medicina tecnificada y atravesada por intereses que no siempre daban cuenta de los objetivos que marcaron la ética médica durante siglos. Debates sobre el principio y el final de la vida, los límites de la integridad del cuerpo, los alcances de las decisiones médicas y el derecho a la salud, son algunos de estos campos de enorme conflictividad.

Por otro lado a nivel global, mientras se produce el estallido del desarrollo científico técnico se expanden los derechos de tercera generación que vienen a poner en el debate sobre la vida humana en el planeta temas como la paz en el mundo, el porvenir de la humanidad en un planeta explotado irracionalmente, el desarrollo humano y el bienestar de las generaciones futuras, entre muchos otros.

Se ha dicho con razón que la bioética se constituye así en un verdadero discurso reflejo precisamente de este campo de gran convulsión social y académica<sup>4</sup>.

El desarrollo de la llamada Bioética Institucional<sup>5</sup> es un capítulo de suma importancia para comprender la forma en la que este discurso se fue instalando en los debates no solo de Estados Unidos sino en los de gran parte del mundo.

Desde su nacimiento no pasó mucho tiempo hasta que emergieron una gran cantidad de Instituciones que se ocuparon de la promoción, extensión y educación de la Bioética. Esta fue, de algún modo, la forma en la que la disciplina se introdujo en los distintos ámbitos de debate, no solo académicos sino también sociales. Lo que se ha llamado la Bioética como “programa de reforma social”<sup>6</sup> ha sido la extensión del “discurso” antes referido a los diferentes ámbitos sociales y la creación de estructuras institucionales que cumplan con el objetivo de capacitar, investigar y en otros casos, constituirse como espacios pluralistas, deliberativos y consultivos para la resolución de conflictos éticos del campo de la vida y la asistencia de la salud.

<sup>4</sup> Jonsen, A.: “The birth of bioethics”, *op. cit.*

<sup>5</sup> Vidal, S. M.: “Comités de bioética: Introducción a la Bioética Institucional”, en Garay, O. E. (coord.), *Bioética en Medicina*, Ed. Ad-Hoc, Bs As, 2008, pp. 403-439.

<sup>6</sup> Mainetti, J. A.: *Bioética Ilustrada*. Ed. Quirón, La Plata, 1994, pp. 105-119.

## Una propuesta educativa de bioética para América Latina

Desde esta perspectiva puede entenderse a la bioética como un “movimiento social”<sup>7</sup> que reúne en su seno una “cantidad dispar de preocupaciones” en defensa de la vida, la salud y los derechos de los seres humanos.

### Sobre la Bioética Institucional

Dentro del capítulo llamado “Bioética Institucional” (BI) se incluyen las regulaciones y normativas que se van instalando en una sociedad a propósito de los temas debatidos y que intentan reflejar el consenso social pluralista dentro de la misma. Es decir, leyes, normas, reglas y políticas públicas que son muestra de consensos alcanzados por la sociedad en el afán de mantener unos mínimos de respeto por los derechos generales o de grupos o situaciones particulares en temas de bioética.

También se estudian aquí las instituciones que han jugado un rol fundamental para el desarrollo y la extensión de la bioética. Entre ellas se encuentran, por un lado las que promueven la inserción de la disciplina a distintos niveles, fundamentalmente en los ámbitos académicos y, por otro, las de neto corte deliberativo y consultivo como son los comités de bioética, tanto clínicos como de investigación y las comisiones locales y nacionales.

La forma en la que se produjo la institucionalización de la bioética podría dividirse en al menos tres modalidades<sup>8</sup>:

**Modalidad académica.** La gran mayoría de estas experiencias refieren a centros que luego de su fundación comenzaron a desarrollar una tarea educativa y de extensión de la disciplina. Buenos ejemplos de ellos fueron el Kennedy Institute of Ethics o el Hasting Center y numerosos centros académicos que fueron iniciando la educación en bioética para el grado y el postgrado universitario, especialmente en la carrera de Medicina. De la mano de ellos también se generaron iniciativas como congresos, jornadas y las ya reconocidas “conferencias” de Estados Unidos, que dieron un impulso importante a la disciplina<sup>9</sup>.

<sup>7</sup> Cecchetto, S.: *La Bioética como nuevo movimiento social*. Quirón 1996, 27 (1), La Plata, pp. 96-101.

<sup>8</sup> Vidal, S.: *Los comités hospitalarios de bioética. Historia teoría y método*. Tesis de maestría en bioética. Universidad de Chile/OPS, 2001.

<sup>9</sup> Jonsen, A.; Jameton, A.: “Academic Bioethics”, en Reich, W. T.: *Encyclopedia of Bioethics*, Macmillan Library Reference, Georgetown University, Nueva York, 1995.

## Una propuesta educativa de bioética para América Latina

Otro tipo de estructuras no siempre relacionadas con el ámbito académico pero que se incluyen en la BI son las comisiones y comités, que han respondido en su constitución más bien a las tradiciones históricas como a los modelos político sociales de cada lugar, recreando formas diferentes de desarrollo, sobre todo en los últimos diez años. Estados Unidos dio dos de sus más conocidos exponentes, la llamada Comisión Nacional (1974-1978) y la Comisión Presidencial<sup>10</sup> (1979-1983) que fueron grandes espaldarazos para reforzar tanto contenidos teóricos, líneas de trabajo en metodologías, como una enorme producción bibliográfica de gran utilidad para la formación de otros grupos e Instituciones en los 80. El modelo “comisionista” tan caro a los países anglosajones recién ha comenzado su desarrollo con modalidades diversas y no sin dificultades en los últimos años en la Región. De tal modo, *de acuerdo a la cultura del país predominarán enfoques y modelos diferentes ante cada cuestión*<sup>11</sup> y en la constitución de sus instituciones.

En América Latina estos desarrollos comienzan a partir de finales de los 80 y fundamentalmente en los 90 a través de centros académicos que lograron un gran desarrollo en los inicios, como la Escuela Latinoamericana de Bioética, en La Plata y el Instituto de Bioética de la Universidad Javeriana en Colombia, así como otros centros de investigación y desarrollo en diversos países.

Con el correr de los años se produjo un importante crecimiento de unidades académicas, centros de promoción y extensión y comisiones y comités de distintos tipos aunque no se cuenta aún con una definición común de objetivos y mucho menos con una unidad en la metodología para la enseñanza de la disciplina, ni de indicadores que permitan evaluar la calidad tanto de los procesos como de los resultados alcanzados.

**Modalidad normativa.** Una segunda modalidad ha sido la de desarrollos generados en normativas y regulaciones, locales o nacionales. Este es el caso de la creación de los IRB, (Institutional Review Board) norteamericanos que comenzaron a crearse a partir de las resoluciones del gobierno federal de Estados Unidos<sup>12</sup>.

<sup>10</sup> National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research y President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research.

<sup>11</sup> Byk, C.: “Realidad y sentido de la Bioética en el plano mundial”. *Cuadernos de Bioética* 1997. Ad Hoc, n.º 1, Bs. As, pp. 61-71.

<sup>12</sup> Code of Federal Regulations (Title 45); Part 46, Protection of Human Subjects. Basic DHHS Policy for Protection of Human Research Subjects, 1991.

## Una propuesta educativa de bioética para América Latina

Aunque la modalidad ha tenido una buena inserción en los países anglosajones, no parece ser igual la experiencia en los países de la Región. Las razones son de diverso orden, en primer lugar muchas veces no existe ninguna regulación o las hay pero no se cuenta con las estructuras y los recursos para que se implementen o, finalmente, no gozan de legitimidad. También debe tenerse en cuenta que la modalidad de desarrollo siempre estará en relación con las características culturales de cada país y región. Esto involucra a muchas de las regulaciones en bioética y ética de la investigación que en los últimos años han tenido una expansión creciente aunque heterogénea.

En este sentido se han ido publicado informes sobre la situación en Latinoamérica<sup>13</sup> desde los años noventa que sin lugar a dudas han sufrido modificaciones sustantivas, a pesar de lo cual, todavía es necesario avanzar mucho más. Algunos documentos han mostrado el grado de desarrollo normativo desde distintos puntos de análisis<sup>14</sup>.

**Modalidad espontánea.** Se refiere a grupos que se autoconstituyen por vocación o voluntad en un hospital o una unidad académica y comienzan a trabajar en la temática y a capacitarse para, posteriormente interactuar con otras estructuras mayores.

Esta es la clara experiencia de gran parte de los países de la región donde las Instituciones de bioética han ido surgiendo espontáneamente, por ejemplo los Comités de Bioética (CB) y en algunos casos, hasta las comisiones nacionales asesoras.

Aun hoy, muchas de estas instituciones se conforman y funcionan aisladamente, a veces sin contacto con fuentes formadoras en Bioética, a pesar de que algunas son creadas por normas locales o nacionales, pero sin contar con el necesario proceso educativo previo.

<sup>13</sup> Serrano Lavertu, D. y Linares, A. M.: "Principios éticos de la investigación biomédica en seres humanos: aplicación y limitaciones en América Latina". *Boletín de la Oficina Panamericana*, 1990, 108, (5-6): 489-499. Véase además Dranne, J. F. et al.: "Medical Ethics in Latin America: A new interest and Commitment", *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 1991, I (4), 325-338.

<sup>14</sup> Lorenzo, C.: "Los instrumentos normativos en ética de la Investigación en seres humanos en América Latina: Análisis de su potencial eficacia", en Keyeux, G., Penchaszadeh, V. y Saada, A. (orgs.), *Investigación en seres Humanos*. Bogotá, UNIBIBLOS-Redbioetica UNESCO, 2006, pp. 167-190.

## Una propuesta educativa de bioética para América Latina

### Modelos educativos en Bioética

Hemos hasta aquí mostrado la forma en la que el surgente discurso bioético, reflejo de un verdadero movimiento social, se institucionalizó progresivamente eligiendo diversas modalidades según las características y posibilidades locales. Sin embargo, la fructífera raíz social de la bioética, que debería remontarse aún más lejos en el código de Nüremberg y en la Declaración Universal de los DDHH<sup>15</sup>, no tuvo su reflejo en los contenidos que dieron forma a la disciplina bioética que se institucionalizó en las academias y se instaló como área de conocimiento con su propio fundamento teórico, su método y la definición de su campo de estudio.

A pesar de contar con una gran riqueza teórica y práctica en su nacimiento, la bioética que se desarrolló y promovió a través de las surgentes instituciones se basó fundamentalmente en la propuesta formulada por el informe Belmont en 1978<sup>16</sup> y desarrollada teóricamente por Tom Beauchamp y James Childress un año después en su conocido libro *Principios de Ética Biomédica*<sup>17</sup>. A través del llamado principialismo, se dejaban planteadas dos consideraciones fundamentales, por un lado se identificaba como objeto/ campo de estudio de la bioética los problemas emergentes de la aplicación biotecnológica en el campo de la vida y la atención de la salud, dejando fuera del mismo los conflictos éticos relacionados a temas de justicia social, inequidad, pobreza y exclusión, así como los problemas medioambientales. Por otro lado, propuso una metodología para la resolución de conflictos basada en la aplicación de cuatro principios considerados *prima facie*, que cristalizaban el modelo liberal autonomista de la tradición angloamericana.

Con ello, se produjeron dos fracturas: la primera, con las relaciones existentes entre las condiciones de salud enfermedad de individuos y comunidades respecto a sus determinantes sociales, económicas y culturales, con lo que la bioética tendió a convertirse en un procedimiento para la resolución de conflictos que se identificaban fundamentalmente dentro de los centros de alta

<sup>15</sup> Tealdi, J. C.: "Ética de la investigación: el principio y el fin de la bioética". *Summa Bioética. Órgano de la Comisión Nacional de Bioética*, 2003, año I, número especial, México, pp. 69-72.

<sup>16</sup> The Belmont Report: *Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*. The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. Department of Health, Education, and Welfare. April 18, 1979.

<sup>17</sup> Beauchamp, T. y Childress, J. F.: *Principles of Biomedical Ethics*, fourth edition. Nueva York, Oxford University Press, 1994.



## Una propuesta educativa de bioética para América Latina

complejidad, frente a situaciones que planteaba las innovaciones biotecnológicas. La segunda fractura es la de establecer como fundamento de la bioética los cuatro principios propuestos, desde un deductivismo abstracto alejado de los temas sociales y las diversidades culturales y que, aún más, ha pretendido someter la fundamentación de los DDHH a esos principios, cortando la raíz histórica que determinó el surgimiento de la bioética<sup>18</sup>.

Esta bioética que ya hace años Giovanni Berlinguer llamó *bioética de situaciones límite o de frontera*<sup>19</sup>, llamada *emergente* por otros autores de la región<sup>20, 21</sup> se difundió al mundo entero como un modelo sin fisuras y, al mismo tiempo, fue el núcleo de la mayor parte de los programas académicos desarrollados para los países de la región.

### Los primeros pasos en la enseñanza de la Bioética

La transformación de los programas académicos de ética médica en las facultades de medicina a los de ética clínica y bioética, fue creciendo progresivamente a pesar de no contar con una metodología de enseñanza unificada<sup>22</sup>.

Los objetivos educativos para la enseñanza de la ética y la bioética por aquellos años 80 y principios de los 90 fueron motivo de grandes debates y se gestaron algunos consensos<sup>23</sup>. Mucho menos exitoso fue el intento de identificar una metodología para la enseñanza de la disciplina especialmente para los estudiantes de medicina y menos aún para los estudios de posgrado, por más que se recomendaba desde diversas instituciones formadoras la inclusión de la material en la currícula del grado y en los programas de posgrado.

<sup>18</sup> Tealdi, J. C.: "Los principios de Georgetown. Análisis crítico", en Garrafa, V., Kottow, M. y Saada, A. (coords.), *Estatuto Epistemológico de la Bioética*. UNESCO-Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2005, pp. 35-54.

<sup>19</sup> Berlinguer, G.: *Questioni di vita: etica, scienza, salute*. Torino, Einaudi, 1991, pp. vii-xvi, 3-26, en Garrafa, V.: *Dimensão da ética em Saúde Pública*. Faculdade de Saúde Pública/USP. São Paulo, 1995, p. 26.

<sup>20</sup> Garrafa, V. y Porto, D.: "Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice". *Bioethics*, vol. 17, n.º 5-6, octubre 2003, pp. 399-416.

<sup>21</sup> Garrafa, V.: "Bioética, Saúde e Cidadania". *O Mundo Da Saude*, 1999; 23 (5), São Paulo, pp. 263-269.

<sup>22</sup> Forrow, L. y Arnold, R.: "Bioethics Education: Medicine", en Reich, W. T.: *Encyclopedia of Bioethics*. Macmillan Library Reference, Georgetown University, Nueva York, 1995.

<sup>23</sup> Culver, C. H., Clouser, K., Gert, B., Brody, H., Fletcher, J., Jonsen, A., Kopelman, L., Lynn, J., Siegler, M. y Wikler, D.: "Basic Curricular Goals in Medical Ethics". Special Report. *New Eng. J. of Med.*, 1985, 312 (4), 253-257.

## Una propuesta educativa de bioética para América Latina

En las estrategias educativas se reflejaron las distintas teorías y métodos que se debatían en el seno de la disciplina, aunque la propuesta del modelo principialista tuvo un enorme impacto en los programas, como fue mencionado, a partir del cual se debía enseñar el contenido de estos principios con lo que el profesional estaría en condiciones de aplicarlos a casos y situaciones éticamente conflictivas.

Otros autores compartieron con variantes este modelo liberal autonomista, como Robert Veatch<sup>24</sup>, quien desarrolló una teoría que fundaba la Bioética fuertemente en la autonomía de los pacientes, de la mano de otros aún más duros como Tristram Engelhardt<sup>25</sup>.

Esta tendencia no fue de ningún modo homogénea, por el contrario numerosos autores hicieron fuertes críticas a la propuesta del principialismo de Beauchamp y Childress que se iba instalando. Diversas corrientes consideraron que este modelo olvidaba aspectos esenciales que debe abordar la disciplina, referidos a temas sociales, culturales y de realidades regionales particulares, donde el problema de la autonomía no se presenta como necesariamente prioritario, como las llamadas éticas feministas que aportaron a la fundamentación de las éticas del cuidado<sup>26, 27</sup>. De igual modo se le opusieron quienes consideraban que este modelo olvidaba aspectos fundamentales de las éticas profesionales<sup>28</sup>, o los defensores de la casuística<sup>29</sup>, de las éticas de la virtud y de las éticas narrativas, entre otros. Así, los distintos métodos de la bioética se vieron reflejados en sendas propuestas de modelos educativos aunque no de manera lineal<sup>30, 31</sup>.

De este modo, desde diversas escuelas se propusieron objetivos educativos así como metodologías para lograrlos completamente diferentes, siendo el diseño de los programas una buena muestra de ello.

<sup>24</sup> Veatch, R. M.: *The Patient as Partner, Part I. A Theory of Human-Experimentation Ethics*. Bloomington, Indiana University Press, 1987, y Veatch, R. M.: *The Patient-Physician Relation. The Patient as Partner, Part II*. Bloomington, Indiana University Press, 1991.

<sup>25</sup> Engelhardt, T.: *Los fundamentos de la Bioética*. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1995, 545 p.

<sup>26</sup> Guilligan, C.: *La moral y la Teoría. Psicología del desarrollo femenino*. Fondo de Cultura Económica, México, 1985, p. 266.

<sup>27</sup> Barrio Cantalejo, I.: "Carol Guilligan y la ética del cuidado. Un referente para la ética de enfermería". *Enfermería Clínica*, 1998, 9 (2), Madrid, pp. 71-77.

<sup>28</sup> Pellegrino, E. D.: "La relación entre la autonomía y la integridad en la Ética Médica". *Boletín de la Oficina Panamericana*, 1990, 108, 5-6, 379-390.

<sup>29</sup> Jonsen, A. R., Siegler, M. y Winslade, W. J.: *Ética clínica: aproximación práctica a la toma de decisiones éticas en la medicina clínica*. Ed. Ariel, Madrid, 2005.

<sup>30</sup> Jonsen, A. y Jameton, A.: "Academic Bioethics", *op. cit.*

<sup>31</sup> Para un desarrollo de los métodos de toma de decisión en ética clínica véase Gracia, D.: *Procedimientos de decisión en Ética Clínica*. Eudema, Madrid, 1991.

