

Monografía

Ética médica y competencias profesionales en la formación del médico

Mario Souza y Machorro,¹ Domingo Lenin Cruz Moreno²¹ Psiquiatra, Psicoterapeuta y Psicoanalista. Profesor y Coordinador de la Maestría en Psicoterapia de las Adicciones. CIES-SEP.² Maestro en Salud Pública y en Medicina Social.

Profesor de la Carrera de Medicina Social de la Universidad Autónoma de México, UAM-Xochimilco.

«El secreto de la buena atención al paciente
está en interesarse por él».

Peabody FW

The care of the patient. *JAMA* 1927; 88: 877-82.

Introducción

En la medicina de hoy, los cambios en algunos campos han sido tan vertiginosos como drásticos y ofrecen perspectivas globales promisorias a partir de cambios conceptuales y el replanteamiento de algunos principios filosóficos y sociológicos. Los estudios genéticos en pleno desarrollo ofrecen perspectivas diagnóstico-terapéuticas hasta hace poco impensables, las que junto con la reflexión bioética, tienden a redefinir la concepción humana y la manera en que las sociedades conciben su bienestar. En tal sentido, cabe cuestionar si han de detenerse los avances científicos mientras no sean claras las implicaciones éticas y sus alcances sociales a futuro.¹ Dada la importancia del replanteamiento de la concepción humana, muchos autores se inclinan por mantener la integración de la ciencia y la ética en tanto se resuelven estos trascendentales dilemas.* Considerando el amplio y diverso campo de la formación médica, el aprendizaje de la clínica ocupa por antonomasia un lugar primordial al cual se han dedicado mayores esfuerzos que a la enseñanza ética.² Se ha mantenido, señala Lifshitz,** la dualidad de combinar las técnicas pedagógicas del «aprender haciendo», típico de las artes mecánicas y el «aprender escuchando», típico de las artes liberales. Se requiere además, saber utilizar las nuevas técnicas y herramientas en imagenolo-

gía, medicina molecular y genómica, informática aplicada, telemedicina, etc., pero hemos de desarrollar a la par una enseñanza sistematizada de la clínica, donde la ética deviene fundamental para la adecuada estructuración del profesional.³ La utilidad de ello radica en la propuesta de G. Claxton:⁴ el aprender es inherente al desarrollo, tiene etapas y tiempos, es progresivo, continuo y no se reemplaza. Además, la facultad de aprender se desarrolla a través de la cultura y no sólo por la instrucción; por tanto, es indispensable *aprender a aprender*. La configuración necesaria para el recto proceder médico debe entonces, instalarse a tiempo, justo al inicio y a todo lo largo del proceso formativo.² Y para contextualizar tal enseñanza, considérese en la espléndida revisión de Vidal⁵, en la que describe la influencia del positivismo, de la ética utilitarista, el surgimiento de la bioética a través de sus centros de investigación aplicada y los cambios en el modo de abordaje de los problemas ético-médicos; los cambios político-económicos, la participación estatal en la atención a la salud y el cambio hacia la medicina socializada; la importancia del perfil profesional; la influencia del conductismo; la mayor participación de los pacientes en las decisiones que involucran a su salud y la influencia de los medios en la divulgación de los aciertos y fallas en la atención médica. Dicha revisión enfatiza la necesidad de enseñar la ética médica en el marco de la bioética, y considera también que como la evaluación del aprendizaje de la ética involucra aspectos cognoscitivos (memorización, interpretación o solución de problemas, recepción, respuesta o internalización) y afectivos de distintos niveles de complejidad, estos últimos más difíciles de evaluar, sugiere el uso de la entrevista, el cuestionario y el sociodrama.⁵

Descripción. Dado el carácter intersubjetivo de la relación médico-paciente, en función de los fines específicos de la medicina, los médicos siempre identificaron en su quehacer una dimensión moral, que a lo largo de la historia de esta ciencia permite a los médicos establecer diversos códigos morales.* Sin embargo, la visión abstracta, descontextuali-

* Xirau R. *Introducción a la historia de la filosofía*. 3ª ed. México, D.F.: UNAM, 1987:317-22

