La formación ética en el pregrado médico y perfil profesiográfico por competencias con pertinencia bioética

Fernando Herrera-Salas[1]

Resumen

Se pretende efectuar un inventario de los aspectos necesarios y pertinentes a la integración de un modelo de enseñanza de la ética y bioética en el pregrado médico, de modo que, más allá de un itinerario específico, se articule la formación en su sentido más pleno. Destaca la cuestión del sujeto como fin de la enseñanza misma, nos referimos al modo en que el nuevo humanismo médico nos interpela en la construcción del individuo orientado hacia una praxis médica y que se traduce en cuestionamientos como: de qué valores debe ser portador el médico; qué relación guardan para él la autonomía del paciente y su bienestar individual; cuál es el estatuto del juicio moral en su relación al acto médico; qué relación observa el *ethos* profesional frente al *ethos* individual del médico; entre otros. Se emplean como instrumentos para sistematizar la apuesta formativa, tanto el perfil profesiográfico del médico de pertinencia bioética, como una cartografía de la formación ético-actitudinal que implica las dimensiones: cognitiva (juicio moral), volitiva (convicción bioética) y comportamental (accionar virtuoso).

Palabras clave: Formación bioética, Pregrado médico, Perfil profesiográfico, Economía del don, Sujeto de la imputación.

The Teaching of Ethics-Bioethics in the Pregrado and Professional Profile by Competences of the Physician with Bioethics Relevance

Abstract

It intends to make an inventory of those aspects necessary and pertinent to the integration of a teaching model of ethics and bioethics in the medical undergraduate, so that beyond a specific itinerary, articulate the formation in its fullest sense. Highlights the question of the subject as the end of the teaching itself, we refer to the way in which the new medical humanism challenges us in the construction of the individual oriented towards a medical praxis and which translates into questions as: what values should the doctor wear, what relationship does the patient's autonomy and individual well-being maintain, the status of the moral judgment in relation to the medical act, the relationship between the professional ethos and the individual ethos of the physician, among others. It is used as instruments to systematize the formative bet, both the professional profile of the physician of bioethical relevance, and a mapping of the ethic-attitudinal formation that implies the dimensions: cognitive (moral judgment), volitional (bioethical conviction) and behavioral (virtuous action).

Keywords: Bioethical Training, Medical Undergraduate, Professional Profile, Economics of Gift, Subject of Imputation.

Recibido: 5 de abril de 2017
Aceptado: 15 de mayo de 2017
Declarado sin conflicto de interés

1 Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México. fherresal@gmail.com

Acerca de los fines de la formación ética y bioética en el campo médico

Asistimos en nuestra contemporaneidad a lo que Moratalla (1993) ubicara como un "auge del pensar ético", de forma concurrente a lo que Abellán & Maluf (2014) designan como énfasis en la "reflexión bioética" –entendida según la acuñación del término por Potter (1971), como "nueva disciplina (…) «puente» entre dos culturas: la científica, en torno a la vida y al medio ambiente, y la humanista, centrada en la Ética"–, de modo que estos sucesos vienen interpelando tanto el quehacer científico, como la práctica profesional, los sistemas educativos, y más allá, al proceso de producción industrial y las políticas gubernamentales, para ponderar sus propósitos y su impacto. Contexto global entonces, que ha implicado una extensión de la preocupación ética y bioética más allá de los límites de lo humano para considerar el medio ambiente, la biósfera y la biodiversidad.

De manera particular, ambos, el "pensamiento ético" y la "reflexión bioética", han permeado en el ámbito clínico, sanitario e investigativo, haciendo del campo de lo médico un terreno en que se viene meditando tanto su doctrina, donde el fruto más claro es la propuesta de un "nuevo humanismo médico" (González, Janaudis y Rozenfeld, 2006; Oseguera, 2006), así como la evaluación de los modelos, la forma de enseñanza, la práctica profesional y el mercado de trabajo, desde el "paradigma del nuevo profesionalismo" (Infante, 2010), e incluso la cotidianidad de las relaciones humanas situadas por el acto médico.

También, a partir de la emergencia de la bioética, ahora nos parece más claro que existe una diferencia y una interdependencia entre ambos: el *conocimiento* y el *saber médico*, pues como esclarece Potter (citado en Llano, 1995), estos pueden tener un desarrollo desigual, e incluso observar rezagos uno en relación al otro:

> A medida que ingresamos a la era del tercer milenio cada vez estamos más conscientes del dilema formulado por el aumento exponencial en el conocimiento, sin un aumento de la sabiduría necesaria para manejarlo (...) Les pido que piensen en la Bioética como una nueva ética científica que combina la humildad, la responsabilidad y la competencia, que es interdisciplinaria e intercultural y que intensifica el sentido de la humanidad.

Si analizamos más de cerca esta dupla de conocimiento y saber en su huella dentro de la medicina como profesión, podemos considerar pertinente la acotación de Abellán & Maluf (2014), quienes señalan que existen dos modelos de formación médica: el *modelo científico-tecnológico* que se caracteriza por ser prescriptivo y normativo, basado en los avances del conocimiento de la medicina y los desarrollos biotecnológicos, en oposición al *modelo de formación ética y humanística* que está basado en la casuística y los contextos dilemáticos de la praxis médica. Sin embargo, más allá de la eficacia de una u otra formación, parece ser que estos modelos se reclaman uno al otro, es decir, no podemos dejar de pensar en la *calidad de la atención* fuera de la *justeza del trato* al paciente, dentro de los ámbitos clínicos y hospitalarios. La calidad implica una dimensión técnica-científica en la formación, a saber: la garantía de que el médico posee la competencia para llevar la terapéutica a buen fin –ya sea para conservar o restablecer la salud del paciente– mediante los recursos expertos necesarios y pertinentes; mientras que la justeza en relación con el buen trato al paciente, implica que ese *bien* que se otorga o confiere, es decir la *salud*, es algo que puede ser situado desde una *economía del don* (Ricoeur, 1993), y no sólo desde una *economía de la equivalencia* de corte puramente utilitarista.