## Una propuesta educativa de bioética para América Latina

Las preguntas principales como son ¿para qué educar en bioética?, ¿qué objetivos se pretenden cumplir?, ¿cómo debe hacerse?, y ¿cómo puede evaluarse el proceso?, tuvieron respuestas muy disímiles y aún hoy siguen teniéndola. A pesar de ello se realizaron intentos para construir consensos. Un buen ejemplo de ello es el trabajo publicado por un grupo importante de autores que desarrollaban programas o dirigían escuelas de Ética Médica o Bioética en Estados Unidos<sup>32</sup>. Con contadas excepciones, coincidieron en que el principal objetivo educativo era el de preparar a los médicos para resolver efectivamente los temas éticos en la práctica clínica. Así, los alumnos desarrollan las habilidades para reconocer temas éticos que emergen de la atención de la salud, identificar los valores y reconocer los conflictos, al tiempo que establecer un curso de acción éticamente justificable.

Y los más restrictivos, definieron estos objetivos como: “aumentar las habilidades de cuidado de los pacientes y de los familiares en las instituciones de salud por parte de los profesionales”, y establecieron explícitamente que el objetivo “no es el de moldear el carácter” o “mejorar la condición virtuosa de ellos”<sup>33</sup>. Otros autores han sido más amplios en el planteamiento de los objetivos educativos, incluyendo entre ellos, ayudar a los estudiantes a clarificar sus propias creencias éticas<sup>34</sup>.

De esto puede desprenderse que la orientación más extendida era la de entrenar en las habilidades para la toma de decisiones éticamente conflictivas, (generalmente con la aplicación de principios a casos previamente diseñados o seleccionados) y no la de modelar el carácter o las actitudes de los jóvenes profesionales y mucho menos la de tener una mirada crítica de estos conflictos que los condujera en otro sentido a modificar algunas situaciones. La mayoría dejó de lado la oportunidad de apelar a una educación basada en el cambio de actitudes, como la llamada educación mayéutica, tan cara a la enseñanza de la ética.

Algunas evaluaciones mostraron que para principios de los 90 a pesar de que casi todos los centros académicos de Estados Unidos habían desarrollado la enseñanza de la ética clínica, en mucho de ellos era opcional y sólo participaban aquellos estudiantes que ya tenían un interés previo en temas de ética<sup>35</sup>.

<sup>32</sup> Culver, C. H., Clouser et al.: *Op. cit.*

<sup>33</sup> McKneally, M. y Singer, P.: “Bioethics for Clinicians: 25. Teaching bioethics in the clinical setting”. *CNAJ*, 2001, 164 (8), 1163-1167.

<sup>34</sup> Pellegrino, E., Hart, R. et al.: “Relevance and utility of Courses in Medical Ethics”. *JAMA*, 1985, 253 (1), pp. 49-53.

<sup>35</sup> Forrow, L. y Arnold, R.: “Bioethics Education: Medicine”, *op. cit.*

## Una propuesta educativa de bioética para América Latina

Más grande fue la confusión y la heterogeneidad cuando se pretendió hacer algún aporte respecto a la educación de profesionales adultos, que pretendían ser parte de comités de ética, de comisiones o futuros docentes de jóvenes estudiantes. Así, la llamada “educación de adultos”, en este caso en bioética, ha sido poco atendida en la bibliografía en general.

Por otro lado, en algunas instituciones y academias europeas se ha seguido un modelo de bioética fundado en los derechos humanos, lo cual se ha visto reflejado en algunas de las normas producidas, entre otras por la UNESCO. Aunque este no ha sido originalmente el modelo más difundido, ha ido tomando prevalencia en los últimos años.

En América Latina, gran parte del desarrollo institucional y fundamentalmente el académico ha tomado acriticamente el modelo de principios como base para la estructura de los programas educativos. Las formas que el desarrollo institucional adquirió a pesar de ser en muchos casos “espontáneos”, se nutrieron fundamentalmente del “modelo académico” norteamericano. Del mismo modo, en muchos programas, se puede identificar una ausencia de definiciones de los objetivos educativos y de metodologías para llevarlos a cabo, particularmente en el campo que ocupa este trabajo como es la educación de adultos en bioética.

Felizmente, en los últimos años y de la mano de la expansión de la Bioética se han comenzado a generar propuestas que se ocupan prioritariamente del problema de los recursos en salud, de la justicia sanitaria y de los derechos humanos en el tercer mundo, proponiendo una ampliación del campo de estudio de la disciplina y en algunos casos una nueva visión<sup>36</sup> que desde ya se ve reflejada en los contenidos y en las metodologías propuestas en las Instituciones y los centros académicos donde están viendo la luz<sup>37</sup>.

<sup>36</sup> Entre los autores de la región véase Garrafa, V.: “Bioética, Saúde e Cidadania”, *op. cit.*, y Tealdi, J. C.: “Bioética de los Derechos Humanos”, en Tealdi, J. C. (dir.), *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. UNESCO-Redbioética, Unibiblos, Colombia, 2008, pp. 177-180; también Pessini, L. y Barchifontein, C. P.: “Bioética: Do Princípio à Busca de uma perspectiva Latino Americana”, en *Inicição à Bioética*. Conselho Federal de Medicina, 1998, pp. 81-98; y Junges, J. R.: “Bioética como casuística e como hermenêutica”. *Revista Brasileira de Bioética*, 2005, 1, 1, pp. 28-44; y Schramm, F. R.: “Bioética da Proteção: ferramenta válida para os problemas morais na era da globalização”. *Revista Bioética*. Conselho Federal de Medicina, 2008, Brasília, 16 (1), pp. 11-23; y Shramm, F. R. y Kottow, M.: “Princípios Bioéticos em saúde pública: limitaciones y propuestas”. *Cuadernos de Saúde Pública*, 2001, 17 (4), pp. 949-956, entre otros.

<sup>37</sup> Puede verse como ejemplo la enorme producción de proyectos generada en el Programa de Educación Permanente en Bioética, de la Redbioética UNESCO como se verá al final de este trabajo. También la producción de trabajos en la maestría y doctorado de Bioética de la Universidad de Brasilia, desde la perspectiva de Bioética de Intervención.

## Una propuesta educativa de bioética para América Latina

### La educación de adultos en Bioética: de la academia a los servicios

En el apartado siguiente se realiza una introducción a distintos modelos de educación de adultos que han sido planteados en las últimas décadas, no específicamente para la educación en Bioética, sino para la capacitación del personal de salud en distintos temas.

Debido a que no resulta sencillo adecuar estrategias educativas elaboradas para jóvenes de 20 años a profesionales de la salud que suelen tener más de 40, y que fundamentalmente tienen una situación personal, profesional, social e institucional diferente y por tanto una percepción del mundo distinta, es necesario avanzar en el desarrollo de modelos educativos que se ocupen de los adultos, en este caso de la educación de adultos en bioética.

Uno de los más importantes aportes en este sentido ha sido dado por la llamada educación permanente.

### Educación Permanente (EP): antecedentes

La educación permanente (EP) es una propuesta educativa que vio la luz ya a principios del siglo XX en Gran Bretaña (el término se empleó por primera vez en 1919)<sup>38</sup>. En ella se consideró que el proceso de enseñanza aprendizaje del individuo no tiene un principio y un fin (relacionado con la edad temprana y la juventud) sino que es un camino que dura toda la vida (el individuo participa de un proceso de aprendizaje a lo largo de toda su existencia), y por tanto, los procesos educativos deben contar con un desarrollo constante, sin punto de finalización y articulados con las prácticas y la realidad del propio sujeto.

Después de los años 60 la idea de EP fue redefinida en sus fundamentos y objetivos. En 1966 la UNESCO consideró a la EP como área prioritaria para los años futuros y poco después, en la III Conferencia de Educación de Adultos de 1972 se la consideró como “*el marco de ubicación y determinación de la educación de adultos en general*” y se constituyó en núcleo principal del debate pedagógico.

<sup>38</sup> Campos, A. S.: *Educación Permanente en Salud. Aportes Conceptuales y metodológicos para su programación a nivel local*. Publicación PASCAP, 21, OPS/OMS, 1989.

## Una propuesta educativa de bioética para América Latina

Al decir de Campos “el concepto de EP se tradujo en una forma de respuesta a las crisis del neocapitalismo de los países desarrollados”<sup>39</sup>, referido fundamentalmente a la expansión científico tecnológica y al ritmo de crecimiento vertiginoso de los conocimientos, que hacía necesaria una permanente “actualización” de los saberes y una estructura y metodología para abordar la enseñanza de adultos.

Estos cambios permanentes (que no son sólo del campo tecnológico, sino que también implican un impacto económico social, político, cultural, etc.) requieren sujetos con mayor capacidad de adaptación, tolerantes, flexibles a las transformaciones y a las diferencias, pero comprometidos con la realidad y capaces de participar de los procesos de transformación de una manera reflexiva y crítica.

Dentro de la EP se incluyen distintas corrientes educativas<sup>40</sup>: la pedagogía del diagnóstico, la educación a comunidades, la pedagogía de la problematización, las pedagogías participativas, las distintas corrientes contemporáneas de educación de adultos, etc.

El modelo de la problematización, se incluye dentro de la EP, aunque tiene un origen mucho más antiguo, que puede encontrarse en la mayéutica socrática que le aporta su base de fundamentación<sup>41</sup>. El llamado “enfoque socrático”, que aspira al cambio de actitudes a partir del proceso educativo se diferencia claramente del llamado “enfoque pedagógico” basado en las formas educativas “tradicionales”<sup>42</sup>.

En América Latina, el modelo de la problematización, tuvo un importante desarrollo a través del programa de educación de adultos impulsado por Paulo Freire<sup>43</sup> en las campañas de alfabetización masiva en Brasil. En esta propuesta la educación se entiende como “herramienta” para la construcción de un sujeto crítico de transformación social, recuperando los valores de la propia cultura, como elementos problematizadores de la realidad, a partir de los cuales se construye el programa educativo. El aprendizaje así, es factor de cambio de las actitudes y las propias prácticas.

<sup>39</sup> Campos, A.: *Op. cit.*

<sup>40</sup> Davini, M. C.: *Bases Metodológicas para la Educación permanente del personal de Salud*. Publicación, núm. 19, OPS/OMS, 1989, p. 12.

<sup>41</sup> Davini, M. C.: *Op. cit.*

<sup>42</sup> Gracia, D.: *Hacia un enfoque socrático de la enseñanza de la Bioética*. En *Fundamentación y enseñanza de la Bioética*. Estudios de Bioética 1. Ed. El Búho, Colombia, 1998, pp. 185-194.

<sup>43</sup> Freire, P.: *Pedagogía del oprimido*. Siglo XXI Editores, Bs As 1972; y Freire, P.: *Pedagogía de la esperanza*. Siglo XXI Editores, 5.ª ed., 2002.

## Una propuesta educativa de bioética para América Latina

### La educación en las Instituciones de salud

En el campo de la salud dentro de las Instituciones asistenciales, por otro lado, la idea de educación se incorpora a las escuelas de la administración de los servicios, habiendo estado precedida por los llamados “modelos de adiestramiento”, que trajo el taylorismo y el resto de las escuelas positivistas<sup>44, 45</sup>.

Cada corriente dentro de la administración de los servicios de salud, promovida desde las escuelas de salud pública, se acompañó de un modelo educativo que obraba de “soporte” para el desarrollo de su estructura, particularmente a partir de las escuelas de la Teoría de la Organización y la Teoría General de Sistemas. Sin embargo los procesos de educación del personal de salud, además de responder a modelos pedagógicos verticales y unidireccionales, contaban con planes dirigidos en general solo al personal médico y se caracterizaron por estar desligados del marco sociopolítico y fuera del contexto real en que tiene lugar el proceso salud enfermedad<sup>46</sup>.

Con las Escuelas de la administración estratégica, a partir de los años 70 se introducen nuevos conceptos provenientes del campo educativo en general y de la educación para adultos en particular que se encontraba en pleno desarrollo, como se mencionó antes. Pero es a partir de los años 80 que se produce una verdadera promoción de la llamada “educación permanente en salud” (EPS) con la creación del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), desde donde diversos autores aportaron a la construcción del marco teórico para un modelo pedagógico que se emplearía en la educación del personal de los servicios de salud.

La propuesta surgió a partir del diagnóstico situacional realizado por la OPS que puso de manifiesto diversos problemas como: escasa definición de objetivos del proceso educativo en el ámbito de salud, actividades que respondían a momentos coyunturales, intereses individuales o a circunstancias “políticas”, y en definitiva, un escaso desarrollo de la llamada “educación continua” (que ya había sido propuesta por las facultades de medicina, pero orientada a la formación disciplinaria).

<sup>44</sup> Róvere, M.: “Gestión de la educación permanente: Una relectura desde una perspectiva estratégica”. *Educación Médica y Salud*, 1993 (OPS), 27 (4), pp. 489-515.

<sup>45</sup> Para ampliar sobre las escuelas de administración puede verse Kliksberg, B.: *El Pensamiento Organizativo. Del Taylorismo a la Teoría de la organización*. Paidós, Bs. As, 1985.

<sup>46</sup> Guerra de Macedo, C.: “Política de Recursos Humanos en Salud”. *Educ. Med. Salud.*, 1986, vol. 20, núm. 4, pp. 415-422.

## Una propuesta educativa de bioética para América Latina

El planteo incorporó a su cuerpo teórico “*concepciones derivadas de los procesos políticos y técnicos que caracterizan el desarrollo de los servicios de salud en contextos marcados por la crisis económica, los conflictos sociales y políticos y las demandas de amplios sectores de la población por el derecho a la salud y el bienestar*”<sup>47</sup>.

El ámbito propio del trabajo se transformaba en el escenario natural donde debe desarrollarse el proceso educativo inserto en la propia realidad, en los problemas reales y cotidianos del individuo, quien a través de la situación educativa, puede convertirse en agente de transformación de su propia práctica y de la comunidad en la que la desarrolla.

Básicamente la propuesta intentó adecuar los modelos educativos para poder dar respuestas a la meta social planteada en 1977 por los países miembros de OMS “Salud para Todos en el Año 2000” (SPT/2000) que proponía una modificación sustancial de los servicios y las instituciones, a partir de sus recursos humanos y una serie de estrategias en la organización de los servicios de salud<sup>48</sup>, como la atención primaria de la salud (APS)<sup>49</sup>.

Una de las líneas de desarrollo más importante fue justamente la de capacitación del personal que participaría de distintas formas y con diversos grados de responsabilidad en la aplicación de estas estrategias<sup>50</sup>. Se intentaba analizar la problemática sanitaria a partir de la propia realidad política, socio económica y cultural, con participación de la comunidad en la construcción de los problemas de salud y en el diseño de acciones tendientes a resolverlos. Se alejaba de un modelo biologista y determinista de la causalidad de la enfermedad e introducía una interpretación multifactorial, construida interdisciplinariamente, desde una perspectiva social y epidemiológica.

El nuevo modelo también preveía una reestructuración de los propios servicios y de los modelos de toma de decisión dentro de las Instituciones, demo-

<sup>47</sup> Organización Panamericana de la Salud: *Educación Permanente del Personal de Salud en la Región de las Américas. Fascículo 2. El contexto de los Procesos Capacitantes*. Washington, DC: OPS, 1988, serie Desarrollo de Recursos Humanos, 79, p. 8.

<sup>48</sup> Moreno, E.: *Estrategias de transformación de los Sistemas de Servicios de Salud. Documento preparado para el taller regional sobre Evaluación de Servicios de Salud Materno Infantil*. OPS/OMS, Caraballeda, Venezuela, 1987.

<sup>49</sup> *Estrategia propuesta en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la salud en Alma Ata*, 1978, para alcanzar la meta SPT/2000. Disponible en: [http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm).

<sup>50</sup> Haddad, J. y De Canales, F. H.: “Capacitación de personal para la meta SPT/2000 y la estrategia de Atención Primaria: Una propuesta metodológica”. *Educación Médica y Salud*, vol. 17, núm. 1, 1983, pp. 69-85.



## Una propuesta educativa de bioética para América Latina

cratizando la toma de decisión y creando equipos interdisciplinarios que emplearan la capacitación como estrategia para la transformación.

El proceso de capacitación debe ser permanente, en el ámbito de los servicios y relacionado con la problemática real de la institución y la comunidad. Debe apuntar a la creación de una conciencia crítica de los agentes de salud para con sus propias prácticas y abrir canales de comunicación con la sociedad a la que se prestan las acciones de salud, *“el trabajo de educación permanente se articula con y dentro de las comunidades”*<sup>51</sup>.

Este enfoque estratégico que propuso a la EP como herramienta para la transformación aportó conceptualizaciones de enorme valor en el análisis de un proceso educativo de cambio, como el concepto de “poder”, “valor”, “saber”, “legitimidad”, etc., y fundamentalmente la visión de que existe un paradigma hegemónico que rige cada época y sociedad y del cual las propuestas educativas forman parte.

Ya no es una novedad que las distintas formas de organización del estado, de las instituciones sanitarias, de las universidades, etc., han desarrollado estrategias educativas, en general tendientes a apuntalar las estructuras de poder hegemónicas. Que, además, contienen un discurso acerca de la verdad, de lo correcto, de lo debido que es impuesto a través de estructuras de organización verticales y en general autoritarias.

A pesar de las metas planteadas hace más de 20 años por la OMS y aunque en América Latina los sistemas políticos han alcanzado cierta estabilidad, no parecen haberse producido cambios sustanciales en los sistemas de salud que apunten a modelos de mayor equidad. Lejos de ello, cada vez más se profundiza la brecha entre países centrales y periféricos y, dentro de los periféricos aumentan los sectores excluidos del reparto de los beneficios del desarrollo en general y de los servicios de salud, en particular<sup>52</sup>.

La proliferación de las escuelas de management para los agentes de salud son buena muestra de la misma tendencia. Quienes detentan poder instauran contenidos y modelos educativos tendientes a legitimar y perpetuar las estructuras de poder que los sostienen con una verdadera “liberalización del merca-

<sup>51</sup> Organización Panamericana de la Salud: “Educación Permanente del Personal de Salud en la Región de las Américas. Fascículo 1”, *op. cit.*, p. 23.