** Foucault M. *La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina*. *Educ Med Salud* 1976;10(2):153.

zada y ahistórica de médicos y enfermos, y del ejercicio de la medicina que prevalece en muchas ocasiones alejado de la ética médica,** no repara en la naturaleza plural que ha tenido la sociedad, ni en las cambiantes condiciones en que se ha ejercido la medicina, los recursos médicos y la percepción de la enfermedad modificadas a lo largo de la historia humana. De hecho, la gran mayoría de los textos de ética médica tradicional no contemplan que los médicos no sólo tienen responsabilidades con los pacientes que los consultan, sino también con la familia y con la sociedad en su conjunto, en lo que a su salud se refiere.⁶ Dado el origen *sui generis* de los textos morales médicos, es patente que en la práctica ninguna de las agrupaciones médicas que los han formulado se han fundamentado en algún sistema de bases filosóficas. Por ello es que estos documentos han carecido de una ética reflexiva que los sustente. Y dado que el cumplimiento de sus normas apela solamente a la conciencia del médico, sin establecerse sanción alguna en el caso de su incumplimiento, como señala Ocampo,⁷ es explicable su inobservancia en muchos casos.

El tema de la ética médica es tan vasto que no sólo la Facultad de Medicina sino otras también participan en su análisis y contribución, como parte de los programas de formación profesional. La persona humana posee estructuralmente, en forma esencial, una dignidad absoluta, no como algo agregado a lo que pueda renunciar o despojar, sino como algo inherente a su estructura.

Desde la antigüedad, Protágoras (480-410 a. C.) enseñó: «El hombre es la medida de todas las cosas». La regla de oro de la ética sigue siendo «reconocer la dignidad del otro como persona». Por tanto, convertir a la persona humana en medio para conseguir a su costa beneficios económicos, ideológicos, políticos, religiosos, sanitarios, etc., es faltar a principios éticos fundamentales, es atentar contra su dignidad y su libertad, generalmente con artificios de manipulación que la privan de la capacidad autocrítica y de autodeterminación, tornándola esclava de quien la utiliza para intereses propios, ajenos a los de aquélla. La ética se define como la disciplina que se ocupa de la moral; de estricta competencia a los actos humanos, a los que califica buenos o malos, cuando sean libres, voluntarios y conscientes. Puede entenderse también como el cumplimiento del deber: relacionarse con lo que uno debe o no hacer. Su diferencia con la moral parte de que ésta tiende a ser particular, por la concreción de sus objetos, en tanto la ética tiende a ser universal, por la abstracción de sus principios. De ahí que se interprete como *moralidad de la conciencia*, la que Hegel consideró, representante del espíritu objetivo al que a su vez E. Fromm denomina «conciencia autoritaria» y que en su calidad de ciencia –no siendo especulativa, sino práctica–, expone y fundamenta principios universales sobre la moralidad de los actos humanos.⁸

Sócrates fue el primero que hizo de la virtud un modo de vida. Su ética fue la *ética de la virtud*, hasta que Kant la trocó en *ética del deber*, con un significado distinto. Para éste, la conciencia es el sentido del deber. Kierkegaard aceptó que la finalidad de la vida es el cumplimiento de los deberes. Pero el deber no puede ser una consigna, sino algo que nos incumbe: «El individuo verdaderamente ético –señala– experimenta tranquilidad y seguridad porque no tiene el deber fuera de sí mismo, sino en él» (conciencia), independiente de sanciones y recompensas externas. Para Cicerón, de los principios en los que se fundamenta la honestidad, es decir, el cumplimiento de los deberes, el más importante es el que tiende a mantener la sociedad y a fomentar la unión entre los hombres, principio compuesto por sendos valores: la justicia y la beneficencia. Al efecto, Ross concibe distintos deberes: de fidelidad (decir la verdad); de reparación (principio de *quid pro quo*); de gratitud; de beneficencia (ser mejores); de no maleficencia (no hacer daño a otro); de justicia (distribución de los recursos de acuerdo con los méritos y necesidades de las personas) y de automejoramiento o autoperfección.⁹