Sólo en la medida en que instalamos la formación bioética del médico en el entrecruce de una *lógica de la equivalencia* donde lo justo se instituye en un deber y una *lógica de la sobreabundancia* donde lo bueno se persigue como un fin, entendemos la propuesta de González, Serrano, Pastushenko y Altisent, (2009), en el sentido de que la enseñanza de la bioética supone "promover actitudes, despertar virtudes, involucrar la emoción y el entusiasmo para hacer por el enfermo lo mejor que se pueda". Como podemos notar, esta propuesta implica el trabajo sobre la persona misma del sujeto en formación, en el sentido en que, de manera temprana, el médico debe tener en claro *quién es ese otro al que se debe* y no sólo ubicar quién y cuánto le debe.

La propuesta de González y cols. (2009), como se puede apreciar, implica la construcción en el médico de una especie de sensibilidad hacia su paciente en tanto que *ser finito y sufriente* –cuestión que le conduce a la asunción de una tarea metafísica–[1] por lo que sus acciones, situadas en el acto médico, deben estar orientadas por una máxima: *el deseo de hacer el mayor bien a todo aquel que lo demande o requiera y en la justa medida de lo necesario y posible*. Como tal, esta máxima suscribe actitudes entre una "moral de *convicción*" (moral de lo

absolutamente deseable) y una "moral de *responsabilidad*" (moral de lo relativamente posible" (Ricoeur, 1993:93). También implica virtudes, y aunque González y colbs. (2009) no las delimita, parece ser que se alude de manera necesaria a la valentía, la prudencia, la sabiduría y la justicia, virtudes clásicas que sin duda se involucran en el acto médico. Pero lo más significativo, es que ese "a todo aquel que lo… requiera", implica considerar al otro más allá del prójimo o semejante, es decir, bajo un criterio de universalidad o trascendencia que lo eleva a la dignidad de necesitado o carente de salud –especie de ontología negativa que define el ser desde la falta de ser– y, por tanto, fuera de etnocentrismos o sesgos de raza, sin fundamentalismos o prejuicios de credo, sin distingos de ubicación social o nivel socioeconómico, e incluso ,independientemente de confirmadas referencias de criminalidad o perfiles sociopáticos, etc.

Podemos notar a partir de esto último que, paradójicamente, es en esta construcción del otro o relación con el otro como *un fin en sí mismo* desde el humanismo médico, donde se maximiza la "regla de oro"[2] bajo una *economía del don*, y la acerca a su forma supraética, ejemplificada por el mandamiento judeo cristiano: "ama incluso a tus enemigos". De ese modo, otorgar un *bien*, como es la salud, constituye para el médico un imperativo en una dimensión deontológica que reordena su orientación moral, hacia un deber que lo trasciende en sus intereses personales, por lo que al mismo tiempo instituye las coordenadas de su ética personal: haciéndose un bien al hacer el bien, como una dimensión teleológica del sí mismo (Ricoeur, 1993).

Pero para ganar en precisión, debemos advertir que la forma en que se inscribe el acto médico en la "economía del don", es por mediación de lo que Martínez (2002) define como el "amor médico", el cual aparece como un más allá de la "lógica de la equivalencia", y un más acá de una "*lógica de la sobreabundancia*" (Ricoeur, 1993). Es decir, donde generalmente el médico se otorga pleno y sin recapacitar en la retribución material o inmediata, pero que también implica límites en la medida en que no se trata de un amor en el registro de lo erótico, ni tampoco se trata de un amor celadónico o angelical, ni se acerca a un amor filial, pues ese otro de la relación al que el médico se orienta a saber, el paciente, debe estar situado en un vínculo peculiar, se trata de una forma de lazo social caracterizado por una serie de notas específicas (Martínez, 2000; López, 2015; López y Tarasco, 2011; Lugo, 2011), que se pueden listar del modo siguiente:

- La atención a los carentes de salud involucra un acto de amor, un acto cuyo fin es el de restituir la salud y disminuir el sufrimiento.
- El amor por el paciente funda o establece la razón de ser del médico y de todo el personal que actúa en el ámbito de la salud, lo cual involucra un *giro ético-humanístico* en la clínica médica: un pasaje de la atención de la enfermedad a la atención al enfermo.
- El amor médico describe una relación terapéutica, profesional y vital, en que tanto el paciente como el médico buscan el bien. Se trata de un lazo colaborativo con base en una "alianza mutuamente comprometida", que se caracteriza por el respeto, la sensibilidad y la confidencialidad.
- La relación médico-paciente debe sustentarse en la eticidad, la confianza y el respeto mutuo, en la medida en que su centro de atención es el enfermo.
- Moviliza una constante disposición a la relación de ayuda y soporte, por lo que de ningún modo puede generar la "sensación de desamparo o abandono".
- Tiene que desarrollarse en un contexto humano, es decir, donde puedan comunicarse no sólo argumentos racionales que legitiman la prescripción, sino también los afectos y los sentimientos que matizan la situación vivenciada.
- Con adecuadas vías de comunicación que garanticen una información amplia y suficiente, utilizando un lenguaje próximo, comprensible y apegado a la verdad.
- El amor por el paciente promueve un vínculo afectivo eficiente para fortalecer la eficacia necesaria en la atención.
- Tiene que ser un proceso activo, de participación conjunta y donde el paciente, con autonomía e independencia, tome decisiones ponderando ventajas o riesgos del tratamiento, tocante a la causa y evolución de su enfermedad.

Si examinamos el conjunto de enunciados así empleados para situar el estatuto del "amor médico", podemos notar que comportan predicados de ambos tipos: *predicados éticos* sustentados por una «idea de bien», y *predicados morales* que implican una «idea de obligación» (Ricoeur, 2003). La existencia de este tipo de predicados establecen, a uno y otro lado de la relación, la posibilidad de valoración, preferencia, consentimiento, o de compromiso, responsabilidad, débito, por lo que nos instituyen como *sujetos éticos*: "… en tanto que capaces de estimar como buenas, de

declarar permitidas o prohibidas las acciones de otros o de nosotros mismos".

A este nivel, podemos subrayar que la relación terapéutica así caracterizada construye a los sujetos implicados en tal vínculo de un modo particular, a saber: como *sujetos de imputación* (Ricoeur 2003), lo cual resulta de "la aplicación reflexiva de los predicados «bueno» y «obligatorio» a los agentes mismos".