<sup>52</sup> Puede, a tal fin, consultarse los datos elaborados por el Informe sobre Desarrollo Humanos 2005. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD, Mundi Prensa, Madrid, 2005, y posteriores ediciones del mismo informe. También el informe 2009 de la CEPAL.

## Una propuesta educativa de bioética para América Latina

do de la educación”<sup>53</sup>. Buen ejemplo de ello es la influencia que la industria farmacéutica tiene en los programas de grado y posgrado en las carreras de medicina<sup>54</sup>.

A pesar de ello y que los años 90 fueron testigos de un fuerte retroceso de esta propuesta, la estrategia de EP ha abierto una brecha dentro de los servicios difícil de cerrar. El modelo ha replanteado las estructuras institucionales tanto a nivel macro como microinstitucional.

Mas adelante veremos cómo es justamente en esta brecha donde se pretende insertar el proyecto de Educación Permanente en Bioética (EPB) a pesar de que no se encuentre ligado a un proceso de transformación mayor.

Cuadro 1. Modelos educativos en el campo de la salud en América Latina			
Sistemas de organización de los servicios de salud	Modelos educativos	Educación de adultos	Bioética: Antecedentes (definición de contenidos) Ética médica Ética aplicada
Taylorismo Fordismo Faylorismo	Metodología de adiestramiento	↓	↓
Década de los 70		Educación de adultos (permanente)	Movimiento-autonomista Crisis económica Desarrollo tecnocientífico
Década de los 80 OMS OPS	Esc. de programación estratégica	↓ Ed. Popular Ed. de Posgrado	Modelo principalista
			Modalidad Académica Normativa Espontánea
↓ SPT/2000 ↓	Modelo problematizador Nueva concepción del sujeto	↓ Formación de sujetos críticos y reflexivos	↓ Bioética ↓
*APS *PLP ⇒ EPS *Descentralización 1981 Plan de acción		↓ a los servicios modelo espontáneo (pedagógico)	← De la academia modelo académico (tradicional)
Hacer sistemático lo espontáneo		Educación permanente en Bioética	

<sup>53</sup> Novoa, E. et al.: “Bioética, desarrollo humano y educación”. Bogotá, Universidad del Bosque. *Colección Bios y Ethics*, 26, 2007, pp. 1-14.

<sup>54</sup> Elliott, C.: “Pharma goes to the laundry: Public Relations and the business of medical education”. *Hastings Center Report*, 2004, 34 (5), 18-23.

## Una propuesta educativa de bioética para América Latina

### A manera de resumen

En el cuadro 1 se intentan resumir las tres líneas de desarrollo histórico que han sido vistas hasta aquí:

1. las formas que adoptó el desarrollo de la bioética institucional en América Latina, con las modalidades espontánea o normativa que fueron reflejo acrítico del modelo académico norteamericano con el paradigma principialista.
2. Los promisorios desarrollos de las escuelas de educación de adultos basados fundamentalmente en la educación permanente y dentro de ella en el modelo problematizador que encontró lugar en la Educación popular, pero también en los nuevos programas académicos de algunas Facultades de Medicina.
3. Las formas educativas adoptadas por los sistemas de administración de servicios de salud, que a partir de los años 80, de la mano de la meta SPT 2000 propuestas por OMS, sufrieron una profunda transformación incorporando la EP como estrategia.

Con esto resulta difícil comprender que la surgente bioética no se integrara dentro de los servicios de salud para la formación de los comités hospitalarios, a esta corriente de EP del personal de salud.

A pesar de la propuesta interdisciplinaria, participativa, pluralista y deliberativa que impulsaba la creación de los comités hospitalarios de Bioética que compartía diversos objetivos comunes con la educación permanente y con la transformación que tenía lugar en las Instituciones de salud, la bioética marchó por otro camino. Un camino trazado por el paradigma definido por la bioética de principios en las academias norteamericanas que se mantuvo alejado de la problemática ética de la vida y la salud relacionados con las prácticas sociales y las realidades contextuales, es decir, con sus principales determinantes. Paradigma que, de igual modo definió los objetivos, los métodos y los contenidos educativos a llevar adelante, no solo en los grupos espontáneos, sino también en los desarrollos académicos.

En lo que sigue veremos la forma en la que se pueden integrar estas tres líneas de desarrollo en una propuesta de EPB, es decir, la forma de pasar de la academia a los servicios, haciendo *sistemático* lo *espontáneo*.

## Una propuesta educativa de bioética para América Latina

### La educación permanente de adultos en Bioética. El modelo básico

El conocimiento del proceso de aprendizaje es indispensable para plantear una metodología de enseñanza y para poder adecuar esos modelos a los distintos objetivos que se planteen con las acciones educativas.

Han sido descriptos tres procesos de aprendizaje, muy diferentes entre sí<sup>55</sup>: *los conocimientos, las habilidades y las actitudes*. Esta distinción será de enorme interés para la educación de adultos en Bioética, la cual apunta a metas más complejas.

En el proceso de desarrollo psicológico y cognitivo fueron descriptas ya a mediados de siglo pasado por Jean Piaget, unas etapas que el sujeto atraviesa en su desarrollo cuyo conocimiento son de enorme valor para la comprensión del proceso de aprendizaje y por tanto de los modelos educativos.

Piaget explicó cómo el individuo atraviesa distintas fases con formas progresivamente complejas y abstractas de asimilación. Así describió tres etapas en el desarrollo cognitivo, que llamó **preconvencional, convencional y postconvencional**, durante las cuales se produce el proceso de desarrollo del pensamiento desde la infancia temprana hasta la adolescencia.

En las décadas de los 60 y 70, un discípulo de Piaget, propuso las llamadas etapas del desarrollo moral. Laurence Kohlberg estableció que la moralidad de los sujetos se iba constituyendo a lo largo de la vida según el sujeto madura biológica y humanamente y, de igual modo, describió unas etapas que tenían correlación con las propuestas por Piaget. *“Consideraba que el desarrollo moral es un proceso unitario, en el que ciertas variables internas predicen el comportamiento moral. La influencia situacional es, sin embargo, mayor en el nivel preconvencional que en los niveles superiores”*<sup>56</sup>. De igual modo aportó una conceptualización de la relación entre ideales morales y conducta moral a través de su definición de *competencia* para el juicio moral la que define como la capacidad de tomar decisiones y realizar juicios morales (basados en principios internos) y de ac-

<sup>55</sup> Gracia, D.: “La enseñanza de la Ética Médica”, en *Fundamentación y enseñanza de la Bioética*, op. cit., pp. 175-184.

<sup>56</sup> Marchessi, A.: “El desarrollo moral”, en Marchessi, A., Carretero, M. y Palacios, J.: *Psicología Evolutiva II. Desarrollo Cognitivo y Social del Niño*. Alianza Psicología, Madrid, 1995, p. 356.

## Una propuesta educativa de bioética para América Latina

tuar de acuerdo con tales juicios<sup>57</sup>. La noción de competencia ha tenido un gran desarrollo posteriormente en el campo de la educación.

El modelo de Kohlberg no ha estado falto de críticas que no podrán ser desarrolladas aquí. Una de las más consistentes marcaba un fuerte sesgo de la cultura occidental y una perspectiva “masculina” de las etapas descriptas en su propuesta<sup>58</sup> y otros, posteriormente trataron de superar algunas de estas críticas al tiempo que aportar estrategias de evaluación en general cuantitativas<sup>59</sup>. Sin embargo, la propuesta se ha mantenido como una referencia obligada al hablar del tema de educación en ética. Establece que el aprendizaje es un proceso del sujeto que comienza al nacer y dura toda la vida y que en él está comprometido también el desarrollo de la moralidad. Sin embargo, en este desarrollo la experiencia temprana del sujeto (en la primera infancia), determinaría las “actitudes”, (comportamiento, pauta de conducta o carácter). “Los hábitos de mayor penetrancia, los primeros que se adquieren en el proceso de formación del individuo, son los que constituyen lo que en la ética clásica se llama, el “carácter” de una persona, sus “actitudes ante el mundo y la vida”<sup>60</sup>. Estas actitudes primarias evolucionan y maduran a lo largo de la vida pero se conforman en etapas muy tempranas y constituyen el bagaje con el cual el individuo ya llega a la iniciación de sus procesos de educación. Se puede seguir trabajando sobre las actitudes fundamentalmente a través de las llamadas “actitudes secundarias”<sup>61</sup>, que se adquieren más tardíamente y pueden ser modificadas a través de intervenciones educativas. Este posicionamiento no ha estado libre de debates en el campo tanto de la educación como en el de la ética, a pesar de lo cual, ha sido tomado en su forma restrictiva por la mayor parte de las escuelas de enseñanza de la ética médica y de la Bioética<sup>62</sup>. Muchos de los autores, como ya fue visto, no se proponen como objetivo el cambio de actitudes de los alumnos, sino educar en las habilidades y en los conocimientos, bajo el supuesto de

<sup>57</sup> Lind, G.: “The meaning and measurement of moral judgment competence. A Dual-Aspect Model”, en Fasko, D. Jr. y Willis, W. (eds.), *Contemporary Philosophical and Psychological Perspectives on Moral Development and Education*. Cresskill, Hampton Press, 2008, pp. 185-220.

<sup>58</sup> Gilligan, C.: *Op. cit.*

<sup>59</sup> Lind, G.: “Growth and Regression in Cognitive-Moral Development”, en Harding, C. G. (ed.), *Moral Dilemmas. Philosophical and Psychological Issues in the Development of Moral Reasoning*, Precedent Publishing Inc, Chicago, 1985.

<sup>60</sup> Gracia, D.: *La enseñanza de la Ética Médica*, *op. cit.*, p. 176.

<sup>61</sup> Gracia, D.: *La enseñanza de la Ética Médica*, *op. cit.*, p. 177.

<sup>62</sup> Puede verse Gracia, D.: “Enseñanza posgraduada y formación continuada en ética clínica”. *Organización Médica Colegial*, 21, Madrid, 1992, 25, 28; y Gracia, D.: *La Bioética, una nueva disciplina académica*. JANO, 1987, 781, pp. 69-74.

## Una propuesta educativa de bioética para América Latina

que “el carácter moral básico de los estudiantes ya ha sido formado en el momento en que ellos entran a las Escuelas de Medicina”<sup>63</sup> y más aún, que gran parte de la ética profesional está más relacionada con la vocación que los jóvenes tienen ya al llegar a la universidad que con lo que se les pueda enseñar<sup>64</sup>. La referencia con la que aún hoy cuentan los *buenos médicos*, y los *médicos buenos* (esta dupla planteada por Marañón hace años entre conocimiento técnico y bondad moral en el arte).

Finalmente, muchos autores como los referentes de la EP y especialmente en la educación problematizadora consideran que a través de las intervenciones educativas es posible modificar el carácter, las actitudes, apuestan a la posibilidad de que “seamos mejores profesionales y personas, más auténticos, más libres, más prudentes, más racionales y razonables, más tolerantes, más sensibles y compasivos...” y sostienen que “una docencia de orientación mayéutica puede ser el mejor antídoto contra dos tentaciones: una, la de adoctrinar, manipular o imponer; otra, la de reducir la formación y educación a mera información e instrucción”<sup>65</sup>.

Este punto es central, porque, a diferencia de otras propuestas educativas, se considera más relevante establecer las metas de la educación en bioética, que detenerse en los contenidos o los métodos. Serán las metas las que permitan definir los contenidos y los métodos a utilizar para alcanzarlas.

Se ha hecho una excelente distinción entre adoctrinar y educar en ética como buenos ejemplos de metas diferentes<sup>66</sup>. Adela Cortina explica que el *adoctrinador* (“indoctrinador”) “pretende transmitir unos contenidos morales con el objetivo de que el estudiante<sup>67</sup> los incorpore y ya no desee estar abierto a otros contenidos posibles; pretende, en definitiva, darle ya las respuestas y evitar que siga pensando... esto es lo que se ha llamado **moral cerrada**”.

En el otro extremo, el *educador*, “se propone como meta que el (estudiante) piense moralmente por sí mismo cuando su desarrollo lo permita, que se abra a contenidos nuevos, y decida desde su autonomía qué quiere elegir. El educador pone así las bases de una **moral abierta**”.

<sup>63</sup> Culver, C. H. y Clouser, K. et al.: *Op. cit.*, p. 253.

<sup>64</sup> Gracia, D.: “Marañón y la Ética Médica”, en Gracia, D.: *Fundamentación y Enseñanza de la Bioética*, *op. cit.*, pp. 147-154.

<sup>65</sup> Grupo de trabajo sobre La Enseñanza de la Bioética: *La Educación en Bioética de los Profesionales Sanitarios en España: Una Propuesta de Organización*. Serie Documentos. Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, Madrid, 1999, pp. 1-49.

<sup>66</sup> Cortina, A.: *El quehacer ético. Guía para la educación moral*. Aula XXI. Santillana, Madrid, 1996, p. 71.

<sup>67</sup> Cortina se refiere a los niños, pero se ha considerado que el concepto es aplicable tanto a los jóvenes como a otras formas de educación, como la aquí propuesta.

## Una propuesta educativa de bioética para América Latina

Así, de los tres procesos antes descritos, conocimientos, habilidades y actitudes se desprenden sendos modelos pedagógicos<sup>68</sup>. Cada uno de los cuales, encierra unas hipótesis y unos supuestos fundamentales, logra unos efectos manifiestos y otros latentes sobre los sujetos y la realidad y, desde ya, propone estrategias de acción práctica y estilos de trabajo y de acción diversos. Estos son:

- **Pedagogía de la transmisión**, supone la transmisión acrítica de un conocimiento supuestamente neutral, por parte de una autoridad, el docente, que está legitimado para darlo a un alumno pasivo.
- **Pedagogía del adiestramiento**: Tiene su origen en las teorías psicológicas conductistas. El docente es un guía que enseña técnicas o prácticas de manera mecánica. No se estimula el desarrollo intelectual que permitiría al sujeto comprender su práctica, investigar sus fundamentos, interrelacionarlos entre sí e indagar sobre sus resultados y consecuencias, así como realizar análisis valorativos sobre estas consecuencias y sobre el contexto en el que las prácticas se desarrollan.

Como puede verse gran parte de la enseñanza de la bioética se imparte a través de estos dos modelos. La transmisión de los contenidos de los cuatro principios y la metodología de aplicación de los mismos a casos concretos.

- **Pedagogía de la problematización**, en este modelo la acción educativa puede entenderse de dos maneras<sup>69</sup>: en una de ellas el alumno posee todo “dentro de sí”, pero lo ignora y va a redescubrirlo en una situación mayéutica, o bien, no tiene ese saber dentro de sí, pero cuenta con la posibilidad de descubrir por sí mismo a través de la reflexión, la elaboración, y la indagación, el saber que desea adquirir.

El modelo no propone una transmisión de conocimientos, sino que se trata de una *“interacción de experiencias entre los sujetos, que hace entrar en juego tanto el nivel consciente de sus conocimientos como la afectividad y la psicología profunda”... “el fin último perseguido es una modificación profunda de las actitudes ligada a un enriquecimiento en los conocimientos”*<sup>70</sup>. Esta perspectiva es la que se ha descrito como heredera de la mayéutica socrática.

<sup>68</sup> Davini, M. C.: *Op. cit.*

<sup>69</sup> Davini, M. C.: *Op. cit.*

<sup>70</sup> Davini, M. C.: *Op. cit.*

## Una propuesta educativa de bioética para América Latina

Comienza siempre por la pregunta, por la indagación sobre la propia realidad, sus vivencias, sobre las prácticas del sujeto, contextualizándolas en su situación social, institucional y personal a partir de lo cual se construyen problemas.

La noción de problema no será desarrollada aquí, pero se la puede conceptualizar como *“una brecha entre una realidad o un aspecto de la realidad observada y un valor o deseo de cómo debe ser esa realidad para un determinado observador, sea individual o colectivo”*<sup>71</sup>.

Este análisis, este preguntarse, (también ha sido llamada *pedagogía de la pregunta*), es un acto que el sujeto debe realizar con otros, que compartan su problemática y su realidad, es un pensar colectivo y cooperativo, que solo puede realizarse de manera intersubjetiva en el marco de un proceso deliberativo, de un diálogo.

Preguntarse sobre lo que sucede y sus causas permite ampliar el campo de comprensión de los conflictos que se presentan especialmente cuando se trata de problemas éticos. Problematizar la realidad significa adoptar una actitud crítica frente a ella y hacer presente la necesidad de transformarla.

Este modelo educativo ha recibido numerosos cuestionamientos desde la antigüedad. Ya Aristófanes criticaba severamente a Sócrates *“cuyas preguntas subvierten la autoridad de la tradición, y que, además no reconoce ninguna autoridad sino la razón, llegando incluso a pedir que los dioses den cuenta razonada de sus preferencias y órdenes”*. Mientras acusa a la Academia del Pensamiento de Sócrates como una fuente de corrupción cívica<sup>72</sup>.

Aquellas críticas de la antigüedad siguen teniendo hoy la misma fuerza, en particular desde quienes no desean que ciertas creencias acepten ningún tipo de cuestionamiento. Pero si se piensa que vivimos en un mundo plural que tan bien Engelhardt ha llamado de *“extraños morales”*<sup>73</sup>, no parece haber grandes posibilidades de convivencia y de resolución pacífica de conflictos que no sea dialogando, argumentando y tratando de encontrar juicios razonables y racionales para aquello que se intenta sostener y defender.

Nos dice Nussbaum que las críticas al modelo socrático tienen gran actualidad y se hacen presentes cuando por ejemplo *“al ver que los jóvenes surgen de modernas ‘academias del pensamiento’ cuestionando profusamente el pensamien-*

<sup>71</sup> Róvere, M.: *Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud. Serie Desarrollo de Recursos Humanos*, núm. 96, OPS, 1993, pp. 79-90.

<sup>72</sup> Nussbaum, M.: *El cultivo de la humanidad. Una defensa clásica de la reforma en la educación liberal*, Paidós, Barcelona, 2005, pp. 35-74.

<sup>73</sup> Engelhardt, T.: *Los fundamentos de la Bioética*, Paidós, Buenos Aires, 1995.



## Una propuesta educativa de bioética para América Latina

*to tradicional (...), los segmentos sociales más conservadores, de todo tipo, han sugerido que estas universidades son hogares para el pensamiento corrupto de una élite radical, cuyo fin último es la alteración del tejido social”.*

Ello goza de una enorme vigencia para América Latina, donde el pensamiento tradicional hegemónico tiene gran influencia no solo en la educación, sino también en ámbitos políticos y religiosos y por ende en el campo de la bioética.