La ética médica inició en la Mesopotamia del S. XVIII a.C. con el Código del rey Hammurabi, que regula el actuar de la profesión médica. La cultura occidental reconoce su inicio con el Juramento de Hipócrates: Siglos V y IV a.C. (época de Sócrates). En los preceptos del *corpus Hippocraticum* se señala: «Si hay amor a la humanidad, también hay amor a la ciencia».¹⁰ La ética médica, que se ocupa del estudio de los actos médicos desde el punto de vista moral e incluye todo «acto médico» en las distintas actividades clínico-quirúrgicas, de salud pública, laboratorio, patología, legales, investigativas, etc. y dado que todo lo que una persona hace, tiene antecedentes sociales e inevitablemente tendrá efectos sociales, es fácil de entender por qué el principio ético de beneficencia, de carácter individualista, hubo de ser complementado con el principio de justicia, de alcance social.¹¹ La ética, al igual que la medicina, es una disciplina antropocéntrica; el hombre siempre ha sido considerado como el bien mayor de la naturaleza, por tanto, sirve de vehículo a valores, entre los cuales la vida y la salud son los más valiosos, cuya polaridad plantea dicotomías como la enfermedad y la muerte. Para Descartes la salud es sin duda el primer bien y fundamento de todos los demás bienes de la vida, por los cuales el hombre puede realizarse y trascender, pues no tendría sentido la existencia de valores si escaparan a la posibilidad de ser apreciados por el hombre. La ética médica es práctica y normativa. Con ese criterio ha sido absorbida por la Bioética, término –usado por primera vez en 1970 por Potter– y definida como: «El estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias biológicas y la atención de la salud, en la medida que esta conducta se examine a la luz de los valores y principios mora-

les». Por tanto, la bioética enseña a analizar metodológica y racionalmente los conflictos de valores que pueden darse en su ejercicio. Se trata de un sistema de principios que rigen la conducta profesional del médico, lo cual implica que la práctica de la medicina exige una elevada calidad moral para realizar con éxito todas las dimensiones de su ejercer: a) la relación médico-paciente; b) médico-médico; c) médico-sociedad; d) médico-ambiente y docencia en salud. En 1948, con la fundación de la Asociación Mundial de Médicos en Ginebra, Suiza, posterior a los sucesos de la Segunda Guerra Mundial, se adoptó un primer compromiso internacional que resume los requisitos enunciados de la ética al declarar la promesa: «*No permitiré que aspectos religiosos, nacionales, racistas de partidos o de clase interfieran entre la profesión y los pacientes*». Así, los valores médicos, jurídicos y sociales siempre dinámicos, están contenidos en diversos códigos. En consecuencia, el médico en ejercicio deberá, para actuar dentro del marco ético, estar familiarizado e identificado con los valores y principios que sustentan el sistema ético-médico. Al efecto, recomendaciones del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos,¹² estima: a) El médico debe tener una idea muy clara de la estructura de su propio sistema de valores y de la forma en que sus juicios personales influyen en las decisiones relacionadas con lo que es bueno o malo; b) El médico debe tener un conocimiento básico de la ética como disciplina y c) El proceso por el cual el médico llega a las decisiones éticas y las implementa, debe ser sistemático y consistente con la lógica.¹²

Discusión

En el contexto planteado, han de responderse varias preguntas: ¿Qué espera el paciente de su médico? 1) Disponibilidad. El paciente quiere que su médico sea accesible cuando lo necesita; la principal causa de cambio en la clínica privada lo constituye el no encontrarlo al ser requerido; 2) Prontitud. Los pacientes agradecen y admiran la exactitud, las esperas prolongadas en forma habitual en una clínica desesperan y decepcionan; 3) Apariencia, orden y pulcritud. El paciente escudriña y estudia la apariencia y limpieza tanto del médico como del orden en su escritorio y clínica en general; 4) Minuciosidad. El paciente percibe el manejo del interrogatorio y examen físico, incluso muchos «graban» mentalmente la forma en que fueron examinados haciendo comparaciones entre uno y otro médico; 5) Respeto. A pesar de haber diferencias de tipo educacional, el paciente exige respeto en el trato. El médico debe respetar la edad y no abusar prepotentemente de la confianza, además debe cuidar su vocabulario; 6). Cortesía. El paciente admira y aprecia el buen carácter, el saludo afectuoso e incluso el apretón de manos; 7) Interés. El paciente percibe si su pro-