La enseñanza de la bioética, podemos concluir en relación con este parágrafo, supone entonces dos cosas importantes: 1) la contextualización de un vínculo que hace del amor médico un escenario de prueba para las acciones que moviliza la terapéutica médica, y 2) la edificación del médico en ambos sentidos: como *agente de la cura* y en su «personalidad moral», cuestión esta última que queda esclarecida, si recuperamos lo deslindado por Kant, en la *Doctrina del Derecho*, (citado por Ricoeur, 2003:54), cuando advierte:

> Un hecho (*Tat*) es una acción en la medida en que se considera sometida a las leyes de la obligación, por lo tanto, también en la medida en que se considera al sujeto en ella desde la perspectiva de la libertad de su arbitrio. A través de un acto semejante se considera al agente como *autor* del efecto, y éste, junto con la acción misma, pueden *imputársele*, cuando se conocen previamente la ley en virtud de la cual pesa sobre ellos una obligación. *Persona* es el sujeto, cuyas acciones son *susceptibles de imputación*. La personalidad *moral*, por tanto, no es sino la libertad de un ser racional sometido a leyes morales…

Es importante subrayar para concluir este parágrafo, que el marco de la obligación de donde deviene la ley que se autoimpone y, por tanto, donde se prueba la libertad de su arbitrio, está situado por el "amor médico", y éste aparece como constituyente de la identidad profesional al caracterizar al propio médico, de una parte en su dimensión de persona: como un "ser de voluntad" que se asume en el deber y la norma de manera libre y, de otra parte, como: *sujeto de imputación*: que sabe valorar lo justo y lo bueno para él mismo y para ese otro al que se debe.

El médico como agente de la cura y su perfil profesiográfico

Una dimensión de la enseñanza de la bioética en el pregrado médico, que viene a ser determinante en su identidad y desempeño profesional, es el establecimiento de las competencias que caracterizan al médico como agente de la cura, es decir, como autor o responsable de la preservación y restablecimiento de la salud. Al respecto, podemos advertir que, por la manera en que lo delinean diversos autores (López, 2015, Rodríguez y Zulueta, 2001; Carvalho, Novaes y colbs. 2010; González; Serrano y otros, 2009), tales competencias pueden ser estructuradas bajo la figura de lo que aquí designaremos como *perfil profesiográfico* (Herrera, Stein, Morales y Hernández, 2012), siendo importante notar que el delineamiento de dicho perfil profesiográfico con pertinencia bioética, pone en relación de manera dinámica y convergente ambas formaciones, la científico-técnica y la ético-humanística, del modo siguiente: nos indica que en el proceso de convertirse en un "tomador de decisiones", el médico enfrenta un doble trámite: en relación con el razonamiento clínico confronta *la incertidumbre* y, por el lado del razonamiento moral, el médico enfrenta *la crisis* o *dilema*.

Podemos entonces formular este perfil profesiográfico médico de base bioética, tomando en consideración tres niveles de corte analítico: 1) el *dominio de competencia* que establece la *competencia genérica* a modo de un orden lógico en su nivel superior; 2) las *competencias generales y específicas* que se derivan del nivel genérico establecido; y, 3) las *definiciones y acciones conducentes*, como guías de ejecución práctica. Encontramos entonces el despliegue de estos tres aspectos bajo la estructura que se muestra en la Tabla 1.

Dimensiones de la formación ética y bioética

La formación bioética del estudiante del pregrado no puede estar limitada únicamente al aprendizaje de preceptos o principios éticos en un nivel conceptual, se debe considerar que dicha formación debe resultar más plena y ubicada en su nivel ético-actitudinal; de modo que su *postura ética y bioética* se convierta en un orientador de su praxis médica, lo cual, desde nuestra perspectiva, involucra tres dimensiones o planos formativos: una dimensión cognoscitiva, una dimensión volitiva y una dimensión comportamental. Se requiere entonces inducir la construcción en el estudiante de tres componentes esenciales: el *razonamiento moral*, la *convicción ética* y un *comportamiento "virtuoso"*. Al desglosar estas dimensiones de la formación ético-actitudinal encontramos varios aspectos que pueden ser esquematizados como aparece en la Tabla 2.

Podemos, para finalizar este breve apartado, señalar algunos problemas conceptuales que se abren a partir de la descripción de tales dimensiones de la formación ético-actitudinal, si bien aquí únicamente los

Tabla 1. Perfil profesiográfico del médico por competencias de pertinencia bioética

Nivel de competencia	Capacidades que requiere ostentar	Valores que debe portar
Competencia técnica y de autorregulación	*Competencia general*: Ser poseedor de conocimientos médicos sólidos orientados a la atención de calidad en salud. *Competencias específicas*: a) Exhibir autoconfianza fundada en la competencia. b) Mostrar control emocional, cordialidad, empatía y flexibilidad	*Definición*: Los valores conciernen a la existencia del médico como individuo y como profesional, ya que favorecen la disposición, control voluntario y monitoreo de sus capacidades y recursos técnicos movilizados en la atención a la salud. *Acciones*: El médico requiere desarrollar, como complemento de su formación biomédica, capacidad de autorregulación cognitiva-emocional y un elevado nivel empático que implique la comprensión y reconocimiento del otro. *Valores*: Son valores relativos al campo médico: el amor a la profesión, la tenacidad, responsabilidad, la honestidad, justicia, igualdad y solidaridad.
Competencia dialógica	*Competencia general*: Habilidad para promover una actitud dialógica y disposición a la valoración moral	*Definición*: La comunicación dialógica refiere un discurso colaborativo que se caracteriza por el vínculo directo, veraz y consensual entre los hablantes. *Acciones*: El médico sabrá establecer los criterios de una relación dialógica: 1. Reconocimiento del otro como interlocutor válido 2. Asunción de la verdad desde un "diálogo bilateral" 3. Aceptación de la universalidad de intereses 4. Disponibilidad a la expresión de intereses personales de modo argumentado 5. Toma de decisiones para llegar a una solución correcta bajo el reconocimiento de las ventajas comunes
Sensibilidad bioética	*Competencia general*: Capacidad para adoptar una posición solidaria donde nada de lo humano resulte ajeno *Competencia específica*: Situar los dilemas éticos concernientes a la práctica de la medicina moderna	*Definición*: Por sensibilidad bioética se puede entender la capacidad para percibir, conceptualizar y valorar el sufrimiento, la inequidad, así como los problemas y dilemas del cuidado de la salud. *Acciones*: Asunción de los principios básicos de la bioética: autonomía, justicia, beneficencia, no maleficencia. *Valores*: Resultan valores implicados: información, veracidad, discreción, respeto, confianza, tolerancia, justicia, autonomía, dignidad, consentimiento, compromiso.
Posicionamiento ético	*Competencia general*: Asumir una postura ética de manera consciente y argumentada. *Competencia específica*: Orientar su praxis médica desde una perspectiva bioética adoptada conscientemente.	*Definición*: La bioética refiere una ética científica que nos orienta en la edificación de una medicina centrada en el paciente. *Acciones*: la asunción de un enfoque bioético requiere del médico: - Efectuar una práctica médica con prudencia, ponderación y sabiduría. - Comprometerse con un modelo de vida virtuoso que gobierne toda actuación profesional. - Valorar las emociones, la afectividad, como una pista necesaria en la terapéutica médica. - Acceder a una educación moral como disciplina de los sentimientos, donde la regulación de las emociones es nodal en la atención a la salud. - Asumir que la formación en valores implica el anclaje del *deseo médico* como un más allá de las puras apetencias. - Orientar al paciente en relación a cómo debe percibirse a sí mismo en su relación al bien en juego, a saber: su salud.
Orientación al logro	*Competencia general*: Capacidad para garantizar resultados positivos y la disponibilidad de recursos en la atención al paciente. *Competencias específicas*: a) Definir el status del sujeto de la atención: paciente, cliente o derechohabiente. b) Definir criterios de cali	*Definición*: La orientación al logro implica la capacidad para actuar con prontitud, sentido de urgencia, firmeza y precisión, cuando son necesarias decisiones importantes para atender las necesidades del paciente o la mejora de los servicios de salud. *Acciones*: Construir para sí inclinaciones e intereses ético-bioéticos y asegurar que se movilicen en su praxis médica: - Protección a su paciente - Humanismo - Cooperativismo - Comunicación verbal y no verbal