De este modo, si hemos de admitir que es válido y enriquecedor poner en cuestionamiento los saberes tradicionales para poder darles una justificación razonable, se hace necesario medir el temple de aquellas afirmaciones que incluyen valoraciones, por ejemplo sobre las mujeres, la sexualidad, la raza, la justicia social, y sobre otros valores que parecen estar en la base del orden social. Y es este ejercicio el que conduce a los individuos a pensar por sí mismos, y a encontrar razones dentro de sí que sustenten sus pensamientos y creencias.

En el campo de la educación el modelo no solo apunta entonces a una metodología de la pregunta sobre los problemas identificados, sino que además ha de problematizar las metas y el contenido del proceso de enseñanza aprendizaje, lo cual aplicado a la enseñanza de la bioética significa formularse como primera pregunta, qué se persigue con la enseñanza y cómo hemos de lograr ese objetivo.

Además de la enseñanza de la bioética, el modelo aporta al mismo tiempo un procedimiento, tanto para la construcción de problemas éticos a partir de situaciones complejas, como para llevar a cabo el proceso deliberativo de grupos que asesoran sobre su resolución, como son los Comités Hospitalarios de Bioética, porque no será posible interrogarse y responderse sino a través de un proceso dialógico que cuente con ciertas reglas de respeto y tolerancia<sup>74</sup>.

### La definición de metas

El modelo propuesto a través de la educación permanente parte de la afirmación que el sujeto no es “un papel en blanco” que debe ser impreso<sup>75</sup>, lejos de

<sup>74</sup> Brussino, S.: “Bioética, deliberación y juicio razonable”, en Luis G. Blanco (comp.), *Bioética y Bioderecho. Cuestiones actuales*, Ed. Universidad, Buenos Aires, 2002, pp. 21-47.

<sup>75</sup> Organización Panamericana de la Salud: *Educación Permanente del Personal de Salud en la Región de las Américas*, Fascículo 1, op. cit., p. 24.

## Una propuesta educativa de bioética para América Latina

ello, la experiencia vivida (sus esquemas de asimilación y acomodación), sus valores, sus prácticas, su cultura y su historia lo constituyen, y por tanto son elementos que deben ser considerados en el proceso de enseñanza aprendizaje, proceso que se extiende a lo largo de la vida y que se mantienen en la madurez. Situándose en la educación de adultos esta visión es de suma importancia porque no solo se pretende aportar unos conocimientos sino que se aspira a cambiar a los propios sujetos y sus prácticas, es decir sus actitudes.

Los modelos educativos conllevan una determinada visión del mundo y por tanto también promueven una actitud hacia la realidad que lo constituye, lo que viene a desbaratar la supuesta idea de “neutralidad” que suele otorgárseles. Debe en este sentido quedar claro que *“esta visión del mundo está hablando de una determinada postura ideológica y contiene en su propia esencia valores que orientan la acción hacia un determinado proyecto histórico”*<sup>76</sup>. Cuando educamos, estamos pensando en un determinado sujeto y en una sociedad como resultado de ese proceso.

Cada modelo educativo, entonces orienta hacia proyectos históricos determinados, aunque no lo ponga de manifiesto.

Así, este nuevo modelo de educación de adultos en bioética, intenta desarrollar procesos educativos tendientes a una moral abierta, es decir fomentar el espíritu creativo de los sujetos, su imaginación, su reflexividad, su autonomía, su capacidad crítica y transformadora, su espíritu cooperativo, la ampliación del sentido de responsabilidad y solidaridad, etc., las que han sido llamadas capacidades humanas<sup>77</sup>.

La educación en Bioética, (como la educación en ética) se inserta en la idea de construcción de ciudadanía y no puede pensarse sino dentro de la estructura social, económica, política y cultural particular en la que se propone. Es decir que el punto de partida no es nunca un individuo cualquiera, sino que *“este individuo, en este grupo social, en esta época y en este lugar”*<sup>78</sup>.

Esta responsabilidad sobre la educación de *ciudadanos del mundo*, que tan bien Nussbaum ha llamado “cultivar la humanidad en el mundo actual” requiere de alguna habilidades, “la primera es la habilidad para un examen crí-

<sup>76</sup> Almeida Souza, A. M., Galvao, E. A., Dos Santos, I. y Roschke, M. A.: *El Proceso Educativo. Educación Permanente del Personal de Salud en la Región de las Américas. Fascículo IV*. Washington, DC: OPS, 1988, serie Desarrollo de Recursos Humanos, núm. 81, p. 35.

<sup>77</sup> Nussbaum, M. C.: *Las mujeres y el desarrollo humano*. Editorial Herder, S. A., Barcelona, 2002, 414 pp.

<sup>78</sup> Cortina, A.: *El quehacer ético*, op. cit.

## Una propuesta educativa de bioética para América Latina

tico de uno mismo y de las propias tradiciones que nos permita experimentar lo que, siguiendo a Sócrates, podríamos llamar ‘vida examinada’ (una vida que cuestiona todas las creencias y solo acepta aquellas que sobreviven a lo que la razón exige en cuanto a coherencia y justificación. La segunda es la capacidad de verse a si mismos (...) como seres humanos vinculados a los demás seres humanos, por lazos de reconocimiento y mutua preocupación. La tercera destreza que debe poseer el ciudadano, estrechamente ligadas con las dos anteriores se puede llamar la ‘imaginación narrativa’. Esto es la capacidad de pensar cómo sería estar en el lugar de otra persona y comprender las emociones, deseos y anhelos que alguien así pudiera experimentar (...) entender el mundo desde el punto de vista del otro es esencial para cualquier juicio razonable”<sup>79</sup>. Estos objetivos han tomado un profundo interés en algunos autores preocupados por la enseñanza de la ética particularmente a estudiantes de medicina<sup>80</sup>.

Sin lugar a dudas lo antes expuesto debe ser incluido en los objetivos de la educación en (bio)ética, ya que muchos de los que serán parte del proceso de enseñanza-aprendizaje en los programas de educación de adultos, posteriormente desarrollarán actividades como educadores, o miembros de comisiones o comités de bioética y por tanto desarrollarán la tarea consultiva, asesorando a otros a tomar mejores decisiones que involucran valores.

Al definir los objetivos y metas de la educación de adultos en bioética, en esta propuesta, se toma distancia de las recomendaciones antes mencionadas que ponen como objetivo educativo el desarrollo de habilidades tendientes a la resolución de casos clínicos específicos, alejándose de la problemática ética global del hombre y su contexto. La discusión de casos debería enrolarse en una propuesta general de formación, contextualizada, si no quiere llevar a los sujetos a la identificación de problemas éticos aislados, desconociendo la realidad en la que se generan.

No es posible comprender la problemática ética de “un caso” si no se adentra en el análisis y la comprensión del contexto cultural y social de quien protagoniza ese conflicto ético y de quienes están tratando de aconsejar en ese sentido. Se requiere interrogarse, reflexionar críticamente desde una moral

<sup>79</sup> Nussbaum, M.: *El cultivo de la humanidad*, pp. 28-34.

<sup>80</sup> Solbakk, J. H.: “Catharsis and Moral Therapy I: A Platonic account”, *Journal of Medicine Healthcare and Philosophy*, 2006, 9, 1, 57-67; y Solbakk, J. H.: “Catharsis and Moral Therapy II: An Aristotelian account”, *Journal of Medicine Healthcare and Philosophy*, 2006, 9 (2), pp. 141-153.

## Una propuesta educativa de bioética para América Latina

abierta y ponerse en el lugar del otro para construir una narrativa que permita identificar los valores que están en juego y los actores que los representan. La indagación crítica es un valioso medio para lograrlo a través de la pregunta y de la construcción de problemas.

### Los momentos de la educación problematizadora

La aplicación práctica del modelo en el diseño de un programa educativo prevé unos momentos (o etapas), a través de los cuales se desarrolla el proceso educativo.

Comienza por lo que se ha llamado un *diagnóstico de situación*, distinguiendo los problemas emergentes, entre problemas subjetivos y objetivos y realizando una priorización entre ellos. El momento subjetivo es aquel que define el individuo desde una perspectiva individual y se hace objetivo en la reflexión e interacción conjunta del grupo, contextualizando y construyendo el problema de forma participativa y dialógica.

El diagnóstico de problemas debería ser la primera etapa en las construcción de un programa educativo, se lleva a cabo con otros que comparten una realidad semejante y especialmente con aquellos que formarán parte del proceso de enseñanza aprendizaje. Se responde a la pregunta ¿cuáles son los problemas éticos que tenemos? (en un servicio de salud, en una comunidad, en un contexto determinado o en un caso particular).

Una vez establecidos los problemas se llega a lo que se llama el *momento teórico práctico*, se buscan materiales o fuentes de información que permitan ampliar y comprender el problema en el camino hacia las propuestas de soluciones. Este material debe ser organizado y jerarquizado según su grado de importancia y su utilidad para la conceptualización de los problemas detectados.

Esto es lo que se ha llamado *la teorización del problema*, en la que el docente cumple un rol de guía interrogando, pero quien descubre las respuestas es el propio alumno en el interactuar con los otros, en el diálogo, la deliberación y la participación, buscando vías de resolución del problema y formas de aplicación de las mismas en la realidad concreta.

Se diseñan *hipótesis de solución* a los problemas detectados, a través de la reflexión teórica, y se contrastan esas hipótesis con el problema original, para comprobar su adecuación a él.

## Una propuesta educativa de bioética para América Latina

El camino termina en una *propuesta práctica* de resolución del problema a través de una acción educativa, que deberá contar con un desarrollo metódico y que apuesta a la transformación de determinadas prácticas o actitudes.

### Los contenidos de la EP en Bioética

El segundo paso de importancia es definir los contenidos de los programas educativos.

Los contenidos deberían ser planteados al comienzo de la programación a través de un diagnóstico de situación en cada realidad concreta, incluyendo progresivamente contenidos generales de introducción sobre Bioética fundamental y Bioética clínica y social y de la investigación necesarios para ampliar el campo de conocimientos e introducirse en la deliberación sobre cuestiones prácticas.

Se deberían incluir los saberes que permitan comprender los problemas detectados (luego de su teorización), y aportar a la resolución de los mismos, considerando de igual modo los conocimientos necesarios para dar razones sobre las recomendaciones que se han de llevar a cabo. Pero fundamentalmente se debe enseñar a los alumnos a acceder e identificar fuentes de búsqueda a cualificar el material encontrado.

En este sentido sostiene Davini: *“más que determinar en forma abstracta contenidos en función de disciplinas o perfiles es importante definir cuales son los conocimientos, (teóricos o tecnológicos), necesarios para la transformación de las prácticas y las actitudes, y las relaciones que guardan entre sí, configurando un sistema de pensamiento y de acción”*<sup>81</sup>.

### Programa de educación permanente en Bioética-Redbioética UNESCO

Hasta aquí ha sido desarrollada una breve historia de las formas que adoptó la enseñanza de la Bioética, primero en Estados Unidos y luego en América Latina.

<sup>81</sup> Davini, M. C.: *Exploración de la Demanda de Educación Permanente en Salud. Módulo III. Serie Educación Permanente en Salud*, 1989, OPS/OMS, pp. 18-29.

## Una propuesta educativa de bioética para América Latina

También se mostró que en la región existió una fractura entre las estrategias educativas desarrolladas en los servicios de salud, las escuelas de educación de adultos, y la educación en Bioética.

Las estructuras creadas espontáneamente en los hospitales, en las universidades y en ocasiones también por parte de los gobiernos tomaron en su mayoría el modelo llamado *académico*. Y, finalmente, los programas educativos, cuyos contenidos estuvieron fuertemente influenciados por los principios propuestos por Beaucham y Childress, no incluyeron los problemas éticos de la vida y la salud prioritarios en la realidad latinoamericana y su estrecha vinculación con los derechos humanos.

De este modo la propuesta que se realiza aquí es un intento de confluencia entre estos campos aportando una metodología educativa que los integre.

El Programa de Educación Permanente en Bioética (PEPB) es una iniciativa joven que se corporiza a partir de una sentida necesidad de desarrollar acciones educativas en Bioética en la región, y de cristalizar los objetivos establecidos por la Redbioética UNESCO creada en el año 2003<sup>82</sup>.

Comienza el desarrollo de sus acciones a finales del año 2005 y su objetivo principal es llevar a cabo una tarea educativa tendiente a promover una reflexión plural, interdisciplinaria y crítica sobre los problemas éticos que emergen en el campo de la vida y la salud humana en la región.

La iniciativa educativa busca promover un diálogo pluralista e interdisciplinario, desde una bioética capaz de identificar y reflexionar sobre los problemas éticos del campo de la vida y la salud teniendo en cuenta sus complejidades, sus alcances, sus especificidades contextuales y su dimensión universal, así como sus determinantes sociales y los derechos de los individuos involucrados.

La EPB es el medio más adecuado para identificar los problemas éticos prioritarios y los campos de estudio y debate, promoviendo conocimientos y habilidades y, particularmente, generando actitudes de indagación, diálogo y reflexión, así como respeto por las diferencias y la pluralidad de ideas y de moralidades. Actitudes que promuevan intervenciones transformadoras y vías de exigibilidad de los DDHH.

De este modo el objetivo general del PEPB es el de educar desde el modelo problematizador a profesionales de distintos campos con los contenidos

<sup>82</sup> Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética UNESCO, Redbioética UNESCO. Véase [www.red-bioeticaunesco.org](http://www.red-bioeticaunesco.org).

## Una propuesta educativa de bioética para América Latina

básicos necesarios para llevar adelante tareas educativas, consultivas y normativas en bioética, teniendo como marco de referencia una concepción universal de la justicia y los derechos humanos y atendiendo particularmente los valores históricos, sociales y culturales de la región que sin duda atraviesan todos los problemas éticos de la vida y la salud.

Se intenta además:

- Promover debates participativos y plurales en la región sobre los conflictos éticos que emergen del campo de la vida y la salud humana y la investigación biomédica
- Fortalecer las instituciones nacionales, regionales y locales interesadas en la bioética.
- Establecer modelos normativos comunes entre regiones y países.
- Estimular la educación y capacitación a todos los niveles de la Bioética
- Motivar y estimular la producción bibliográfica en la región.

Se aporta así a la definición de un lineamiento para la educación en bioética, en el escenario histórico y cultural de la realidad regional. Ello apunta a una ampliación del campo objeto de estudio de la disciplina bioética, más bien que a una nueva versión de la misma, (como se ha interpretado equívocamente).

De este modo, el Programa propone un modelo de EPB a través de la modalidad virtual a distancia con unos contenidos básicos que sintetizan los problemas éticos que emergen de la vida y la atención de la salud humana en la región.

Pero el punto central de la propuesta está en los foros de debate en donde se desarrolla la modalidad problematizadora. Allí los tutores plantean preguntas a un grupo de 30 a 40 alumnos (en cada aula) de todos los países de la Región que realizan una tarea deliberativa de intercambio, indagación crítica y reflexión sobre el tema planteado.

Se cuenta además con un espacio de chat por mes, para hacer una interacción en tiempo real, bajo la coordinación del tutor. Se dispone además de videos que tratan de esclarecer las posiciones de los autores y con una biblioteca de material complementario así como numerosas bases de datos, revistas para consulta y buscadores en internet.

La forma en la que la propuesta educativa ha sido organizada posibilita que muchas personas de América Latina y del Caribe accedan a una oferta

## Una propuesta educativa de bioética para América Latina

educativa de alto nivel académico, promoviendo la difusión de trabajos, la promoción de autores latinoamericanos y el intercambio entre quienes ya están trabajando en la materia en distintos centros.

Actualmente se están desarrollando dos cursos que en 2010 inician su quinta cohorte: Curso de Introducción a la ética de la investigación y Curso de Introducción a la Bioética Clínica y Social.

La UNESCO ha respaldado las becas que hicieron posible la participación de profesionales de todos los países de la región, particularmente los menos favorecidos y con menos recursos.

Los egresados de cada uno de los cursos, luego son convocados a un foro de ex alumnos para mantener espacios de debate e intercambio, el que en este momento cuenta con unos 700 participantes en dos aulas temáticas. Todos los alumnos finalizan sus cursos a través de la elaboración de proyectos finales de aplicación que son requisito de los cursos y que en muchos casos se han convertido en genuinas acciones de intervención práctica. Ellos están orientados a propuestas educativas de desarrollo institucional (comités o comisiones) o de asesoramiento en el ámbito gubernamental.

Tres puntos han sido considerados de gran importancia en la evaluación de impacto de la capacitación: en primer lugar, el porcentaje de abandono, en segundo lugar el grado de satisfacción expresada por alumnos y tutores y en tercero, el porcentaje de desarrollo efectivo de los proyectos.

Los porcentajes de abandono se han mantenido por debajo de los estándares esperados para capacitación a distancia, lo que es un buen dato de los logros alcanzados. Lamentablemente en su gran mayoría pertenecen a alumnos becados (véase la tabla 1).

Sobre el porcentaje de desarrollo efectivo de los proyectos se está realizando una revisión a través de una encuesta a exalumnos para establecer la cantidad de proyectos aplicados, los temas prevalentes y las razones de su no implementación.

Algunos datos cuantitativos que muestran la progresión en estos años pueden verse en las tablas y gráficos del Anexo.

Se cuenta en este momento con un total de 755 alumnos de 22 países que participan de algún modo en el Programa ya sea cursando o en los foros de exalumnos, sin contar los que ingresarán en 2010. La distribución es la siguiente: 464 en foros (foros de exalumnos) y 291 cursando (en seis aulas virtuales, cada una con un tutor).



## Una propuesta educativa de bioética para América Latina

Los alumnos han elaborado hasta el momento 329 proyectos finales de aplicación, sin contar los entregados al finalizar la cohorte 2009, que están siendo evaluados (véase la tabla 1).

Respecto a la participación de los alumnos por país pueden verse los gráficos 1 y 2 de distribución de alumnos por país (cohortes 2008 y 2009).