blema es importante o concierne al médico; 8) Integridad. El médico debe ser y aparecer honesto ante el paciente; 9) Profesionalismo y eficiencia. Algunos autores llaman «la hora de la verdad» en la que el médico hace la receta. Titubear frente al paciente le transmite inseguridad y falta de confianza. En suma, la relación médico-paciente ocurre entre quien sufre y necesita ayuda y quien está capacitado para ayudarlo.¹³ En tal dirección, considérense las siguientes observaciones y recomendaciones. En el entorno actual de la medicina, durante los últimos años ha renacido un creciente interés en la búsqueda de devolver a ésta el carácter de una profesión con un compromiso social más que el de una simple ocupación. Es decir, una vocación donde el médico actúe con altos patrones de profesionalismo. Sin embargo, para ser capaz de aplicar el concepto de profesionalismo es necesario comprender la naturaleza de la profesión y tener en consideración que precisamente el desarrollar profesionales –en el más amplio sentido del término–, es uno de los objetivos principales de los responsables de la formación médica. Los rápidos avances en el conocimiento alcanzados en los últimos decenios han impactado al ejercicio de todas las profesiones, pero en ningún caso de manera tan dramática como a la medicina. Como consecuencia, uno de tales aspectos es el incremento en el «profesionalismo experto» acompañado del decremento en el «profesionalismo con compromiso social».¹⁴ La situación sobre la profesión médica al distraerse de sus propósitos públicos y comunitarios tiende a perder su vocación distintiva. El profesionalismo médico comprende lo que el médico hace y el «cómo lo hace», es decir, integra las habilidades, actitudes y valores con los cuales el profesional médico demuestra que merece la confianza que el paciente y la comunidad le otorgan, bajo la premisa de que antepondrá siempre la búsqueda del bienestar del paciente y de la comunidad como primer objetivo.¹⁵ La naturaleza del trabajo del médico es activa, y a largo plazo, de aprendizaje autodirigido; involucra la aplicación de un cúmulo de conocimientos especializados y la capacidad de ir constantemente incrementando éstos en función del beneficio social. Al respecto, la Asociación Americana de Escuelas de Medicina en su Proyecto de Objetivos de Escuelas de Medicina,¹⁶ identifica 4 grandes atributos que todo estudiante médico debe demostrar haber adquirido antes de su graduación y que el médico en el ejercicio debe poseer: *Altruismo; conocimiento; destreza y cumplimiento*, de tal modo que el profesionalismo médico¹⁷ abarca las siguientes características: a) Capacidad para subordinar los intereses propios a los de terceros. No sólo en Medicina sino en cualquier profesión, es de esperarse de que quien ejerce subordine sus propios intereses –e incluso, sobre los del sistema de salud–, para satisfacer de la mejor manera posible las necesidades del otro. Dada la importancia de este principio fundamental en la práctica médica, se ha to-

mado como sinónimo de profesionalismo; b) Apego permanente a la moral y la ética. El hecho de que la medicina como profesión, esté bajo el marco de principios morales conlleva que el médico actúe y se comporte éticamente en su vida profesional y privada. Los principios de beneficencia y no maleficencia implican la obligación del médico de hacer el bien y no hacer el mal bajo ninguna circunstancia; c) Respuesta a las necesidades sociales. Se manifiesta con el compromiso de servicio a la comunidad. Para que cualquier profesión alcance el objetivo para el cual fue creada debe dar respuesta a las necesidades económicas, sociales y culturales de la comunidad en la que se ejerce. En medicina ello se traduce como el compromiso del médico de proveer y dar cuidado a los más necesitados, mejorar el acceso a los servicios de salud, así como del compromiso de ver más allá de la necesidad física del paciente para resolver los determinantes no biológicos de la falta de salud; d) Actitud congruente con valores (honestidad, integridad, calidez, compasión, altruismo, empatía, respeto hacia los otros e inspirar confianza). A diferencia de otras ocupaciones donde los valores humanos no toman tanta relevancia, en medicina es imposible alcanzar un comportamiento profesional si quien la ejerce no los pone en práctica. Algunos autores han caracterizado esta parte humanística de la medicina como «obligaciones particulares» del médico, por lo que si éste no los asume nunca podrá cumplir los objetivos de la profesión; e) Ejercicio de la responsabilidad. Es imperativo que el médico, tanto el individuo como el cuerpo colegiado, establezca los patrones de su práctica que garanticen el ejercicio autónomo y con nivel de excelencia; f) Demostración de compromiso continuo en busca de la excelencia. Hoy en día todas las profesiones se basan en los más altos niveles de conocimiento, habilidades y destrezas. El médico tiene el compromiso de adquirir constantemente el conocimiento, así como de desarrollar continuamente las nuevas habilidades que harán de él un profesional de excelencia. Dados los incesantes cambios que ocurren en el campo biomédico, resulta imposible adquirir todos estos nuevos conocimientos, por lo que el compromiso de mejora continua conlleva la capacidad de reconocer y aceptar las propias limitaciones en conocimientos y habilidades clínicas; g) Compromiso con la transmisión del conocimiento y el avance científico en su área. Mientras que el compromiso con la búsqueda de la excelencia tiene un enfoque introspectivo, el compromiso con la transmisión del conocimiento y el avance científico tiene un enfoque hacia el exterior. La obtención del conocimiento se asocia al compromiso de transmitirlo para el beneficio de los demás: pacientes, otros médicos o la comunidad en general. Este avance del conocimiento científico se puede dar a través de la investigación o garantizando que el ambiente del ejercicio de la medicina sea el más favorecedor para el cuidado eficiente del paciente; h) Capacidad de