Nivel de competencia	Capacidades que requiere ostentar	Valores que debe portar
	dad de la atención y parámetros del trato al paciente c) Mantener el equilibrio de los componentes: técnico, científico, administrativo, legal y humanístico	- Manejo de distancia óptima entre médico y paciente (asimetría funcional) - Solidaridad con al sufrimiento - Apoyo emocional - Talante de compasión - Tacto para mostrar afecto y antipatía - Evitar una práctica médica viciada - Evitar la indolencia en su postura ética
Competencia humanística	*Competencia general*: Garantizar la connivencia, convergencia y armonía de los conocimientos técnicos con una postura humanística *Competencia específica*: Acceder al nuevo humanismo médico capaz de concertar el tratamiento que el paciente necesita con un trato digno.	*Definición*: el humanismo médico refiere el interés solidario, fundado en el compromiso y la convicción, de curar o aliviar los problemas de salud que presentan los pacientes, no considerados simplemente como "cuerpos humanos" sino como personas. *Acciones*: Adoptar el humanismo como un referente de obligaciones para mejor desempeñar la función médica: - Saber atender al enfermo considerado en toda su dimensión humana - Determinar el desarreglo fisiológico bajo un conocimiento profundo de la enfermedad y de la personalidad de quien enferma - Hacer por el enfermo todo lo que es posible, no contentándose con no hacerle un mal. - Ejercer una medicina centrada en el paciente y no en la enfermedad. - Hacer de la ética una postura personal que incida en el modo de cuidar al enfermo: como un más allá del no cometer infracciones hacia el deseo de ayudarlo mejor, instituyendo el "*bien hacer médico*". - Construirse como un sujeto capaz de tomar las decisiones correctas. - Realizar una inversión en la cultura de la salud, la civilidad responsable y la generación de una "eticidad ambiental".

habremos de acotar sin aspirar a dilucidarlos: 1) existe una relativa independencia entre el *razonamiento clínico* que moviliza conocimientos biomédicos o scripts experienciales de tratamiento y el *razonamiento moral*, que moviliza preceptos o principios éticos y bioéticos para determinar la pertinencia o justeza de un proceder o trato hacia el otro; pero existen puntos de articulación o coyuntura en que los déficits o negligencia en uno, pueden acarrear consecuencias negativas al otro; 2) la sensibilidad bioética no implica un dejarse llevar por el sentimentalismo, la afectación, impulsividad o la debilidad de carácter pues, por el contrario, exige del médico una realización personal, madurez de juicio y capacidad de autorregularse; 3) el accionar virtuoso no supone una vertiente del individualismo como solipsismo, ya que implica una co-construcción a modo de una dialéctica identidad-alteridad del médico y su paciente.

Acerca del modelo de enseñanza de la ética y bioética en el pregrado

Como señalan Moreto y Bariani y otros (2008), "… aun siendo un consenso internacional incorporar la bioética en la formación del médico, la pregunta clave que se refiere al modo concreto de hacerlo permanece sin respuesta. No se discute la importancia de la disciplina sino cómo es posible enseñarla". Al respecto encontramos que en el contexto actual de la enseñanza de la bioética y de acuerdo con varios autores (Malek, Geller & Sugarman, 2000; Rodríguez y Zulueta, 2001; González, Serrano y otros, 2009; Abellán & Maluf, 2014), se debe aspirar a delinear un modelo de enseñanza que responda de manera simultánea a diversas interrogantes curriculares y organizativo institucionales, de modo que oriente tanto las situaciones de aprendizaje, como los contenidos temáticos potenciales los *curricula* en las escuelas de medicina y su implementación. Desde la aproximación que venimos desarrollando, la serie de interrogantes a determinar en la conformación de un modelo de enseñanza de la ética y bioética en el pregrado médico y su respuesta potencial, pueden ser planteadas del modo siguiente:

¿Qué estructura curricular favorece la formación ética y bioética en el pregrado? Independientemente de que nos podamos pronunciar aquí a favor de un currículum flexible, centrado en el alumno, polivalente, por com-