La predominancia ha sido siempre de los países más desarrollados de la región, lo que se relaciona no sólo con el acceso a la información por Internet, que es el medio principal de difusión del programa, sino a la mayor difusión institucional del mismo, como sucede en Argentina y en Uruguay. Sin embargo la distribución de becas ha tenido siempre un piso básico igual para todos los países, lo que asegura un acceso equitativo para los países con menores posibilidades de la región.

Las becas se distribuyen de manera igualitaria a todos los países, y solo en el caso que no sea cubierto el cupo (como sucede con países de bajos ingresos como los del Caribe) se redistribuyen entre los que tienen mayor número de postulantes.

La asignación de becas también incluye una adecuada distribución por región dentro de cada país.

Respecto a la participación por profesiones (tabla 2) la proporción de médicos ha caído en el último año (2009) con un porcentaje de 43%, en beneficio de más enfermeras, abogados y bioquímicos, también con el ingreso de otras profesiones que no habían tenido casi participación antes, como veterinaria, licenciado en educación, licenciado en ciencias políticas y en recursos humanos.

Respecto a la distribución de alumnos por género puede verse que su distribución es equitativa (gráfico 3).

La mayoría de los alumnos son mayores de 40 años y especialmente más de 50 años (gráfico 4).

Finalmente, respecto al “cumplimiento de objetivos educativos” (gráfico 5) el 99% de las respuestas en las encuestas fue entre muy adecuado y adecuado, (90% muy adecuado, 9% adecuado y 1% regularmente adecuado).

### A manera de conclusión: Final y principio

Desde la perspectiva que ha sido desarrollada aquí, la educación permanente en bioética tiene por objetivo fundamental lograr que los sujetos participantes del

## Una propuesta educativa de bioética para América Latina

proceso enseñanza aprendizaje adquieran una actitud reflexiva y crítica sobre sus prácticas y las de la sociedad en la que viven, que sean capaces de identificar problemas éticos en la vida y la salud humana dentro de sus sociedades aportando caminos para su resolución, a través de un proceso de diálogo, plural y democrático, argumentando y dando razones que den legitimidad a su recomendación. De este modo, que sean no solo más responsables de sí mismos y de su entorno, sino también más libres, más tolerantes y más prudentes.

Algunas de las **sombras** que empañaron el desarrollo de este proceso han sido distintos tipos de dificultades para:

- Poder aportar asesoramiento en el seguimiento de los proyectos y brindar apoyo a los ex alumnos en nuevos emprendimientos que inician.
- Poder evaluar el impacto real de las intervenciones y de la acción educativa a largo plazo, no sólo respecto a acciones y a habilidades, sino a cambios de actitudes de los alumnos.
- Lograr la sustentabilidad del proyecto. Probablemente esta es una de las sombras más importantes, ya que se hace necesaria la autosustentabilidad del proyecto, se visualiza un bajo compromiso de las universidades e instituciones en invertir en la capacitación del personal que desean liderar proyectos futuros de desarrollo, tanto educativos, consultivos, institucionales como normativos. La inversión académica recibida es prácticamente nula y sólo en algunos pocos casos se ha visualizado el compromiso de organismos estatales que capacitan a sus profesionales para integrar comités o comisiones de bioética.
- Disminuir el abandono y mejorar la modalidad de selección para beca-dos. Este último punto se torna central dado que la mayor parte de los abandonos son beneficiarios de becas UNESCO y cada abandono sin duda es una oportunidad perdida para otro profesional. En este sentido se han tratado de ajustar los criterios de selección de becarios y evitar los abandonos iniciales que en general se deben a causas ajenas a los cursos (alumnos que no comienzan o abandonan en el primer mes).

Y las luces que iluminan el proceso

- El agradecimiento y el reconocimiento de cientos de profesionales que han podido realizar actividades en sus países contando con la capacitación recibida.

## Una propuesta educativa de bioética para América Latina

- La diversidad en la participación (cultural, regional y disciplinaria) que ha dado a los cursos una enorme riqueza para comprender los problemas específicos de países y regiones diferentes.
- El esfuerzo y la respuesta de los alumnos, adultos con muchas actividades que con gran sacrificio logran alcanzar las metas propuestas.
- La construcción de una red latinoamericana que comparta objetivos en la bioética, siendo este construido a través de la deliberación y el consenso.
- La manera en la que los foros se convierten en redes solidarias cada vez que una tragedia diezma nuestra región, como los terremotos de este año en Haití y en Chile.
- Las efectivas intervenciones (educativas, consultivas y normativas) que han sido relevadas en distintos países.

Y son estas luces la que hacen posible la continuidad del PEPB, con el esfuerzo desinteresado de muchos profesores y un equipo de coordinación que dedica una gran cantidad de tiempo y esfuerzo al logro de los objetivos educativos que sin duda exceden el campo de la educación tradicional.

Como se ha dicho antes, en última instancia, la educación en bioética debe ser siempre un aporte a la construcción de ciudadanía para sociedades más justas y más dignas y este Programa de Educación Permanente en Bioética de la Redbioética UNESCO intenta ser una contribución a la realización de este objetivo.

*Agradezco especialmente a todo el equipo de coordinación, tutores y profesores del PEPB Redbioética UNESCO, sin cuyo esfuerzo, voluntad y pasión este proyecto no se podría llevar adelante.*

*Véase [www.redbioetica-edu.com.ar](http://www.redbioetica-edu.com.ar)*

## Una propuesta educativa de bioética para América Latina

### Anexo gráficos y tablas

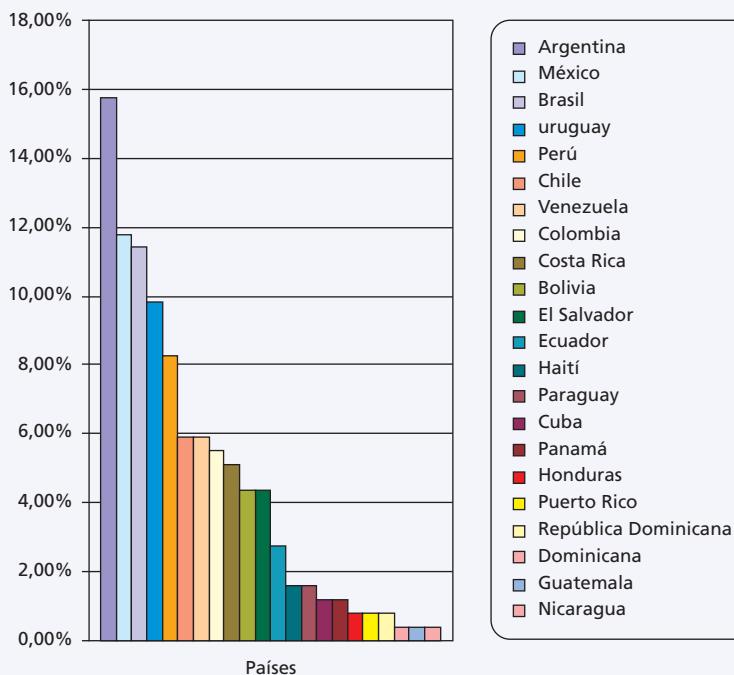
Tabla 1. Datos generales del PEPB

Año	Total de alumnos	Becas UNESCO	Matriculados	Abandono (real y no iniciados)	Proyectos finales		Alumnos Foro de ex alumnos
					Ética de la investigación	Bioética clínica	
2006	120	120	(-)	33 %	69	(-)	
2007	198	120	78	30 %	60	49	120
2008	254	177	77	31,1%	80	71	260
2009	291	233	58	(*)	(*)	(*)	464
2010	(**)	(**)	(**)	-	-	-	650

(\*) Datos aún no disponibles.

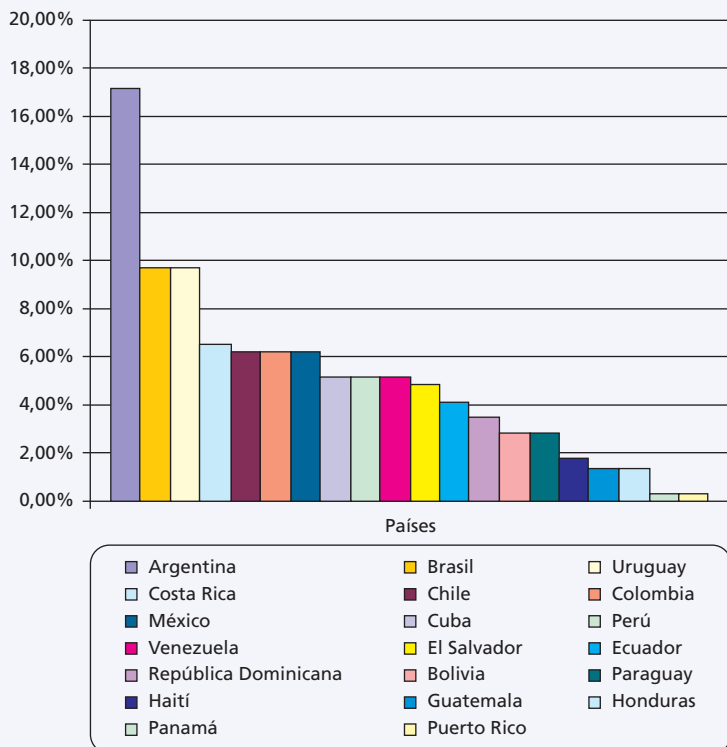
(\*\*) Inicia en mayo de 2010.

Gráfico 1. Distribución de alumnos del PEPB por país. Cohortes 2008 y 2009



## Una propuesta educativa de bioética para América Latina

Gráfico 2. Distribución de plazas por país. Cohortes 2008 y 2009

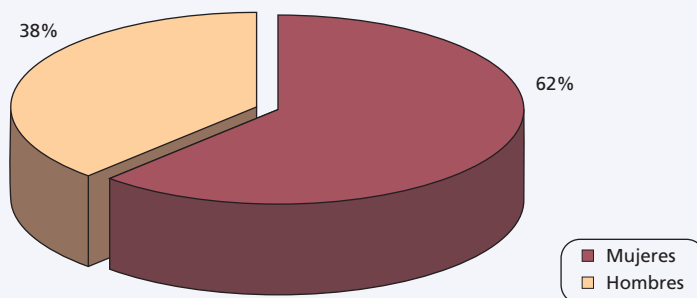


## Una propuesta educativa de bioética para América Latina

Tabla 2. Distribución de alumnos por profesiones (cohorte 2008)

Profesión o actividad	Cantidad	%
Medicina	128	65
Psicología	17	9
Filosofía	16	8
Enfermería	15	8
Bioquímica y farmacia	13	7
Abogacía	12	6
Biología	9	8
Teología	8	4
Odontología	7	4
Licenciatura en trabajo social	7	4
Ciencias de la salud	5	4
Kinesiología y fisioterapia	4	2
Química	3	2
Licenciatura en educación	2	1
Sociología	1	1
Otras licenciaturas	7	4
Total de alumnos	254	100

Gráfico 3. Distribución de alumnos por género



Cantidad de alumnos 291  
 Alumnos género femenino 180  
 Alumnos género masculino 111

## Una propuesta educativa de bioética para América Latina

Gráfico 4. Distribución por grupo etario

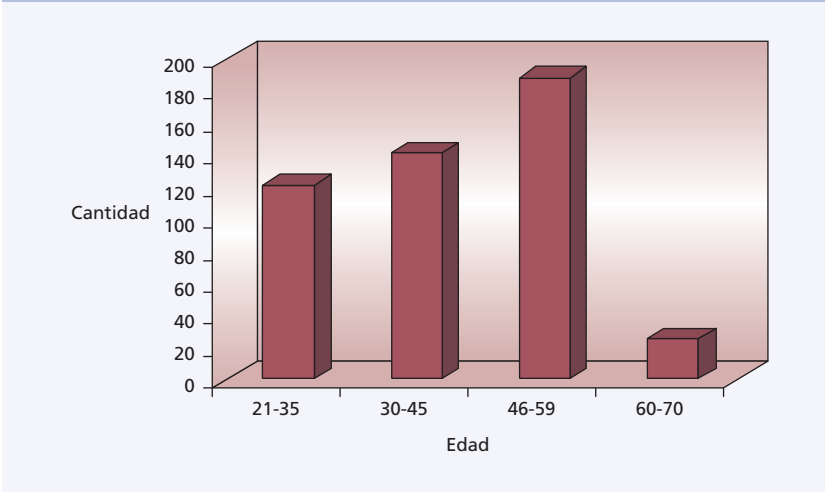
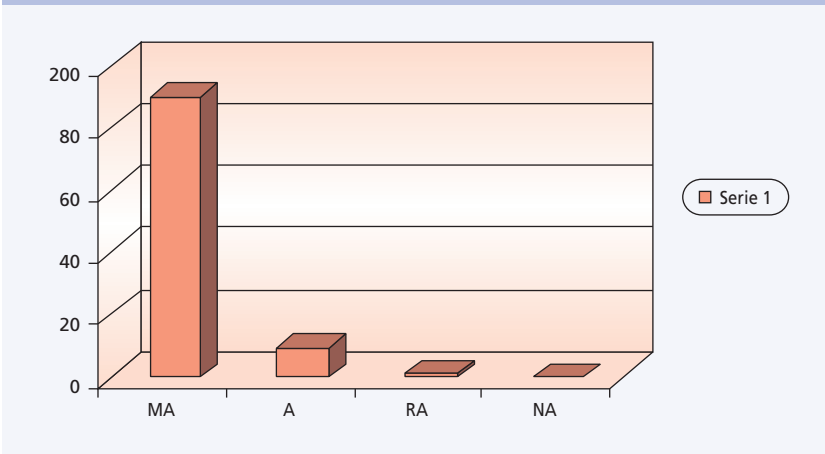


Gráfico 5. Percepción sobre el cumplimiento de objetivos educativos







## Anexo 1. Recomendaciones sobre educación en bioética en diferentes Declaraciones

Benjamín Herreros y Fernando Bandrés

En la mayoría de las declaraciones y recomendaciones sobre temas de bioética de organismos tanto nacionales como internacionales se hace referencia a la importancia de los aspectos formativos y educativos. En este anexo reflejamos los artículos y párrafos sobre educación de algunas de las declaraciones relacionadas con la bioética de mayor relevancia internacional, la *Declaración Universal de Derechos Humanos* de la ONU (1948), la *Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos* de la UNESCO (1997), la *Declaración Bioética de Gijón* de la Sociedad Internacional de Bioética (2000) y la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* de la UNESCO (2005). Completamos el anexo con dos documentos menos conocidos, pero que nos sirven para ilustrar cómo cada vez que se aborda un tema relevante en bioética es necesario hacer referencia a la educación, las *25 recomendaciones sobre las repercusiones éticas, jurídicas y sociales de los tests genéticos* del Consejo de Europa (2004) y la *Declaración sobre la eutanasia* de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (2002). Como puede verse, el enfoque educativo de las declaraciones y recomendaciones no está dirigido únicamente al profesional. También se alude al resto de los ciudadanos, ya que el debate bioético es un debate que incumbe a la sociedad en su conjunto, y no a un grupo de profesionales.

## Anexo 1. Recomendaciones sobre educación en bioética en diferentes Declaraciones

### **Declaración Universal de Derechos Humanos, diciembre de 1948**

Asamblea General de las Naciones Unidas, 10 de diciembre de 1948.

#### **Artículo 26.**

1. Toda persona tiene derecho a la educación. La educación debe ser gratuita, al menos en lo concerniente a la instrucción elemental y fundamental. La instrucción elemental será obligatoria. La instrucción técnica y profesional habrá de ser generalizada; el acceso a los estudios superiores será igual para todos, en función de los méritos respectivos.

2. La educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana y el fortalecimiento del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales; favorecerá la comprensión, la tolerancia y la amistad entre todas las naciones y todos los grupos étnicos o religiosos, y promoverá el desarrollo de las actividades de las Naciones Unidas para el mantenimiento de la paz.

## Anexo 1. Recomendaciones sobre educación en bioética en diferentes Declaraciones

### **Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos de la UNESCO, noviembre de 1997**

F. Fomento de los principios de la Declaración

#### **Artículo 20**

Los Estados tomarán las medidas adecuadas para fomentar los principios establecidos en la Declaración, a través de la educación y otros medios pertinentes, y en particular, entre otras cosas, la investigación y formación en campos interdisciplinarios y el fomento de la educación en materia de bioética, en todos los niveles, particularmente para los responsables de las políticas científicas.

#### **Artículo 21**

Los Estados tomarán las medidas adecuadas para fomentar otras formas de investigación, formación y difusión de la información que permitan a la sociedad y a cada uno de sus miembros cobrar mayor conciencia de sus responsabilidades ante las cuestiones fundamentales relacionadas con la defensa de la dignidad humana que puedan plantear la investigación en biología, genética y medicina y las correspondientes aplicaciones. Se deberían comprometer, además, a favorecer al respecto un debate abierto en el plano internacional que garantice la libre expresión de las distintas corrientes de pensamiento socioculturales, religiosas y filosóficas.

## Anexo 1. Recomendaciones sobre educación en bioética en diferentes Declaraciones

### Declaración Bioética de Gijón, junio de 2000

Comité Científico de la Sociedad Internacional de Bioética (SIBI).

Una importante tarea de la Bioética, que constituye una actividad pluridisciplinar, es armonizar el uso de las ciencias biomédicas y sus tecnologías con los derechos humanos, en relación con los valores y principios éticos proclamados en las Declaraciones y la Convención antes mencionadas, en cuanto que constituyen un importante primer paso para la protección del ser humano.

La enseñanza de la Bioética debería incorporarse al sistema educativo y ser objeto de textos comprensibles y rigurosos.

Todos los miembros de la sociedad han de recibir una información general, adecuada y accesible sobre la utilización de los avances científicos, las biotecnologías y sus productos.

Se debe propiciar y estimular el debate especializado y público a fin de orientar las opiniones, las actitudes y las propuestas. El debate implicará de manera interactiva a los expertos de las distintas disciplinas y a los ciudadanos de diversos ámbitos, así como a los profesionales de los medios de comunicación.

## Anexo 1. Recomendaciones sobre educación en bioética en diferentes Declaraciones

### **Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Conferencia General de la UNESCO, octubre de 2005**

#### **Artículo 23. Educación, formación e información en materia de bioética**

1. Para promover los principios enunciados en la presente Declaración y entender mejor los problemas planteados en el plano de la ética por los adelantos de la ciencia y la tecnología, en particular para los jóvenes, los Estados deberían esforzarse no sólo por fomentar la educación y formación relativas a la bioética en todos los planos, sino también por estimular los programas de información y difusión de conocimientos sobre la bioética.