trabajo con alto nivel de complejidad e incertidumbre. En la práctica médica la incertidumbre y la ambigüedad son elementos característicos e inmutables. El médico debe ser capaz de ejercitar el juicio independiente para poder tomar las decisiones correctas en el ámbito de circunstancias complejas, inestables y a menudo, con información incompleta; i) Reflexión y capacidad de autocritica respecto a sus decisiones y acciones. El médico debe ser capaz de reflexionar respecto a sus decisiones y acciones tomadas, ser autocrítico respecto de éstas, no sólo para mejorar sus conocimientos y habilidades, sino para equilibrar sus vidas profesional y privada; la capacidad de reflexión y autocritica es indispensable para la toma de decisiones clínicas.¹⁶

A continuación se describe en forma breve la propuesta sobre los principios fundamentales y responsabilidades de la práctica médica propuestos y establecidos de manera colegiada por el grupo Proyecto Profesionalismo,¹⁷ formado por múltiples colegios médicos de EUA y Europa (2000), difundidos bajo el título de «Recomendaciones Generales respecto al Profesionalismo Médico en el Nuevo Milenio» y que posteriormente (2002), debido a su trascendencia, se publicaron simultáneamente en *Lancet* y *Annals of Internal Medicine*. Los principios fundamentales del Profesionalismo son: 1) Primacía del bienestar del paciente en términos de la dedicación para servir al interés de éste. Se basa en el atributo profesional del altruismo que contribuye a la confianza esencial a la relación médico-paciente; 2) Autonomía del paciente. Referido a la honestidad que el Médico debe de tener con sus pacientes para que éstos puedan tomar decisiones informadas sobre su tratamiento, así como respetar dichas decisiones siempre y cuando se encuentren dentro del marco ético y legal; 3) Justicia social. La profesión médica debe promover la justicia en el sistema de salud, incluyendo la justa distribución de los recursos, eliminando la discriminación por raza, género, edad, estado socioeconómico, etnia, religión o cualquier otra categoría social. Por otra parte, las responsabilidades profesionales incluyen los compromisos para: 1) La competencia profesional. Compromiso del médico por el aprendizaje continuo, así como a ser responsable de mantener el conocimiento médico, las habilidades clínicas y el equipo necesarios para garantizar la mejor calidad del sistema de salud; 2) La honestidad con el paciente. Junto con el principio de la primacía del bienestar del paciente, la responsabilidad profesional de la honestidad refiere a proporcionar al paciente la información necesaria para que, en ejercicio de su autonomía, pueda decidir la terapéutica que más le convenga. Mas no se refiere a que el paciente debe participar en todos los niveles de toma de decisiones, sino a que debe estar lo suficiente y honestamente informado para poder decidir sobre su tratamiento; 3) Confidencialidad. Al ganarse la confianza y confidencia del paciente, el médico debe de comprometerse a guardar la