Tabla 2. Dimensiones de la formación ético-actitudinal en el pregrado médico

Dimensiones	Destrezas	Acciones
Cognoscitiva	Razonamiento moral	El médico requiere reflexividad metódica y deliberación estratégica al enfrentar dilemas éticos y contextos de "crisis", lo que supone: 1) Un proceder analítico de solución de problemas: inductivo, partiendo de sus experiencias precedentes llegar a conclusiones; deductivo, subsumiendo los casos bajo reglas o principios; abductivo, formulando hipótesis plausibles y generando apuestas. 2) Capacidad de anticipación y ponderación de las implicaciones o consecuencias de sus decisiones y actos.
Volitiva	Convicción ética	La construcción de la propia *personalidad moral* como una dimensión de la formación profesional, implica: a) Diferenciar entre la formación humanista y el crecimiento del médico como persona; b) Considerar a la persona del médico como "soporte de una actitud, de una perspectiva y de una aspiración" (Ricoeur, 1993). c) El desarrollo como sujeto con capacidad para "valorar sus acciones en términos de bueno y obligatorio" (Ricoeur, 2003). d) La asunción de la *convicción* como eje de su construcción ética: pues en la convicción: "yo me arriesgo y yo me someto", me "identifico con una causa que me trasciende" y me hago deudor y me comprometo haciéndome susceptible de evaluación en mi grado de fidelidad con la dirección elegida. (Ricoeur, 1993).
Comportamental	Accionar virtuoso	El paciente requiere sobre todo un "médico educado" (González, Serrano, y otros, 2009), es decir, que no se reduce sólo a sus conocimientos técnicos sino que procede como un profesional humanista: a) capaz de entenderle como un ser humano que tiene sentimientos; b) que busca una explicación para su enfermedad; y c) que lo conciba como alguien que requiere amparo en su sufrimiento.

petencias, internacionalista, transdisciplinario, que garantice la movilidad –entre otras características a las que apuntan las nuevas teorías curriculares– en este punto resulta importante la acotación de González, Serrano y otros (2009), en el sentido de que se debe aspirar a tener un *modelo de currículum longitudinal de bioética*, tal que articule la base de los conocimientos biomédicos y bioéticos con otras disciplinas humanísticas y sociales –como la filosofía, lingüística, semiología, historia, derecho, economía, psicología, antropología– así como las estrategias de comunicación con el paciente, donde esta integración de saberes proponga "una visión de la medicina mucho más amplia y humana", y donde se utilice la bioética para "acompañar tutorialmente" al alumno de medicina en formación. Podemos notar, que la dimensión longitudinal y la acción de *acompañamiento tutorial* se corresponden de manera interesante, pues nos conducen a pensar la posibilidad de diseñar todo un recorrido en la formación bioética en el pregrado isomorfa a la formación biomédica y clínica, de manera que se garantice una maduración del juicio moral y de la sensibilidad bioética del estudiante en niveles pragmático y conceptual. Esto aporta una ventaja, pues si asumimos con Lifschitz (1997) que la formación del médico en un ámbito clínico apunta a convertirle en un "tomador de decisiones", entonces en su contraparte bioética debe llegar a asumirse como un "sujeto de la imputación" (Ricoeur, 2003), en la medida en que puede establecer una relación primaria con la obligación y el bien, que lo instituye dentro de un marco de responsabilidades desde un "responder a" y "responder por".

¿*Quién va a enseñar bioética*? La integración o formación de una porción de la planta docente abocada a la enseñanza de la bioética en el pregrado médico implica consideraciones particulares, del modo siguiente: a) podemos suponer que la sola formación médica, aunque se encuentre seguida de una extensa experiencia profesional e incluso haya implicado también una práctica docente en la transmisión de conocimientos biomédicos, por sí misma no garantiza la construcción de un punto de vista ético-bioético, un posicionamiento actitudinal, y una estrategia de transmisión de valores del docente promedio; b) desde ese lugar se puede entender que para González,

Serrano y otros (2009), la respuesta a esta pregunta implica la definición de una figura del docente que trasciende los límites de la formación del médico como profesional específico y propone un cierto grado de especialización: "formadores versados en múltiples y diversas ciencias o incluso en varias de ellas simultáneamente, un profesional docente cualificado especialista"; y c) esto implica una estrategia institucional y una inversión específica en la conformación de este sector de la planta docente ad hoc a la enseñanza bioética.

¿*Qué objetivos debe perseguir la formación ética-bioética en el pregrado médico*: Desde este lugar del modelo de enseñanza; podemos considerar muy pertinente la propuesta de Zaror, Muñoz y otros (2014), quienes señalan dos objetivos de la formación bioética: "1) preparar al estudiante para la toma de decisiones y resolución de dilemas éticos propios del ejercicio profesional; 2) alcanzar valores superiores de desarrollo moral logrando modelos de conducta ética que se aplicarán en la vida adulta tanto en el contexto personal como en el ámbito profesional"; a los cuales podemos agregar un tercero: c) capacidad para la generación de una "eticidad ambiental" y la promoción de comunidades éticamente competentes.

¿*Qué tipo de prácticas garantizarían una formación de la ética*? La respuesta a esta pregunta enfatiza esa dimensión la praxis médica como experiencia real, en la que, para el profesional en formación, un acercamiento temprano al campo de injerencia profesional es lo que abre la posibilidad de valorar y *generar un juicio ético a modo de implicación y pronunciamiento*. No obstante, se debe tener claro que el estudiante en formación generalmente tiene como prioridad, cuando realiza su práctica clínica u hospitalaria, la de evaluar los casos clínicos en su dimensión biomédica y sólo tangencialmente llega poner en perspectiva su ramificación bioética. Habría que examinar los recursos de formación que se tienen propuestos a nivel institucional, definir su sentido y analizar sus alcances para la formación bioética: práctica asistencial clínica; práctica médica, visita médica a piso, abordaje de comunidad, consulta domiciliaria, etc. en que se cumplan ciertos objetivos de formación, a saber: a) donde el estudiante pueda apreciar "cómo surgen los dilemas de la ética cotidiana (…) cuando nos encontramos delante del paciente…" ya que "(…) es la vida misma, la práctica asistencial clínica, la que nos desafía con los interrogantes éticos" (Moreto, Bariani y otros, 2008); b) donde "el saber en bioética sea transitivo de modo que alcance a los no especialistas" (González, Serrano y otros, 2009); y, c) que impliquen el diseño de situaciones de aprendizaje que movilicen: una "ética de lo cotidiano", es decir, que propicien en el estudiante un posicionamiento actitudinal –como dialéctica atribución y retribución– al acercarlo a "la realidad del enfermo" y, por tanto, que haga posible la gestación de su juicio moral usando como plataforma "una bioética ligada al vivir en el día a día" (Moreto, Bariani y otros, 2008, González, Serrano y otros, 2009).