2. Los Estados deberían alentar a las organizaciones intergubernamentales internacionales y regionales, así como a las organizaciones no gubernamentales internacionales, regionales y nacionales, a que participen en esta tarea.

## Anexo 1. Recomendaciones sobre educación en bioética en diferentes Declaraciones

### Declaración sobre la eutanasia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, Enero de 2002

Comité Directivo de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos el 26 de

#### Conclusiones y recomendaciones

17. Somos conscientes de que actualmente no es posible alcanzar un acuerdo social sobre la valoración ética de la eutanasia, pero sí podría haber consenso en torno a algunas recomendaciones y medidas normativas que promuevan y garanticen a todos los ciudadanos sin discriminación y en la práctica, el derecho a recibir los mejores cuidados al final de la vida. Para ello la SECPAL propone:

- a) Garantizar que en los programas de formación de los profesionales de la salud se incluyan contenidos de Cuidados Paliativos y de Bioética, como áreas de conocimiento obligatorias y evaluables.
- b) Desarrollar programas de cuidados paliativos que integren la atención primaria con la hospitalaria en todo el territorio del Estado español.

## Anexo 1. Recomendaciones sobre educación en bioética en diferentes Declaraciones

### 25 recomendaciones sobre las repercusiones éticas, jurídicas y sociales de los tests genéticos, 2004

Comisión Europea, Bruselas 2004

#### 4. Información y educación del público

Los nuevos conocimientos se han de difundir con rapidez. Dada la complejidad de la base científica, no siempre fácil de entender, resulta imprescindible que se brinden posibilidades de educación tanto al público como a los medios de comunicación. Es importante que el público se sensibilice en materia de cuestiones genéticas, se eduque en el tema y entienda los conceptos asociados.

La investigación genética y sus aplicaciones clínicas se deben representar con imparcialidad, estableciendo unas expectativas realistas de lo que se puede lograr con ellas. Véanse los capítulos 3.1.2 y 7.2.1 del informe.

#### Recomendación 4

- a) Se deben desarrollar y poner a disposición de quien los necesite, a escala comunitaria, nacional y local, el material y los recursos adecuados para informar a través de diferentes medios acerca de los tests genéticos, el cribado genético y la farmacogenética.
- b) En los programas de estudios de ciencias de todos los niveles (desde la educación primaria a la universitaria y la formación profesional) se deben incluir referencias al progreso y al potencial que existe en el ámbito de la genética médica.
- c) Los sistemas nacionales de educación deben proporcionar científicos y profesores, incluidos técnicos y médicos, adecuadamente formados y en número suficiente para que los beneficios de la investigación genética y de los tests genéticos sean reales y lleguen a todos los ciudadanos de la UE.
- d) Se debe alentar el esfuerzo concertado para promover el diálogo, la educación, la información y el debate.
- e) Se debe reforzar aún más el componente de «ciencia y sociedad» del marco comunitario de investigación y desarrollo





## Anexo 2. Programa de Base de Estudios sobre bioética de la UNESCO

*Benjamín Herreros y Fernando Bandrés*

El Programa de Base de Estudios sobre Bioética es un documento elaborado por un comité de expertos constituido por la UNESCO con el objeto de aportar una estructura que sea la base para la construcción de programas de educación en bioética, especialmente en el grado académico.

Cuenta con un número de unidades que aportan los elementos básicos para el desarrollo de un programa educativo en bioética.

Este currículo de base debería servir a quienes desean elaborar o conducir programas de educación en bioética especialmente como base de sus programas académicos en el grado de distintas carreras, para miembros de comités, o para profesionales que vayan a desarrollar tarea consultiva, en bioética, ética de la investigación en salud, o ética de la ciencia.

Fue diseñado originalmente con la idea de aportar un documento de base para el diseño de programas para el armado de cátedras de Bioética, es decir para el pregrado. Sin embargo la calidad del material, la claridad conceptual de los contenidos, hace posible su empleo también para la formación y el diseño de programas de formación para miembros de comités de ética de la investigación.

Algunas instituciones, como organismos gubernamentales, podrían implementar un programa de formación continua que comience con la puesta en práctica de un curso cuyos contenidos se basen en el Programa de Base de Estudios sobre Bioética que aquí ofrecemos, para seguir posteriormente alimentando y enriqueciendo el Programa con casos, materiales bibliográficos y, sobre todo, manteniendo un espacio de foro virtual para debatir temas diversos entre los miembros de los comités de ética clínica y de ética de la investigación.

El Programa ha sido elaborado sobre la base de un índice temático que refleja los principios fundamentales de la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO. Ello pone de manifiesto una estructura realmente original respecto a otros programas educativos ofreciendo una perspectiva más amplia de la bioética y la ética de la investigación ligada a los derechos humanos.

El Programa no es un curso completo, sino una fuente de inspiración, como el propio documento establece, es más bien una guía para el diseño de programas más extensos y para construir programas locales con casos elaborados contextualmente, lo que le aporta una gran flexibilidad.

## Anexo 2. Programa de Base de Estudios sobre bioética de la UNESCO

El Programa se marca como objetivos que el alumno sea capaz de determinar los problemas éticos en la práctica de la medicina, la asistencia sanitaria y las ciencias de la vida, capacitar al alumno en justificar racionalmente sus decisiones éticas y en aplicar los principios éticos de la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*.

Los ítems que constituyen su índice temático han sido elaborados en relación con el articulado de la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO, documento rector en este momento en el mundo.

Para llevar a cabo su implementación será necesaria una detenida lectura de sus contenidos, y en especial de los objetivos educativos de cada unidad.

Cada unidad cuenta con un enunciado temático que se relaciona con un artículo de la declaración y a su vez con un valor ético. En cada unidad hay una breve presentación de la temática en estudio, por lo que será necesario agregar más bibliografía que respalde y amplíe el contenido de conocimientos, pero al mismo tiempo es interesante ir agregando actividades, ejemplos prácticos y guías para la acción.

Ese es el objetivo fundamental que puede alcanzar el programa de base de estudios sobre Bioética de la UNESCO, precisamente sensibilizar en la identificación de los valores, principios y derechos que deben ser siempre tenidos en cuenta y que deben guiar la evaluación de investigaciones biomédicas.

A continuación se exponen su introducción, el contenido del programa de base, los objetivos pedagógicos del curso y, modo de ejemplo, las dos primeras unidades, “¿Qué es la ética?” y “¿Qué es la bioética?”. El acceso al documento completo es gratuito y libre a través de la web de la UNESCO. Puede descargarse en: [http://www.unesco.org/shs/fileadmin/templates/shs/archivos/Bioetica\\_Base.pdf](http://www.unesco.org/shs/fileadmin/templates/shs/archivos/Bioetica_Base.pdf)

## Anexo 2. Programa de Base de Estudios sobre bioética de la UNESCO

### Introducción

#### Antecedentes

El 19 de octubre de 2005, la Conferencia General de la UNESCO en su 33 reunión aprobó la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (en adelante denominada la “Declaración”). Dicha Declaración consiste en una serie de principios sobre la bioética acordados por 191 Estados miembros de la UNESCO tras un intenso proceso de elaboración y consultas en el que participaron expertos gubernamentales e independientes procedentes de todo el mundo. Este conjunto de principios constituye una plataforma global común a través de la cual se puede introducir y fomentar la bioética en cada Estado miembro. Por su parte, la UNESCO debe encargarse de fomentar, difundir y profundizar en estos principios por motivos prácticos.

El programa de base de estudios está formado por dos partes: en la Parte 1 (este documento) figuran los contenidos de base, los objetivos, el programa de base y el manual del profesor para cada unidad del programa, mientras que la Parte 2 contiene los materiales de estudio propuestos para cada unidad.

#### Justificación

El Programa de Base de Estudios sobre Bioética de la UNESCO tiene como objetivo presentar los principios bioéticos de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos a los estudiantes universitarios. Muchas universidades de distintos países carecen de formación en bioética, por lo que el Programa de Base de Estudios sobre Bioética de la UNESCO puede funcionar como incentivo para que introduzcan este tipo de formación. Los contenidos del programa se basan en los principios adoptados por la UNESCO. Por lo tanto, el programa no impone un modelo ni una visión determinados de la bioética, sino que se limita a articular principios éticos compartidos por los expertos científicos, los responsables de la formulación de políticas y los profesionales de la salud procedentes de distintos países y de contextos culturales, históricos y religiosos distintos.

El Programa de Base de Estudios sobre Bioética de la UNESCO es, como su nombre indica, de base: define los mínimos (en términos de contenidos y

## Anexo 2. Programa de Base de Estudios sobre bioética de la UNESCO

horas) para una formación adecuada en bioética. Así pues, puede aplicarse de manera flexible e invita a los profesores y estudiantes a ampliar sus enfoques y contenidos en distintas direcciones.

### Objetivos

El programa de base se organiza a partir de objetivos de aprendizaje que se indican al principio de cada unidad. Este enfoque basado en los objetivos no sólo permite delimitar el contenido de cada unidad, sino también facilitar la evaluación del programa y de los alumnos.

### Grupos destinatarios

El principal grupo a que se destina el programa de base son los estudiantes de medicina, a quienes hay que enseñar bioética antes de que finalice la fase clínica de su formación. Aunque el programa de base puede introducirse en la fase preclínica de su formación en medicina, es probable que resulte más eficaz para los estudiantes que se encuentren en la fase clínica, puesto que dichos estudiantes habrán sentido la necesidad de una reflexión ética y estarán más capacitados para reconocer la dimensión ética que presentan los distintos casos y problemas.

Hoy en día, la formación en bioética también forma parte de los programas de estudios de otros ámbitos, como por ejemplo la enfermería, las ciencias de la salud, la odontología y la salud pública, e incluso se imparte a estudiantes de derecho, filosofía y ciencias sociales. El programa de base también puede servir para enseñar bioética a los estudiantes de esas carreras, puesto que proporciona una formación básica sobre los cimientos de la bioética y las cuestiones principales de la disciplina en la actualidad.

Los estudiantes que realizan investigaciones con seres humanos deben recibir formación adicional que vaya más allá de lo indicado en el programa de base.

En los lugares donde no se ofrezca formación en bioética en ninguno de los niveles de enseñanza, el programa de base puede utilizarse como primera introducción a la bioética para los profesionales de la salud (sobre todo médicos

## Anexo 2. Programa de Base de Estudios sobre bioética de la UNESCO

y personal de enfermería), por lo que puede resultar útil en la formación postacadémica y la educación continua.

El programa también puede utilizarse en programas de formación para miembros de comités de ética.

### Estructura y posibles usos del programa

#### Unidades basadas en principios

Lo primero que el profesor observará al examinar el programa temático es su estructura innovadora y poco convencional. Lo habitual es que los cursos de ética que se imparten en los centros de enseñanza médica se organicen a partir de dilemas médicos concretos, como, por ejemplo, la cuestión del inicio y el fin de la vida. En cambio, el programa de base se ha elaborado a partir de los principios bioéticos de la Declaración, de modo que cada unidad (salvo las dos primeras) corresponde a un principio. Esta organización se debe a que los principios bioéticos han sido consensuados por los Estados miembros, por lo cual constituyen el programa de base e indiscutible para la formación en bioética en dichos Estados.

#### No se trata de un curso completo, sino de una fuente de inspiración

Ello no obstante, el programa de base no debe considerarse un programa exhaustivo sobre bioética, puesto que su contenido no abarca necesariamente todos los aspectos de la materia. Existe la posibilidad de incorporar como ejemplos cuestiones tradicionales que no se han incluido en el programa a fin de ilustrar uno o varios principios de la Declaración que figuran en el mismo. El número de horas propuesto para cada unidad debe considerarse el tiempo mínimo que hay que dedicar a la misma. Resulta preferible que los profesores no acepten sin más el tiempo asignado, sino que intenten aumentar el número de horas de formación. Aunque la UNESCO ha tomado medidas para asegurarse de que el programa tenga en cuenta los distintos contextos sociales, culturales y económicos, los profesores que lo utilicen dispondrán de cierta libertad en lo relativo a los métodos de transmisión de los contenidos, la selección

## Anexo 2. Programa de Base de Estudios sobre bioética de la UNESCO

de materiales pertinentes para el contexto o la búsqueda de otros materiales disponibles. Así pues, el programa de base ha sido concebido como un programa de mínimos de formación en bioética que se puede modificar, ampliar y aplicar de modo flexible en distintos contextos. La intención del programa no es imponer un modelo concreto de enseñanza, sino constituir una fuente de ideas y sugerencias sobre cómo enfocar la enseñanza de la bioética.

### Flexibilidad

Se anima a los profesores a que elaboren a partir de las unidades del programa temático módulos suplementarios dedicados a las cuestiones tradicionales y otras cuestiones pertinentes de la bioética, siempre teniendo en cuenta la obligación de realizar todas las unidades y dedicar a cada una, como mínimo, el tiempo recomendado. El orden de las unidades puede y debe ajustarse al estilo pedagógico del profesor. Sin embargo, las unidades indicadas a continuación deben impartirse juntas a fin de mantener el desarrollo lógico del programa: unidades 1 y 2; unidades 5, 6 y 7; unidades 13, 14 y 15, y unidades 16 y 17. Según la estructura de la formación universitaria, algunas unidades del programa de base se impartirán al principio del programa universitario y otras, más adelante. El programa de base se puede implementar de distintas maneras, siempre y cuando se respete la conexión y la coherencia entre unidades. Cada escuela y universidad puede prever más horas para el programa de base y decidir de qué modo y a qué nivel debe integrarse en el programa universitario.

### Perspectiva más amplia de la bioética

Los profesores deben tener presente que el objetivo del programa de base es ofrecerles una herramienta para conseguir que los alumnos reflexionen sobre la dimensión ética y las consideraciones relacionadas con los Derechos Humanos que forman parte de la práctica de la medicina, la asistencia sanitaria y la ciencia, además de ser conscientes de que el enfoque de la bioética en el que se basa la Declaración va más allá de la perspectiva individual habitual en la ética e incluye cuestiones que afectan a la comunidad y la sociedad. Por último, conviene señalar que, si bien la realización de un curso de bioética es

## Anexo 2. Programa de Base de Estudios sobre bioética de la UNESCO

importante e imprescindible, es necesario que la ética esté tan presente como sea posible en todo el programa universitario.

### Métodos de evaluación

Como cualquier otro curso que forme parte de la enseñanza universitaria, la formación en bioética debe ser objeto de evaluación. Deben realizarse dos tipos de evaluación:

#### Evaluación del curso

Una vez completado el programa de base es necesario evaluar la enseñanza, por lo que se invitará a alumnos y a profesores a evaluar la implementación del programa. El objetivo de esta evaluación es determinar de qué modo pueden mejorarse tanto el curso

como la enseñanza. A fin de obtener datos comparables sobre la evaluación del curso, la UNESCO elaborará un cuestionario estandarizado.

#### Evaluación de los alumnos

El objetivo de este tipo de evaluación es ver si el estudiante ha cumplido los objetivos establecidos para el curso. En otras palabras, el objetivo es evaluar el impacto del curso en cada estudiante. Para ello, pueden utilizarse distintos métodos: una prueba escrita, un examen tipo test, trabajos escritos, análisis de casos, presentaciones, redacciones, exámenes orales, etc.

Según los resultados de la evaluación del programa de base, en el futuro podrán sugerirse otros métodos de medición de los resultados.

### Reacciones

A medida que adapten el programa a su contexto y su estilo pedagógico, se anima a los profesores a enviar los módulos adicionales que elaboren a partir

## Anexo 2. Programa de Base de Estudios sobre bioética de la UNESCO

de las unidades básicas del programa temático, así como los materiales adicionales de estudio que consideren útiles. Asimismo, instamos a los profesores a hacernos llegar sus reacciones respecto al programa de base a fin de que la UNESCO pueda mejorarlo.

### Unidad 1. ¿Qué es la ética?

#### Objetivos pedagógicos de la unidad

- Los alumnos deben ser capaces de reconocer y distinguir un problema ético de los demás problemas.
- Los alumnos deben ser capaces de razonar sobre cuestiones éticas.

#### Manual del profesor

##### 1. El punto de vista moral

###### a) ¿Qué es la ética?

La moral es un rasgo característico de la vida de los seres humanos, si bien en ella influyen distintos factores culturales, como por ejemplo la historia, las tradiciones, la educación, las creencias religiosas, etc. El análisis intelectual en toda su complejidad de esta dimensión humana es el objetivo de la disciplina denominada ética. La ética no crea moral ni comportamientos morales, sino que tiene un objetivo mucho más modesto: explorar la naturaleza de la experiencia moral, su universalidad y su diversidad. En general, se considera que ética y moral son sinónimos porque, en un principio, tenían el mismo significado: el estudio de la disposición, el carácter o la actitud de una persona, un grupo o una cultura y de la manera de fomentarlo o perfeccionarlo.

###### b) El mundo de la ética

A lo largo de su desarrollo, la ética ha ido adoptando distintos enfoques, pero hasta la fecha ninguno de ellos ha conseguido la aceptación general. Exis-



## Anexo 2. Programa de Base de Estudios sobre bioética de la UNESCO

ten sistemas éticos organizados a partir de las ideas de ley, deber, obligación, virtud, felicidad, principios, con secuencias, etc. A fin de captar las ideas más valiosas que contienen los distintos enfoques, empezaremos analizando la experiencia moral universal de los seres humanos. En este sentido, hay dos conceptos básicos: “valor” y “deber”. Los valores se encuentran presentes en todos los pueblos y sociedades, y con frecuencia constituyen un rasgo distintivo de una cultura. Por lo tanto, los valores, fomentados por religiones, tradiciones culturales, la historia, etc., son anteriores a la ética y son la base de numerosos conceptos morales, como por ejemplo los principios, las normas, las leyes, las virtudes, etc. Uno de los objetivos más importantes de la ética es examinar intelectualmente los valores y los conflictos de valores con el fin de definir nuestros deberes, puesto que los deberes consisten en aplicar en la medida de lo posible los valores que entran en juego en una situación determinada.