información que éste le proporciona. Esta responsabilidad cambia cuando la información dada por el paciente pone en riesgo su propia vida o la de otras personas; 4) Mantenimiento de relaciones apropiadas con los pacientes. Dada la vulnerabilidad y dependencia del paciente, ciertas relaciones con éste deben ser evitadas. Particularmente, los médicos nunca deben buscar obtener ventaja sexual, económica o de cualquier otro tipo de sus pacientes; 5) Mejorar la calidad del cuidado de la salud. Se refiere no sólo a la búsqueda de la excelencia en conocimiento, sino también al trabajo en colaboración para la reducción del error médico, el incremento de la seguridad del paciente y la disminución del abuso de los recursos de salud. Asimismo, alude al compromiso del médico por el desarrollo y aplicación de nuevas medidas de calidad que aseguren un mejor servicio para el cuidado de la salud; 6) Mejorar el acceso al servicio de salud. Reducir las barreras que impiden que el acceso al servicio de salud sea equitativo para todos. Dentro de cada sistema de salud se debe perseguir eliminar todas las barreras educativas, legales, financieras, geográficas y de discriminación social; 7) Justa distribución de los recursos. Manejo de los recursos para generar el mejor costo-beneficio de los recursos limitados del sistema de salud; 8) Conocimiento científico. El contrato que el médico adquiere con la sociedad está basado en el uso íntegro del conocimiento científico para beneficio comunitario. De ahí el compromiso de mantenerse en los más altos patrones científicos, así como para la creación de conocimiento científico nuevo y fidedigno; 9) Mantener la confianza en conflictos de interés. Responsabilidad de reconocer y resolver los conflictos de interés que surjan en el transcurso de sus obligaciones y actividades profesionales; 10) Responsabilidades profesionales. Trabajar en colaboración para maximizar el cuidado del paciente, respetarse unos a otros y participar en los procesos de autorregulación, incluyendo la disciplina de los miembros que no han alcanzado los estándares de profesionalismo.

Y para responder a la pregunta ¿de qué elementos se dispone para alcanzar el grado de excelencia en el ejercicio de la medicina? debe responderse: a) Altruismo. Esencia del profesionalismo; b) Responsabilidad. A niveles individual, profesional y social; c) Excelencia. Búsqueda continua del conocimiento; d) Obligación. Libre aceptación de un compromiso para servir; e) Honor e integridad. Compromiso para cumplir con los códigos personales y profesionales, así como la negación a violarlos; f) Respeto para los otros. Esencia del humanismo y elemento indispensable para la armonía entre los miembros que integran el equipo de salud. En contraparte, los impedimentos para la adquisición de las competencias profesionales son: a) Abuso de poder. La profesión médica ha gozado de un alto nivel de respeto, otorgando a los médicos un enorme poder sobre la sociedad. Lamenta-

blemente, en las últimas décadas se ha utilizado este poder para alcanzar fines económicos y personales. Ante esta situación es necesario reforzar el hecho de que el médico debe buscar utilizar este poder sólo en pos del bien común; b) Arrogancia. Comportamiento de superioridad ofensiva y de autoimportancia que implica soberbia, vanidad, insolencia y desdén. Cualquiera de ambas cualidades deviene comportamiento no profesional. Se debe tener conciencia de que la formación en medicina es larga, ardua y difícil, por lo que en ocasiones se pueden fomentar actitudes de arrogancia. La responsabilidad de frenar este comportamiento y de fomentar las cualidades humanísticas del profesional recae en los modelos educativos y en sus instituciones; c) Avaricia. Es la circunstancia en la cual el dinero se vuelve el motor del profesionista. En esta situación el médico se olvida del comportamiento profesional y se desvía hacia las acciones que le producen mayor beneficio económico; d) Mentira y fraude. En el contexto de comportamiento no profesional está relacionado al constante fallo intencional en decir la verdad y el desvío de los recursos materiales para el propio beneficio. La mentira puede parecer que ocurre para conseguir el beneficio del propio paciente, pero en última instancia el hecho de mentir no lo es; e) Impedimento médico. Alude al médico con problemas de consumo de psicotrópicos (alcohol u otros) o mentalmente discapacitado, que es protegido por sus colegas y al que se le permite actuar «profesionalmente» con pacientes que desconocen su insana condición; f) Falta de conciencia. Falla en el cumplimiento de las responsabilidades médicas; incompatible con la esencia del profesionalismo; g) Conflictos de interés. Reconocimiento y evasión de las situaciones donde el interés del médico se pone sobre el del paciente (aceptación de regalos, referir pacientes a laboratorios donde el médico obtiene beneficio económico, utilización de servicios, colaboración con la industria farmacéutica y con las investigaciones clínicas, etc.). Al efecto dice Isaías,¹⁸ el médico comete abuso por concepto de una larga lista de situaciones (cuando defrauda económicamente a su paciente recomendándole un tratamiento costoso que no está indicado o prolongándolo innecesariamente con el propósito de beneficiarse económicamente del paciente); cuando el profesional no ha recibido formación y adiestramiento adecuados y la conducta explotadora pudiera parecerle totalmente natural y parte de una simple interacción que implica tanto impericia como dolo; cuando el médico por sus propios problemas psicológicos —necesidades emocionales insatisfechas—, establece relaciones de interdependencia emocional íntima con el paciente; cuando en forma repetitiva y con diferentes pacientes el médico abusa de ellos utilizando en beneficio propio los sentimientos que se dan en el trato con el paciente. Por ello, refiere Lazarus, el médico ha de estar siempre vigilante del impacto que su conducta tiene sobre los límites de la rela-