¿*Qué perspectiva ético-bioética debe acompañar al profesional de la salud*? Debemos entender aquí como perspectiva, no tanto la tradición ética a la que habría que suscribirse –siendo que en el campo médico es común la apelación a una ética de los valores, a la ética personalista, incluso a la ética contractualista y vitalista, descartándose generalmente sin grandes debates, posicionarse en una ética hedonista o utilitarista. Nos referiremos, entonces, al hablar de perspectiva tanto al matiz como al semblante que deba adoptar tal formación, donde la distinción entre: "aprender valores e interiorizar valores, daría una clave para la definición de un modelo de enseñanza" (González, Serrano y otros 2009).

Podemos considerar que, lo primero que se requiere determinar es el punto arranque de tal formación ético-bioética del profesional en formación, lo cual implicaría una lectura de lo que acontece en nuestra contemporaneidad y, como ya anticipábamos, existe un consenso al respecto: la deshumanización de la práctica médica y a la ética como posible salida a éste problema. Si se acepta esta lectura como punto de partida o premisa para la formación, ello nos conduce a una serie de tareas que podemos listar, del modo siguiente: a) se requiere determinar los límites del humanismo médico; b) debemos establecer un "modelo conceptual de la práctica humanitarista del médico" en el ejercicio profesional, c) la formación en el estudiante de una "filosofía de vida" y una "filosofía de su vida" (Moreto, Bariani y otros, 2008, González, Serrano y otros 2009).

¿*Qué características se deben añadir al perfil profesional de médico para darle un énfasis bioético*? Independientemente de que el perfil profesiográfico con pertinencia bioética que hemos propuesto, pueda fungir como un apéndice del perfil profesional del médico a manera de ideario, aquí se requieren puntualizar otros aspectos importantes a nivel operativo. Debemos señalar, en primer lugar, que existe un consenso entre los diversos autores en el sentido de que el trabajo sobre el perfil profesional, tiene que atravesar por valores, hábitos y el imago profesional. De manera específica,

Sharp, Kuthy & Heller (2005) proponen que los graduados deben ser competentes en la aplicación de los principios de razonamiento ético y manejo de la responsabilidad profesional tanto en el cuidado de los pacientes como en la gestión de su práctica. Adicionalmente, Zaror, Muñoz y otros (2014) proponen las siguientes premisas de la formación bioética y esenciales en el ejercicio profesional: a) la convicción de que la bioética no es circunstancial sino que debe aplicarse en todo contexto; b) conciliar la formación ética que adquieren en el interior de la familia con la formación universitaria de modo que pueda situar su actuación moral y ética en los diferentes escenarios prácticos; c) propiciar su familiaridad con los conceptos y dilemas éticos de su ámbito profesional; d) motivar que demanden de los docentes el ser individuos responsables social y profesionalmente y formalmente capacitados en el área; e) desarrollar la capacidad de enfrentar los dilemas que la profesión demanda y saber tomar decisiones basadas en los saberes éticos; f) mostrar actitud positiva hacia el diálogo y la deliberación accediendo a una interpretación y análisis holístico de casos bioéticos.

¿*Qué enfoque debe adoptar la formación ética bioética*? De acuerdo con Abellán y Maluf (2014), la formación o educación bioética, tanto en el pregrado como en el posgrado, se efectúa en relación con tres enfoques: el "enfoque teórico-historicista-descriptivo" el cual se caracteriza por: mostrar un compromiso con la historiografía y resulta descriptivo de las diferentes aproximaciones éticas en general y de los documentos de corte deontológico como códigos, normativas, etc. El "enfoque casuístico": que se encamina a la resolución de casos mediante un proceso de deliberación bioética valiéndose de seminarios y grupos de discusión. Y el que denomina "modelo humanístico integral": el cual extiende la reflexión ética más allá de los límites de lo humano para considerar el medio ambiente, la biósfera y la biodiversidad como un escenario para la reflexión bioética y toma de decisiones en el ámbito clínico, sanitario e investigativo. Desde nuestra perspectiva, uno de los problemas que deja ver esta tipología de enfoques de enseñanza y la formación que estos promueven, es que no vislumbran la distinción entre la formación humanista del médico y su crecimiento como persona moral, lo cual resulta importante en su institución como agente, es decir, en su doble calidad de *sujeto interesado* y de *sujeto estratégico*, y por tanto no sólo con capacidad para conceptualizar y desarrollar una estrategia de resolución de dilemas éticos o situaciones de crisis, sino también facultado para percibir la dimensión bioética de los problemas de su praxis cotidiana y la asunción de un compromiso en su resolución.

¿*Bajo qué criterios el paciente elige a su médico*? Para González, Serrano y otros (2009), la respuesta a esta pregunta es importante, pues según su argumento: "la elección del médico es lo que optimiza la atención". Podemos notar, que esta pregunta, así formulada, declina en una pregunta adicional: ¿cómo traducir esto en un criterio de enseñanza? Por principio de cuentas debemos considerar que la elección del médico ocurre en escenarios de práctica liberal o privada y remotamente en las instituciones de salud pública donde más bien se trata de asignación y disponibilidad del recurso humano. En segundo lugar, que más allá de una estrategia de marketing planificada, lo que instituye la preferencia como base la elección, es el prestigio ganado por el médico, estatus que generalmente se difunde a modo de "bola de nieve" o por remisión de colegas. De acuerdo con el *Diario Médico* de agosto de 2006, un estudio de encuesta deja en claro que las dos dimensiones que se juegan en las preferencias son tanto las habilidades técnicas necesarias para ser un buen médico, como las "habilidades interpersonales", y en relación con el segundo aspecto, se señala:

> La calidad de la relación médico-paciente puede afectar no sólo las respuestas emocionales del paciente sino también la conducta y la evolución médica, como la adherencia al tratamiento y la recuperación. En consecuencia, los médicos se han visto motivados a mejorar las técnicas de comunicación y de educación hacia los pacientes, desarrollando sus habilidades para compenetrarse con ellos, alentando las decisiones participativas y transmitiendo respeto y dignidad.