### c) La experiencia universal del deber

Todos creemos que hay cosas que se deben hacer y otras que se deben evitar, y tenemos el deber de actuar de determinado modo en detrimento de otros modos de actuación. La experiencia del deber es una de las características más universales de la vida humana. En todas las lenguas encontramos los denominados “verbos de obligación” (entre otros, “deber” o “tener que”), así como imperativos que expresan órdenes, por ejemplo “no hagas daño”, “cumple tus promesas”, “no robes”, “no mientas”. Del mismo modo, todas las sociedades humanas tienen normas de conducta, ya sean “prohibiciones” u “obligaciones”.

### d) La experiencia moral es universal, pero algunas percepciones y juicios morales varían

La moral ha ido cambiando a lo largo de la historia humana. Los valores morales varían según el lugar donde uno vive, el idioma que habla, la cultura a la que pertenece y la religión que profesa. Pida a los alumnos que den ejemplos.

### e) Universalidad y variabilidad de la moral humana

De las afirmaciones anteriores se desprende que en la moral humana hay elementos universales e inalterables, pero también otros particulares y condi-

## Anexo 2. Programa de Base de Estudios sobre bioética de la UNESCO

cionados por la Historia. Desde el punto de vista estructural, la moral siempre es la misma, pero sus contenidos son variables, al menos hasta cierto punto. De hecho, los valores morales se encuentran en constante evolución pero, al mismo tiempo, algunos deberes morales permanecen inalterados y reflejan los límites lógicos de lo que se considera discurso moral. Por ejemplo, las proposiciones “no hagas daño al prójimo” o “di la verdad”.

### f) **Afirmaciones morales**

Los seres humanos expresan, comunican e intercambian sus experiencias por medio del lenguaje. Las afirmaciones son juicios, proposiciones o afirmaciones que atribuyen predicados a sujetos.

## 2. La naturaleza de los juicios morales

### a) **Tres tipos de enunciados**

- i. Mahatma Gandhi medía 1,50 m.
- ii. Mahatma Gandhi era simpático.
- iii. Mahatma Gandhi era bueno.

### b) **Gramática superficial y gramática profunda**

El término “gramática superficial” hace referencia a la construcción de enunciados combinando sujeto, verbo y complemento. En este sentido, todas las oraciones son idénticas y, si la primera de las tres citadas asigna una propiedad a un sujeto, en principio sería de esperar que el resto hiciesen lo mismo. Sin embargo, si examinamos el modo en que utilizamos estas tres oraciones en caso de que no haya acuerdo sobre su grado de certeza, veremos que funcionan de modo muy diferente. Esto pone de manifiesto que la gramática profunda o el carácter lógico de las oraciones varía.

- i. ¿Qué debemos hacer para resolver un desacuerdo sobre la primera oración? Se trata de una cuestión de medición. Aunque en la práctica no podamos medir la estatura de Gandhi, sí sabemos cómo sería ha-

## Anexo 2. Programa de Base de Estudios sobre bioética de la UNESCO

cerlo. Nuestra comprensión de oración depende de este conocimiento. Si dos personas no están de acuerdo en lo que se afirma, una de ellas tiene que estar equivocada; se trata de una cuestión objetiva, una afirmación empírica.

- ii. ¿Qué debemos hacer para resolver un desacuerdo sobre la segunda oración? Cada persona debe dar un motivo para sustentar su afirmación, pero puede que no sean capaces de hacerlo y digan simplemente que, por ejemplo, Gandhi les gusta. No existe ningún límite lógico que determine qué debe gustar o disgustar a la gente. La conclusión es que la oración en realidad no habla de Gandhi, sino del propio hablante, quien expresa sus sentimientos respecto a Gandhi. Así pues, no se trata de una afirmación, sino de una expresión de los propios sentimientos. Puede que el hablante intente engañarnos, pero no tiene por qué estar equivocado.
- iii. ¿Qué debemos hacer para resolver una disensión sobre la última oración? Nadie puede decir que no tiene ningún motivo para realizar esta afirmación, puesto que no se trata de una cuestión de gustos. Además, existen límites respecto al tipo de argumentos que se considerarían válidos: debe ser un motivo de tipo moral. En este caso, la afirmación se puede justificar diciendo que Gandhi fue un hombre de paz y partidario de la protesta pacífica. Sin embargo, otro observador puede afirmar que optar por la protesta pacífica es un signo de debilidad que dificulta la consecución de la justicia, lo cual constituye un argumento para el disenso. Así pues, una misma consideración puede utilizarse para apoyar o refutar una afirmación, por lo cual vemos que, aunque se alude a criterios relevantes, es posible que no se llegue a un acuerdo.

### c) Criterios morales y juicios morales

En la historia de la ética encontramos dos grupos de pensadores, que han adoptado visiones distintas de las afirmaciones morales. La formulación de las distintas posturas depende de cuál de las dos primeras frases (i o ii) se considere más parecida a la tercera (iii).

El primer grupo de pensadores considera que las pasiones o las emociones son el elemento clave de las afirmaciones morales, lo cual hace que se parezcan más bien a la frase ii. Esta corriente considera plausible la imposibilidad

## Anexo 2. Programa de Base de Estudios sobre bioética de la UNESCO

de alcanzar un acuerdo sólo aplicando la razón, pero ignora el hecho de que los sentimientos relevantes a la hora de realizar juicios morales tienen límites lógicos. Como se ha señalado, para experimentar sentimientos, por ejemplo el orgullo no basta con esforzarnos, sino que debemos recordar algún logro o establecer alguna relación con un objeto que nos produzca orgullo. Del mismo modo, no podemos experimentar el sentimiento moral de la vergüenza sin recordar algún acontecimiento vergonzoso de nuestras vidas.

También se ha señalado que ninguna norma de comportamiento puede considerarse un principio moral salvo si está relacionada con una familia de conceptos como el “respeto”, la “sinceridad”, el “orgullo”, la “ostentación”, el “daño”, el “beneficio”, etc. La existencia de estos límites lógicos acerca las afirmaciones morales a la primera frase, pero si se lleva esta idea al extremo nos encontramos con que todos los desacuerdos en cuestiones de moral se pueden resolver apelando a los principios y criterios citados. Sin embargo, si no fuese por los valores morales, no habría problemas morales, puesto que éstos se originan por las tensiones entre valores en situaciones concretas y, al mismo tiempo, la razón desempeña un papel en la deliberación moral, puesto que los límites lógicos a los que nos referíamos deben respetarse. En muchos casos, la reflexión racional facilitará el acuerdo, pero resulta imposible asegurarlo.

### 3. Un método ético de razonamiento

#### Toma de decisiones y ética

La ética es una disciplina teórica y práctica al mismo tiempo. El lenguaje de la ética hace referencia a deberes y valores. Uno de los objetivos de la ética es facilitar la toma de decisiones correctas, para lo cual es necesario ir paso a paso y analizar primero los hechos, luego los valores correspondientes y en tercer lugar los deberes.

#### *a) Primer paso: Deliberación sobre los hechos*

- i. *El caso.* El proceso de deliberación empieza siempre del mismo modo: con la aparición de un problema o caso que con frecuencia resulta

## Anexo 2. Programa de Base de Estudios sobre bioética de la UNESCO

complicado de resolver desde el punto de vista moral. Esta dificultad se percibe como un conflicto que habitualmente se denomina ‘conflicto moral’. Los conflictos surgen cuando hay que tomar una decisión y resulta difícil saber cómo actuar, puesto que todas las acciones llevan aparejados valores importantes y elegir una implica vulnerar los valores relacionados con las otras. El objetivo del método ético de razonamiento es siempre el mismo: ayudar a las personas a resolver este tipo de problemas y a tomar decisiones adecuadas.

- ii. *Deliberación sobre los hechos.* Para resolver un conflicto moral, lo primero que debemos hacer es analizar de modo exhaustivo los hechos reduciendo al mínimo la incertidumbre y corrigiendo cualquier error de percepción que detectemos. Analizar los hechos no es nada sencillo y normalmente requiere mucho tiempo, pero resulta vital para actuar correctamente. A modo de ejemplo, en medicina hay que analizar con sumo cuidado los hechos para saber cuál es la situación del paciente, su diagnóstico, su pronóstico y el tratamiento correspondiente. Se trata de una tarea muy compleja en la que hay que reducir en la medida de lo posible la incertidumbre utilizando la deliberación individual o colectiva. Nadie conoce todos los hechos que están relacionados con una situación concreta, y en nuestra percepción de los hechos que conocemos influyen nuestra educación, nuestro contexto cultural, nuestros conocimientos y nuestra experiencia. Puede que se nos haya enseñado a percibir hechos, por ejemplo de tipo médico, pero quizás no tengamos tanta sensibilidad para percibir otro tipo de hechos que otras personas con una formación distinta observan más fácilmente, como por ejemplo la situación socioeconómica del paciente. Por lo tanto, debemos analizar los hechos con sumo cuidado y, en caso de dificultad, solicitar consejo a otras personas. A modo de ejemplo, en el ámbito de la medicina con frecuencia se realizan rondas clínicas en las que los miembros del equipo sanitario discuten los hechos relacionados con un caso clínico para reducir la incertidumbre sobre su diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Sin embargo, en estas rondas las consideraciones deben ir más allá de los hechos de tipo médico y tener en cuenta al paciente en su totalidad.

## Anexo 2. Programa de Base de Estudios sobre bioética de la UNESCO

### b) Segundo paso: Deliberación sobre los valores

- i. *Determinación de los problemas morales.* El análisis de un caso empieza cuando una persona piensa que tiene un problema de tipo moral. Este tipo de casos suele ser más complejo de lo que parece a simple vista: la gente puede preguntar sobre un problema concreto, pero esto no significa que dicho problema sea el único que presenta el caso. Por lo tanto, hay que reconocer y describir los distintos problemas morales que detectamos en el caso a fin de llevar a cabo una discusión exhaustiva y eliminar las ambigüedades.
- ii. *Determinación del problema principal.* Tras reconocer todos los problemas éticos relacionados con el caso, debemos elegir uno de ellos para discutirlo en los siguientes pasos del análisis. Los problemas deben abordarse uno por uno; sólo tras haber resuelto el primero podremos pasar al segundo, y así sucesivamente. Si mezclamos los problemas no conseguiremos llegar a ninguna conclusión. En todos los casos, el problema que debe abordarse primero es el que ha planteado la persona que ha presentado el caso. Se trata del problema principal, al menos para dicha persona, por lo que tenemos el deber de ayudarle a tomar una decisión adecuada. El problema reconocido por la persona puede ser insignificante en comparación con otros problemas morales relacionados con el caso, de modo que si se resuelven los grandes problemas, dicho problema desaparecerá automáticamente. A modo de ejemplo, un médico puede percibir que hay un problema relacionado con la elección de un tratamiento más caro para un paciente cuando el problema principal es que no ha preguntado si el paciente desea recibir algún tipo de tratamiento en absoluto. Así pues, debemos analizar no sólo el problema que plantea la persona que presenta el caso, sino también los problemas de los que depende, de haberlos.
- iii. *Valores que entran en juego.* Hasta ahora hemos hablado de “problemas” y “problemas morales”, pero no hemos dado una definición clara de estos conceptos. Los problemas morales no son nunca abstractos, sino concretos y específicos. Cuando alguien tiene un problema moral, significa que no sabe qué valor moral debe respetar en una situación determinada y decimos que dicha persona tiene un “conflicto de valores”. El lenguaje concreto de los problemas morales puede

## Anexo 2. Programa de Base de Estudios sobre bioética de la UNESCO

traducirse al lenguaje abstracto y universal de los valores y los conflictos de valores. Los valores son cualidades especiales, que los seres humanos consideramos importantes, como por ejemplo la justicia y la sinceridad. Si pensamos en un mundo sin justicia o sin sinceridad, nos daremos cuenta enseguida de que se trata de valores importantes o positivos. También hay valores opuestos, por ejemplo, la injusticia pero nuestro deber es aplicar y fomentar siempre valores positivos. Los conflictos morales surgen cuando al intentar aplicar un valor concreto vulneramos otro. Para resolver este conflicto, lo primero que debemos hacer es determinar los valores que entran en juego en la situación concreta a fin de transformar el problema moral en un conflicto de valores.

### c) Tercer paso: *Deliberación sobre nuestro deber*

Los conflictos de valores pueden resolverse de distintos modos, y nuestro deber es determinar y elegir el mejor, es decir, el modo que permita aplicar mejor valores positivos o que socave menos los valores que se encuentran en juego. Por lo tanto, debemos definir las distintas opciones que nos plantea el caso, y el modo más fácil de hacerlo es señalar primero las opciones más radicales.

- i. *Reflexionar sobre los casos más complejos.* A la hora de tratar casos clínicos, es importante que el médico sea sensible a todos los valores éticos. Sin embargo, a veces esta sensibilidad le obligará a enfrentarse a determinados desafíos que, de lo contrario, no tendría. Estos desafíos son de tipo ético, puesto que lo que dificulta la decisión sobre lo que hay que hacer son las tensiones entre el respeto de distintos valores. Existen desafíos más problemáticos que otros. Los más problemáticos para un médico son aquéllos en los que parece que cualquiera de las alternativas implica vulnerar un valor importante; estas situaciones se denominan “dilemas”, y son menos habituales de lo que parecería en un principio. En bastantes ocasiones, si se analizan con detenimiento todos los aspectos de un caso, se descubre que lo que parecía un dilema en realidad no lo es. A continuación veremos un ejemplo de falso dilema.

## Anexo 2. Programa de Base de Estudios sobre bioética de la UNESCO

Un testigo de Jehová rechaza que se le realice una transfusión de sangre porque entra en contradicción con sus creencias religiosas, pero al mismo tiempo nos solicita ayuda para salvar la vida. En esta situación, los dos valores que entran en juego son el respeto del bienestar espiritual del paciente y el respeto de su bienestar físico. En un primer momento podemos pensar que no es posible respetar ambos valores al mismo tiempo y que tendremos que elegir entre ambos extremos y, por lo tanto, sacrificar un valor o, en otras palabras, obraremos mal decidamos lo que decidamos. Esto es un dilema moral. Puede que nosotros creamos que el mejor resultado posible es la supervivencia del paciente, mientras que él cree que sobrevivir pero quedar condenado para toda la Eternidad sería la mayor catástrofe personal que le puede acaecer.

Nuestro primer deber moral es intentar respetar en la medida de lo posible todos los valores que entran en juego en este caso concreto. La solución ideal es buscar una manera de salvar la vida del paciente sin vulnerar sus creencias religiosas, es decir, reflexionar a fondo sobre si realmente nos encontramos ante un dilema. En casos como el que planteamos, existen distintos modos de respetar ambos valores. Por ejemplo, aproximadamente un 12% de los testigos de Jehová no está totalmente de acuerdo con la doctrina de La Atalaya sobre la sangre, por lo que la opción intermedia es evaluar las creencias individuales del paciente respecto a las transfusiones de sangre; algunos testigos de Jehová aceptan ciertos tipos de sangre o ciertos productos con sangre. Si el paciente se opone firmemente a esta opción, existen otras posibilidades, como por ejemplo el uso de técnicas de cirugía sin sangre, alternativas a la transfusión (como por ejemplo, los expansores de volumen) y las terapias con oxígeno (Perftec, Hemopure, Oxygent, PolyHeme, Perfloran). Otra opción es evitar el uso de sangre o algún sustituto de la misma salvo que sea realmente necesario. Así pues, en el caso que nos ocupa es posible satisfacer las exigencias éticas aparentemente contradictorias a las que se veía sometido el médico. La falta de reflexión sobre este tipo de cuestiones puede provocar perjuicios graves al paciente, sea cual sea la opción que se elija.

- ii. *Reflexionar sobre otros casos.* La mayoría de problemas morales que deben resolver los médicos a la hora de tomar decisiones sobre tratamien-



## Anexo 2. Programa de Base de Estudios sobre bioética de la UNESCO

tos son menos dramáticos que los dilemas aparentes como el presentado en el caso anterior. En la mayoría de las ocasiones, se trata de situaciones en las que los médicos deben tener en cuenta distintos valores éticos. Estos casos, en los que conviene reflexionar a fondo pero en que el médico no se encuentra ante la imposibilidad de encontrar una solución aceptable, se denominan “problemas morales” y no “dilemas”. Sin embargo, los médicos también deben tener en cuenta los distintos problemas del caso, o corren el riesgo de causar al paciente graves perjuicios. Por lo tanto, hay que sopesar la importancia de los distintos valores en esa situación concreta para poder tomar la decisión más acertada. Dicha decisión será la menos objetable desde el punto de vista moral o, por decirlo de otro modo, la menos irrespetuosa con los valores que están en liza. Este tipo de reflexiones puede ser complejo, y los detalles de cada caso pueden inclinar la balanza hacia un valor concreto o hacia otro. Por desgracia, no suele haber soluciones redondas, sino sólo soluciones parciales en las que o bien se ignoran en parte todos los valores sin que ello implique grandes daños morales o bien se da prioridad a uno o varios valores frente al resto. En este último caso, la decisión no provocará ningún daño moral, puesto que se habrá visto claramente el deber de actuar de una manera determinada.

### *d) Cuarto paso: Comprobar la coherencia*

Es importante que la reflexión moral sea coherente. A veces se da una importancia inadecuada a una o más consideraciones porque a la persona que debe tomar la decisión le conviene, con lo cual sólo se consigue empeorar la decisión y evitar el uso correcto de la razón para realizar una reflexión ética. Para evitar estas incoherencias existen varias técnicas.

- i. En primer lugar, podemos consultar referencias externas, como por ejemplo la Ley, que, aunque no resuelva problemas éticos, sí suele reflejar los valores morales de los ciudadanos. Sin embargo, conviene tener presente que en algunos casos las leyes son injustas y, por lo tanto, no nos serán de utilidad.
- ii. Otra vía es preguntarnos: “¿me comportaría así si la gente lo fuese a saber?”. Responder con sinceridad a esta pregunta nos permitirá co-

## Anexo 2. Programa de Base de Estudios sobre bioética de la UNESCO

regir el descuido de un principio de gran importancia en la historia de la ética, a saber, actuar de modo que deseemos que nuestro comportamiento sea una ley universal.