ción médico-paciente. El contexto profesional a menudo refiere múltiples conductas seductoras del paciente (que son así, se toman así o incluso se provocan) difíciles de rechazar (cuando éste ofrece boletos para un espectáculo, trabajo a un familiar, traer algo de un viaje, etc.). Otras las procura (cuando el médico recibe información del paciente en relación al mercado de valores; cuando acepta invitaciones del paciente a desayunar, a comer, o para asistir a fiestas de la alta sociedad; cuando el médico le solicita al paciente información en alguna área en la que éste es experto; cuando el médico, como rutina, abraza o sostiene la mano del paciente; cuando el médico, regularmente, revela al paciente información acerca de su persona; cuando el profesional solicita o acepta dinero como contribución a proyectos de investigación o asistenciales, o cuando vende al paciente boletos de rifas en beneficio de tales proyectos; cuando el médico obtiene del paciente precios especiales en restaurantes o por bienes o servicios que el paciente provee; cuando una sesión se lleva a cabo, sin justificación, fuera del lugar habitual, etc. En consecuencia, se recomienda que el médico no se muestre ante el paciente haciéndole conocer su orientación política, social o religiosa, ya que cualquier contaminación que ocurra en ese sentido afectará la relación, especialmente en psicoterapia. Es importante que el paciente desarrolle una imagen del terapeuta solamente con base en lo que se refiere a la relación profesional, pues se ha demostrado que cualquier contaminación de ese propósito original interfiere con el progreso del tratamiento.¹⁸ Todas estas posiciones son consistentes con el punto de vista hipocrático, que preve que cualquier forma de asimetría (jerárquica, moral, etc.) en la relación atenta en contra de la ética. Respecto del comportamiento ético profesional en la práctica de los médicos en formación, la ABIM (American Board of Internal Medicine) ha establecido que el comportamiento ético profesional esperado en los estudiantes debe incluir: 1) Responsabilidad; 2) Cualidades humanísticas; 3) Identificación de sus impedimentos; 4) Ética profesional. La relevancia del profesionalismo en la formación médica se origina en la necesidad de desarrollar ampliamente los conocimientos y destrezas del estudiante en ciertas actitudes y valores que deben de enseñarse como parte de un programa de estudios explícito y sistemático. Tradicionalmente, el énfasis en la educación médica se otorgó a los conocimientos y destrezas; hoy, para la medicina del futuro la atención otorgada a enseñar y evaluar aspectos de profesionalismo es vital.² Las competencias relacionadas con el profesionalismo sólo pueden ser establecidas a través del ejemplo de lo que el médico realiza día con día: enfrentar su responsabilidad ante el paciente y la comunidad. Las competencias con las que el médico sea capaz de interactuar y responder a la demanda diaria del paciente y sus familiares, así como de otros colegas y miembros del personal de atención a la sa-