En conclusión, parece claro que ambos aspectos, la capacidad técnica y la "habilidad interpersonal" deben entrar en la cuenta de la formación del médico en su carácter de profesional de la salud, a modo de garante de la eficiencia y la eficacia en la atención a la salud. Este doble sentido de su formación nos lleva al concepto que Rodríguez y Zulueta (2001), expresan como desarrollo de la "integralidad en el estudiante".

¿*Qué roles deben asumir los profesores y los estudiantes*? Según Rodríguez y Zulueta (2001), se deben diseñar situaciones de aprendizaje "donde el docente y el estudiante asumen la condición de sujetos de enseñanza y aprendizaje para lograr que el estudiante reflexione, tome partido y elabore puntos de vista y

criterios propios y entonces estar en condiciones de tomar sus valores". Si nos detenemos un poco en esta propuesta podemos notar que aspira a una dinámica de transacción de los roles dentro del acto educativo, de modo que el aprendiente encuentre un espacio de independencia e individualización, es decir, la posibilidad de construcción de un "punto de vista" y de un posicionamiento actitudinal. Lo cual impacta de manera importante la propia actuación del docente, quien no trata de imponer su punto de vista, sino que propicia la construcción en el alumno del suyo propio. El rol docente queda definido por estos autores como:

> Todo docente es por definición un educador, un agente moral que tiene el compromiso social de contribuir a la formación integral de los alumnos del pregrado. (...) Desde un modelo normativo el profesor orienta a sus estudiantes ante cuestiones socialmente controvertidas, les ayuda a tomar una posición ante los dilemas bajo criterios pertinentes a la profesión. El docente debe promover la autodeterminación de su estudiante evitando que se imponga su punto de vista como autoridad docente.

¿*Qué lugar ocupa la sociedad y la cultura en la formación bioética*? De manera inicial podemos señalar que el médico debe ser un lector agudo del panorama que ofrece nuestra contemporaneidad y de sus condicionantes esenciales, en relación con lo cual podemos destacar: 1) las determinantes contextuales, que a modo de causas y tendencias impactan a los paradigmas epistémicos que orientan la profesión; 2) la caracterización del sujeto de la atención; y, 3) las condiciones de la praxis médica y del mercado de trabajo situados desde el "paradigma del nuevo profesionalismo médico" (Infante, 2010). De manera adicional, Carvalho, Novaes y otros, (2010), sugieren que el desarrollo de las competencias profesionales va asociado al reconocimiento de valores sociales, culturales y éticos.

¿*Qué significado pueden tener los comités de ética y la regulación de la investigación*? Como se viene desarrollando esta propuesta de modelo de enseñanza, en general se apunta a la edificación de un *ethos profesional* del médico, que involucra ambos aspectos, una construcción de su persona y un dominio técnico de alto nivel del conocimiento médico, que impacten tanto en la calidad de la atención, como en la justeza del trato al paciente. Pero existe una dimensión adicional de este *ethos* que también implica desarrollo; para esclarecerlo conviene recuperar la definición del *ethos* individual que propone Ricoeur (1993), a saber: el *ethos* como "deseo de una vida realizada –con y para los otros– en instituciones justas". Esta última, la dimensión institucional, implica también una construcción del médico en formación como un pasaje de la institución de educación superior a las instituciones de salud públicas o privadas, donde una mediación interesante puede resultar su participación más activa en las comisiones, los comités o subcomités de ética de modo que se relacionen con esa dimensión de manera temprana: perfilar "instituciones justas" y comprometerse en esta empresa.

Conclusiones

En este trabajo se ha tratado de explorar el vínculo que guarda el "cumplir con los deberes" (Ferrer, 2015) y el "don de sí mismo"–dejando en suspenso el problema de la felicidad– en el contexto del acto médico. Al acercar la atención a la salud a la "economía del don" y a la "lógica del intercambio" en su determinación del "bien" y lo "justo" como un más allá del utilitarismo, hemos tratado de arrojar alguna luz al fundamento del "amor médico", como síntesis entre la calidad de la atención y el buen trato.

La salud como el bien en juego –el cual en algún grado se ha perdido o está en riesgo de perderse– aparece en este escenario como un don conferido en la medida en que es algo restituido o conservado al evitar un mal previsto, donde el donante de este bien entrega algo a lo que se siente obligado, donde la articulación del don y la obligación como instancias, en este caso, del "amor médico", implican un darse a sí en correspondencia a lo que les ha sido dado: la *facultad de curar*. Esto es posible aclararlo siguiendo a Seifert (en Ferrer, 2015), cuando recupera una cita de Marion (2008) al respecto:

> El don comienza y de hecho se acaba en cuanto el donante considera que debe algo –un don sin cosa– a alguien, por tanto cuando se reconoce en situación no solamente de donatario, sino también desde luego de deudor. El don surge cuando el donante potencial sospecha que otro don (recibido pero todavía no percibido) lo ha precedido, al cual debe algo, al cual debe volverse, responder.

Esto nos conduce a la conclusión de que debemos enfatizar la trascendencia de cultivar y fundamentar el denominado "amor médico" como clave ética y bioética en la formación del *ethos* profesional del médico. Es

decir, en la medida en que el médico se siente deudor del bien a él conferido, más allá de una pura obligación que presentifica la ley y que reduce la praxis médica a la pura deontología, encontraríamos la base de este nuevo humanismo médico como eticidad –en sentido hegeliano– es decir, como *matriz de valores* que acompañen a la profesión.

Para finalizar esta trabajo, es importante subrayar que el proceso de institución del médico como *sujeto donatario-deudor*, simbolizado en el "amor médico" como plataforma de su *ethos* profesional, supone una transición y una articulación de tres ciclos, que es factible distinguir si consideramos la definición de *ethos* propuesto por Ricoeur (1993:107), a saber: "*ethos*: deseo de una vida realizada –con y para otros– en instituciones justas". Estos tres ciclos –cuya ciclicidad no cesa de ser reinscribirse a lo largo de la vida profesional– implican un trabajo del médico sobre sí mismo como capacitación científico-técnica y desarrollo de su personalidad moral, una construcción del otro como destinatario de un don, y una extensión de la eticidad que ello comporta a partir de la generación de una "eticidad ambiental" y la promoción de comunidades éticamente competentes, en un plano institucional.