- iii. En la reflexión moral, hay que evitar las conclusiones precipitadas. Cuando surgen problemas morales, los médicos experimentan una gran cantidad de emociones, que tienen su importancia, pero pueden enturbiar el juicio y conducir a decisiones precipitadas. Si utilizamos el tiempo del que disponemos (lo cual incluye consultar a nuestros compañeros), es probable que las emociones se disipen un poco y podamos tomar mejores decisiones.

### *e) Quinto paso: Conclusión*

El resultado deseado de toda esta reflexión es tomar una decisión adecuada. La sabiduría práctica, es decir, el arte de tomar decisiones bien meditadas, es la virtud moral por excelencia. Las decisiones bien meditadas no son necesariamente decisiones aceptadas universalmente, puesto que dos personas serias y responsables pueden estar en desacuerdo en cuestiones éticas. Sin embargo, como se ha dicho, una vida sin reflexión no es digna de ser vivida, y en medicina no hay duda de que la vida moralmente irreflexiva es algo a evitar.

## Unidad 2. ¿Qué es la bioética?

### Objetivos pedagógicos de la unidad

- Los alumnos deben ser capaces de explicar la diferencia entre ética médica y bioética.
- Los alumnos deben ser capaces de diferenciar entre bioética, derecho, cultura y religión.
- Los alumnos deben ser capaces de explicar los principios de la bioética y cómo equilibrarlos en la práctica

## Anexo 2. Programa de Base de Estudios sobre bioética de la UNESCO

### Manual del profesor

#### 1. El nacimiento de la bioética

El término “bioética” es relativamente reciente. Fue acuñado en 1970 por el bioquímico Van Rensselaer Potter para llamar la atención sobre el hecho de que la ciencia había realizado avances muy rápidos sin prestar la atención necesaria a los valores. Durante un tiempo, el término hizo referencia al intento de vincular hechos científicos y valores en el ámbito medioambiental, pero hoy en día ha adquirido un significado más amplio e incluye la ética médica o, más en general, la ética asistencial. Pese a que a lo largo de la Historia encontramos ejemplos de reflexión ética en la medicina, no ha sido sino hasta las últimas décadas cuando la bioética ha evolucionado como subdisciplina de la ética. En parte, esta evolución ha venido motivada por los maltratos a seres humanos en el marco de investigaciones médicas, especialmente durante la Segunda Guerra Mundial, y por la aparición de tecnologías médicas que han puesto en tela de juicio valores compartidos por gran parte de la opinión pública.

En la segunda mitad del siglo XX, Potter concibió la bioética como un puente entre los hechos y los valores. Según él, las ciencias biológicas habían estado ampliando sus conocimientos y su capacidad técnica de modo continuado, pero la reflexión sobre los valores relacionados con estos avances había quedado rezagada. Es por ello que Potter acuñó el término “bioética” a partir de dos palabras griegas: *bios* (vida), que representa los hechos y las ciencias de la vida, y *ethos* (moral), que hace referencia a los valores y los deberes.

La medicina lleva siglos e incluso milenios dedicada al estudio de la vida y, en particular, de la vida humana, pero hoy en día hay muchas más ciencias y disciplinas con este mismo objeto de estudio. Así pues, no hay que confundir la bioética con la ética médica, que es sólo una de sus ramas. El campo de la bioética es tan amplio como la información sobre la vida, y su estudio se divide en numerosas ramas específicas: bioética ecológica o medioambiental, bioética médica, bioética clínica, etc.

La idea básica de Potter y, en general, de la bioética es que no siempre aquello que es técnicamente posible es moralmente correcto, por lo que resulta necesario algún tipo de control sobre nuestra intervención en la naturaleza, el entorno, los animales y los seres humanos. De ello depende el futuro de la

## Anexo 2. Programa de Base de Estudios sobre bioética de la UNESCO

vida y de la humanidad.

La bioética es el primer intento de pensar la ética “globalmente” y, de hecho, uno de los libros escritos por Potter se titula *Bioética global* (1988). A lo largo de su historia, la ética nunca había tenido una dimensión global. El criterio más amplio introducido en ella era el principio kantiano de “universalidad”: “Obra sólo de forma que puedas desear que la máxima de tu actuación se convierta en una ley universal”. Sin embargo, es probable que el filósofo alemán Immanuel Kant (1724-1804) entendiese el término “universal” en un sentido muy limitado, concretamente en referencia sólo a los seres humanos de su tiempo. En cambio, la idea de “globalización” incluye no sólo a todos los seres humanos de nuestro tiempo, sino también a las generaciones futuras (denominados seres humanos “virtuales”), al resto de organismos vivos y a la naturaleza y el medio ambiente.

Por lo tanto, la bioética global incluye a:

- i. Todos los seres humanos del presente (véanse unidades 5-15);
- ii. Los seres humanos del futuro (véase unidad 16), y
- iii. Todos los organismos vivos y el medio ambiente (véase unidad 17).

### 2. La salud y la enfermedad como valores

La salud y la enfermedad, al igual que la vida y la muerte, no son simples hechos, sino que también encarnan valores. Normalmente, la salud y la vida se valoran positivamente y la enfermedad y la muerte, de modo negativo. Asimismo, los valores pueden determinar qué es lo que se considera salud. Muchos médicos, sobre todo en Occidente, creen que la salud y la enfermedad se pueden entender como simples hechos. Según ellos, las enfermedades se deben a la alteración de determinados tejidos o partes del cuerpo humano que puede detectarse de modo científico, por lo cual se trata de hechos científicos como los que estudian la física y la química.

Consideramos que la salud es positiva y buena y la enfermedad, negativa y mala, y hoy en día resulta habitual asociar la salud con el bienestar. Ésta es la idea básica de la definición de salud elaborada por la Organización Mundial de la Salud (véase unidad 4). En nuestra época, la gente cree que está enferma cuando siente que le falta bienestar, aunque no se haya producido ninguna

## Anexo 2. Programa de Base de Estudios sobre bioética de la UNESCO

alteración biológica. A raíz de esta nueva concepción, los valores adquieren una gran importancia en las nociones de salud y enfermedad.

### 3. Principios de la bioética

En su trabajo, los médicos y otros profesionales de la salud deben tomar decisiones de tipo sanitario. Muchos de los hechos que tienen en cuenta incluyen valores, por ejemplo, si una afección determinada provoca sufrimiento al paciente, supone una amenaza para su vida o afecta de algún otro modo a su bienestar.

Nuestro deber es siempre fomentar e implementar valores. El deber de fomentar los valores se encuentra en el origen de las normas. Cuando estas normas son amplias y generales, se denominan “principios”. En la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO se enumeran 15 principios bioéticos:

- i. Dignidad humana y derechos humanos.
- ii. Beneficios y efectos nocivos.
- iii. Autonomía y responsabilidad individual.
- iv. Consentimiento.
- v. Personas carentes de la capacidad de dar su consentimiento.
- vi. Respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal.
- vii. Privacidad y confidencialidad.
- viii. Igualdad, justicia y equidad.
- ix. No discriminación y no estigmatización.
- x. Respeto de la diversidad cultural y del pluralismo.
- xi. Solidaridad y cooperación.
- xii. Responsabilidad social y salud.
- xiii. Aprovechamiento compartido de los beneficios.
- xiv. Protección de las generaciones futuras.
- xv. Protección del medio ambiente, la biosfera y la biodiversidad.

A lo largo de la Historia, muchos de estos principios no han sido respetados. Por ejemplo, a la hora de tomar decisiones clínicas, los médicos han tenido en cuenta sólo sus propios valores ignorando los de los pacientes. Como

## Anexo 2. Programa de Base de Estudios sobre bioética de la UNESCO

expertos, han considerado que sabían lo que más convenía a sus pacientes, del mismo modo que los padres creen que saben qué es lo mejor para sus hijos. En la actualidad este enfoque histórico, denominado “paternalismo”, se considera inadecuado.

El paternalismo es un comportamiento que se puede considerar moral en una sociedad homogénea desde el punto de vista de los valores, como existía y sigue existiendo en muchos lugares del mundo. En las sociedades tradicionales, la gente compartía unos mismos valores, por lo que si a la hora de tomar una decisión un médico tenía en cuenta sólo sus propios valores, podía estar seguro de que estaba respetando los de su paciente. Sin embargo, en los últimos siglos esta situación ha cambiado radicalmente. Uno de los motivos de este cambio ha sido la movilidad constante de las personas, con la consiguiente mezcla de valores, creencias y tradiciones que caracteriza a las sociedades modernas. Es posible que aún existan sociedades en las que un médico pueda dar por supuesto que sus pacientes comparten sus valores, pero son escasas, por lo que los médicos tienen la obligación de tener en cuenta los valores de los pacientes. Éste es el origen de la doctrina del consentimiento informado, que contrasta con el paternalismo tradicional presente en la profesión médica. Esta doctrina tiene en cuenta varios principios morales de la lista anterior, a saber: i, iii, iv, vi, vii y x.

Los profesionales deben respetar los valores de sus pacientes, salvo si entran en conflicto con otros principios bioéticos. Un deber básico de los profesionales de la salud es el que expresa la máxima *primum non nocere* (lo primero es no hacer daño). Las intervenciones médicas son arriesgadas y tienen efectos colaterales importantes, por lo que muchas veces pueden hacer daño al paciente. Así pues, el equilibrio entre beneficios y riesgos es vital para determinar si los procedimientos médicos son dañinos o no. Otros principios que limitan la autonomía del paciente son los indicados en ii, ix y xv.

Otro elemento limitador de los valores de los pacientes es la accesibilidad de la asistencia sanitaria y la distribución de recursos. El desarrollo tecnológico de la medicina ha hecho aumentar el precio de la asistencia sanitaria hasta el extremo de que la mayoría de las personas no pueden costársela. Este hecho plantea una serie de problemas morales relacionados con la justicia, el derecho a recibir asistencia sanitaria y la distribución justa de recursos escasos. Para resolver estos problemas hay que tener en cuenta los principios morales viii, ix, x, xi, xii, xiv y xv.

## Anexo 2. Programa de Base de Estudios sobre bioética de la UNESCO

Nuestro deber moral no es sólo no hacer daño al prójimo, sino también ayudarlo y beneficiarlo. Esta idea es especialmente importante para los profesionales de la salud, puesto que su objetivo es hacer todo lo que esté a su alcance para ayudar a la gente que lo necesita. Se trata del principio básico de la ética médica, pero con una complicación: en el mundo de hoy, lo que es beneficioso o perjudicial para el paciente no lo determinan sólo los profesionales de la salud, sino que también y sobre todo lo decide el propio paciente. Ignorar esto implica caer en el paternalismo. Se trata de actuar de la mejor manera posible sin ser paternalistas; ésta es la nueva interpretación de los principios morales ii, v y xiii.

### 4. Comités de ética

La situación actual de la asistencia sanitaria es mucho más conflictiva que la de épocas anteriores. La ética médica tradicional funcionaba a partir del principio moral de beneficiar y no perjudicar entendido de modo paternalista. El único responsable de tomar las decisiones era el profesional, y el único principio moral que debía tener en cuenta era el de beneficiar y no perjudicar al paciente. Por lo tanto, la posibilidad de que surgiese un conflicto moral era muy remota.

En cambio, hoy en día, en cada situación existen distintos principios y valores morales que deben respetarse y que, con frecuencia, entran en contradicción. De hecho, todos pueden entrar en conflicto con todos.

El número de conflictos no es un indicador del grado de moralidad de una sociedad o una profesión, sino que los conflictos surgen a medida que más gente puede decidir y participar en la toma de decisiones. Si sólo una persona puede decidir y el único deber moral del resto es obedecer, es poco probable que surja conflicto alguno. Los conflictos forman parte de la vida humana y son más habituales cuanto mayores son el respeto por la libertad y la diversidad moral.

Pero el problema no es la aparición de conflictos, sino la voluntad de respetarlos y resolverlos. Éste es el objetivo principal de la bioética: formar a las personas para que enfrenten los conflictos morales y sean capaces de tomar decisiones adecuadas que permitan mejorar la calidad de la asistencia sanitaria.

## Anexo 2. Programa de Base de Estudios sobre bioética de la UNESCO

A fin de alcanzar este objetivo, la bioética utiliza la deliberación como elemento de enfoque y reflexión de conflictos morales. Los individuos pueden utilizar por sí mismos este procedimiento, sobre todo con problemas sencillos, pero cuando los conflictos son complejos o afectan a varias personas, la deliberación debe realizarse de modo colectivo.

Dejando de lado las decisiones específicas sobre tratamientos, existen varios ámbitos donde se han creado organismos bioéticos para desarrollar el respeto a los valores en la asistencia sanitaria. Éste es el origen de los denominados “comités de bioética”. Se trata de plataformas de deliberación concebidas para tomar decisiones adecuadas y recomendar políticas. Existen distintos tipos de comités de bioética descritos en las guías de la UNESCO Creación de Comités de Bioética y Funcionamiento de los Comités de Bioética: Procedimientos y Políticas:

- i. Comités de carácter normativo o consultivo.
- ii. Comités de bioética de las asociaciones de profesionales de la salud.
- iii. Comités de ética asistencial.
- iv. Comités de ética de la investigación.

Cada uno de estos tipos de comités cuenta con sus propias características, descritas en los documentos de la UNESCO. Por ejemplo, los comités de ética asistencial realizan un trabajo muy importante en el ámbito de la bioética clínica. Están formados por médicos, enfermeras, trabajadores sociales y personas no especializadas de ambos sexos. La variedad de formación, conocimientos y experiencias de los miembros del comité permite comprender mejor los casos, enriquecer las perspectivas individuales y facilitar la toma de decisiones.

Los comités de ética asistencial no son organismos judiciales encargados de sancionar las conductas inadecuadas e imponer medidas disciplinarias. Precisamente ésta es una de las grandes diferencias existentes entre los comités de ética y los tribunales: el objetivo de la ética no es competir con la ley, sino fomentar la toma de decisiones adecuadas y la excelencia profesional. La bioética no busca lo que es correcto legalmente, sino lo que es mejor desde el punto de vista humano. En otras palabras, el objetivo de la bioética es fomentar la mejor actuación posible.



## Anexo 2. Programa de Base de Estudios sobre bioética de la UNESCO

### 5. Profesionalidad médica

El término “profesionalidad” hace referencia a la conducta, los objetivos o las cualidades que caracterizan a una profesión o a un profesional. En el proyecto “Profesionalismo Médico en el Nuevo Milenio: Carta del Médico” se define la profesionalidad como la base del contrato de la medicina con la sociedad. “Ello exige colocar los intereses del paciente por encima de los del médico, establecer y mantener estándares de competencia e integridad y prestar a la sociedad asesoramiento especializado en materia de salud. Los principios y responsabilidades del profesionalismo médico deben ser claramente comprendidos tanto por la profesión como por la sociedad. La confianza del público en los médicos es esencial en este contrato, y depende de la integridad tanto de los médicos individualmente como de toda la profesión” (*Annals of Internal Medicine*, 2002; véase <http://www.annals.org/cgi/content/full/136/3/243>). Por lo tanto, la profesionalidad está directamente relacionada con la ética. Su expresión ética se denomina “ética profesional” y se encuentra formulada, entre otros, en los Códigos de Ética Profesional.

A lo largo de la historia de la medicina, la ética médica ha sufrido numerosos cambios. Por ejemplo, la influencia del paternalismo ha disminuido a medida que aumentaba el respeto de la autonomía. También se han producido cambios importantes relacionados con el acceso a los servicios de salud y la distribución de recursos escasos.

Sin embargo, hay un elemento de la ética profesional que ha permanecido constante: el deber moral de los profesionales no sólo de no causar daño a sus pacientes, sino de hacer todo lo que puedan por ellos. Se trata de un objetivo de principal de los códigos de conducta que cada profesional debe cumplir.

Los profesionales deben esforzarse por alcanzar la excelencia. Los pacientes dejan en sus manos las dos cosas más valiosas de las que disponen: su vida y su salud, y su deber es hacer todo lo que puedan por ellas.

Al principio de la *Ética para Nicómaco*, Aristóteles escribió: “Si hay, por lo tanto, un objeto deseado por sí mismo entre aquellos que perseguimos en nuestras acciones, y si deseamos otras cosas en virtud de él (...) ese objeto sería el bien, y el mejor de los bienes. ¿No es verdad, entonces, que el conocimiento de este bien tendrá un gran peso en nuestra vida y que, como aquellos que apuntan a un blanco, alcanzaríamos mejor el que debemos alcanzar?” (*Ética para Nicómaco*, I 1: 1094 a 18-26).



## Autores

**D. James Drane y D. Russell B. Roth**

*Professor of Bioethics. Edinboro University of Pennsylvania, EE.UU.*

**D. Benjamín Herreros Ruíz-Valdepeñas**

*Profesor de Humanidades Médicas. Universidad Europea de Madrid.*

**D. Octavio Márquez Mendoza y Dña. Marcela Veytia López**

*Profesores investigadores del Centro de Investigación en Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma del Estado de México, México.*

**D. Gregorio Palacios García-Cervigón**

*Magister en Bioética. Unidad de Medicina Legal Abascal.*

**D. Carlos Pose Varela**

*Profesor de Filosofía. Instituto Teológico Compostelano. Universidad Pontificia de Salamanca.*

**D. Miguel Ángel Sánchez González**

*Profesor Titular de Historia de la Ciencia y Docente de Bioética. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid.*

**D. Mark Siegler**

*Director del MacLean Center for Clinical Medical Ethics. Universidad de Chicago, EE.UU.*

**Dña. Emanuele Valenti**

*Centro di Bioetica Clinica e Governance della Salute Ca' Grandam, Milan, Italia.*

**Dña. Susana Vidal**

*Consultora para América Latina y El Caribe en Bioética de la UNESCO, Oficina de la UNESCO de Montevideo. Coordinadora Académica del Programa de Educación Permanente en Bioética de la Red Bioética UNESCO.*

**Mesa redonda: LA FORMACIÓN EN BIOÉTICA: UNA VISIÓN ESPAÑOLA Y AMERICANA** en el V Seminario Internacional e Interuniversitario de Biomedicina y Derechos Humanos, celebrado en la Real Academia de Jurisprudencia y Legislación (Madrid) en Junio de 2009.



De izquierda a derecha los profesores: D. Benjamín Herreros, D. James F. Drane, Dña. María Tormo, D. Mark Siegler y D. Miguel Ángel Sánchez



José Abascal 40  
[www.cpm-tejerina.com](http://www.cpm-tejerina.com)