Notas

1 Moratalla (1993) en su introducción al texto de Ricoeur *Amor y Justicia*, Caparrós Editores, pág. 10; nos recuerda una proposición esencial de este autor, en el sentido de que «… la tarea de la metafísica sería la de detectar los *invariantes* fundamentales en los que se puede reconocer el *invariable* humano», y precisa Moratalla: "Invariantes humanos son la capacidad de diálogo, la acción, y el sufrimiento en un realidad interpretable, la posibilidad de memoria, es decir, de narración". En este sentido diríamos nosotros que, tales invariantes humanas encuentran en el acto médico un escenario de prueba.

2 Se puede aclarar el sentido de esta "regla de oro" de la economía del don, si seguimos en ello nuevamente a Ricoeur (ídem, pág. 58), cuando nos dice: "¿Qué puede decir el moralista sobre la *Regla de Oro*? Nos la encontramos en Hillel y en el Evangelio, ya sea bajo la forma negativa: «No hagas a tu prójimo lo que no te gustaría que te fuera hecho a ti» o, ya sea bajo su forma positiva «Así todo lo que queráis que los hombres os hicieran, haced eso mismo por ellos»…". Y más adelante (pág. 59), agrega: "El tratamiento filosófico de la *Regla de Oro* puede entonces ser reconducido a la discusión de la relación entre la fórmula de base del imperativo categórico: «Obra sólo según una máxima tal que puedas querer al mismo tiempo que se torne ley universal», y la segunda formulación de este mismo imperativo, donde se encuentra la relación virtualmente asimétrica de la interacción: «Obra de tal modo que uses a la humanidad, tanto en tu persona como en la persona de cualquier otro, siempre como un fin al mismo tiempo y nunca sólo como un medio»…".

Referencias

ABELLÁN, S. J.; MALUF, F. (2014). De la enseñanza de la bioética a la educación bioética. Reflexiones sobre los desafíos en los posgrados de bioética. *Revista Latinoamericana de bioética*,14, 2, 52-65.

CARVALHO, M.R., NOVAES, G. N., GARCEZ, N.I.; y otros, (2010). Actitudes éticas de los estudiantes y egresados en carrera de medicina con metodologías activas. *Revista Brasileña de Educación Médica*, 34 (1), 43-56.

DIARIO MÉDICO (2006). *Encuesta de la Mayo Clinic*. Disponible en: www.condignidad.org › ... › Otros artículos - Médicos

FERRER, S.U.(2015). *Acción, deber, donación. Dos dimensiones éticas inseparables de la acción*. Prólogo de Josef Seifert, Ediciones Dykinson, S. L.

GONZÁLEZ, B.P.; SERRANO, D, M.; PASTUSHENKO, J.; y ALTISENT, R.T. (2009). ¿Cómo enseñar bioética en el pregrado? Reflexiones sobre experiencias docentes. *Revista Atención Primaria*, 41, 02.

HERRERA, S.F.; STEIN, G.E.; MORALES, R.M.; HERNÁNDEZ, M.L. (2012). El perfil profesiográfico por competencias: una mirada desde las ciencias biológicas y de la salud. *Revista de Educación y Desarrollo*, (21).

LIFSHITZ, A. (1997). La práctica de la medicina en la era tecnológica. Rev CONAMED 1 (4): 35-36.

LLANO, E.A. (1995). *Entrevista con el padre de la bioética*. Disponible en: *www.eltiempo.com/archivo/documento/*MAM-459357

LÓPEZ G.M. y TARASCO M.M. (2011). Relación médico-paciente. *Enciclopedia de Bioética*, URL, 2011.

LÓPEZ, T. F. (2015). *Amor por el paciente*. Diario Libre 14 noviembre de 2015.

LUGO, E. (2011). Relación médico-paciente. Encuentro y sus modelos. *Enciclopedia de Bioética*, URL, 2011.

MALEK, J.I.; GELLER, G. & SUGARMAN, J. (2000). Talking About Cases in Bioethics: the Effect of an Intensive Course on Health Care Professionals. *Journal of Medical Ethics* 26: 131-136.

MARTÍNEZ, C.F. (2002). Enfermedad y padecer: ciencia y humanismo en la práctica médica. *Anales Médicos*, 47, 2, 112-117.

MORATALLA, T.D. (1993). Introducción. en RICOEUR, P. *Amor y Justicia*. Madrid: Caparrós Editores.

MORETO, G.; BARIANI, D. B.; PINHEIRO, T.R.; ALTISENT, R.; GONZÁLEZ-BLASCO, P. (2008). *Una nueva metodología docente en bioética: experiencias con la aplicación del portafolio a estudiantes de medicina en Brasil*. Disponible en: personaybioetica.unisabana.edu.co/index.../personaybioetica/.../1306 //19-12-2008

POTTER, V.R. (1971). Reseña. En *Guía Internacional de Bioética*, octubre de 2000. Disponible en: *www.bioeticas.org › Quién es quién ›*

RICOEUR, P. (1993) *Amor y justicia*. Madrid: Caparrós Editores.

RICOEUR, P. (2003) *Lo justo*. Madrid: Caparrós Editores.

RODRÍGUEZ, M.S. y ZULUETA, G.F. (2001). La formación de valores en el estudiante universitario. Una reflexión y un reto. *Gaceta Médica Espirituana*, 2001, 3 (1).

SHARP, H.M., KUTHY, R.A. & HELLER, K.E.(2005). Ethical Dilemmas Reported by Fourth-Year Dental Students. *American Dental Education Association*. 69 (10). 1116-1122.

SOGI, C,; ZAVALA, S. y ORTIZ, P. (2005).¿Se puede medir el aprendizaje de la ética médica?. *An Fac Med*. 66 (2), 174-185.

ZAROR, S.C.; MUÑOZ, M.P.; ESPINOZA, E.G.; VERGARA, G. C. y VALDÉS, G.P. (2014). Enseñanza de la Bioética en el currículo de las carreras de odontología desde la perspectiva de los estudiantes. *Acta Biomédica*, 20 (1), 135-142.

GONZÁLEZ, B.P.; JANAUDIS, M-A.; y ROZENFELD, L.M. (2006). Un nuevo humanismo médico: la armonía de los cuidados. *Aten. Primaria*, 38 (4), 225-229.

OSEGUERA, R.J. (2006). El humanismo en la educación médica. *Revista de Educación*, 30 (1), 51-63.