lud, serán aquellas que sustenten su profesionalismo, por tanto, deben ser desarrolladas desde el inicio de la formación a través del re-diseño de los métodos tradicionales de enseñanza-aprendizaje que garanticen que los nuevos profesionales reflejen y practiquen dichos valores. El objetivo de un currículo tal debe asegurar que los estudiantes desarrollen sus actitudes y comportamientos por la aplicación de métodos formales de enseñanza y modelos de ejecución respetados,¹⁹ a partir de: a) Compromiso con la excelencia profesional y personal; b) Entusiasmo; c) Comunicación efectiva con pacientes, colegas, estudiantes, residentes y miembros del equipo educativo; d) Integridad; e) Competencia clínica; f) Altruismo; g) Respeto por la dignidad de pacientes, colegas y profesionales de la salud; h) Un estilo de vida congruente y equilibrado. En lo que se refiere al método de enseñanza, se propone en lo que respecta a pregrado: a) Conocimiento básico acerca de las profesiones y profesionalismo estructurado desde los niveles iniciales del currículo; b) Grupos de discusión que busquen aplicar este conocimiento utilizando casos problema simulados, demostrando el comportamiento profesional y no profesional; c) Actividades que promuevan el comportamiento profesional y humanista; d) Integrar a la enseñanza práctica y clínica, enfatizando las actitudes profesionales/no-profesionales; e) Autorregulación. El currículo de integrar la disciplina entre colegas debe incluir grupos de discusión sobre la revisión de la práctica de cada estudiante; f) Reforzamiento. El comportamiento profesional/no-profesional se debe identificar y discutir en todos los niveles, destacando públicamente el comportamiento profesional, así como promover los proyectos independientes de profesionalismo; g) Evaluación. Utilización de criterios uniformes a través de todos los años de enseñanza. La autoevaluación y la evaluación por parte de los compañeros es esencial. Los citados elementos de la enseñanza del profesionalismo deben continuarse en el postgrado, haciendo énfasis en: a) el material relacionado con la naturaleza del profesionalismo debe ser parte de la estructura de los programas de postgrado; b) los temas referentes a profesionalismo deben incorporarse de manera regular en la práctica clínica y combinarse con la enseñanza de la ética; c) Los médicos en formación habrán de participar obligatoriamente en actividades autorregulatorias; d) Como parte de su responsabilidad profesional los médicos en formación deben participar en el proceso de enseñanza; e) La evaluación de profesionalismo es intrínseca a su formación; f) Pueden utilizarse múltiples métodos de evaluación; g) Los temas relacionados con profesionalismo deben ser una parte de la formación académica formal e informal del médico. En otras palabras, el médico debe desarrollar el arte de evaluar el conocimiento técnico para saber, y el humanitarismo para entender. La clave de ello es practicar la profesión con interés, calma, flexibilidad, sin compromisos ajenos, con empa-

tía y cultura. A la par, se precisa de dominar las técnicas de obtención de datos (entrevistas, historia clínica, cuestionarios, etc.), la interpretación de datos (diagnóstico y diagnóstico diferencial) así como el tratamiento integral (trastorno primario y comórbidos). Se ha demostrado que la mayoría de los errores de los médicos se producen más por torpeza que por inmoralidad, por lo que el conocimiento y la ética deben ir juntos. S. Johnson escribió: «La integridad sin conocimiento es débil e inútil y el conocimiento sin integridad es peligroso y temible.» Y como el médico debe respetar los derechos humanos debe denunciar cualquier incumplimiento.²⁰ En México (2002) se creó un código nacional de bioética para el personal de salud sobre la base de que ésta representa un movimiento universal de responsabilidad profesional y su concepción ética global es de incumbencia para todos los seres humanos. Dicho código, integrado por 8 capítulos (Principios básicos, Conducta bioética en la prestación de servicios de salud, El enfermo como centro de interés de la bioética, Potestades bioéticas del personal de salud, Responsabilidades de los individuos sanos y de los pacientes, Relaciones interpersonales del equipo de salud, Bioética en la investigación en salud y Temas bioéticos específicos) retoma el espíritu de los códigos de Núremberg y las Declaraciones de Helsinki y de Ginebra de la Asociación Médica Mundial, así como las Normas Internacionales para la Investigación Biomédica en que se basan las recomendaciones de la OMS, OPS y UNESCO, congruentes con la Declaración de los Derechos Humanos (ONU, 1948) referentes al establecimiento de guías o códigos nacionales de conducta ética y otras reflexiones deontológicas.

Conclusión

La relevancia del profesionalismo en la formación médica radica en que estos valores deben ser parte integral del médico como persona y como profesional, para que éste pueda brindar de la mejor manera posible el servicio que la comunidad le demanda, anteponiendo los intereses de la sociedad ante los propios y actuando por los principios de beneficencia y no maleficencia. Por eso, tratándose de «medicina pre-pagada», la que tiene por meta brindar atención médica oportuna y adecuada, sin diferencias por niveles socioeconómicos, muestra no obstante, que las modalidades empleadas tienen elementos estructurales que las hacen caer en actitudes tenidas con los principios éticos de la atención médica:²⁰ convertirse en intermediarias entre el médico y el paciente, desviando la acción médica que no tiene entonces como primer interés el bienestar pleno de éste sino la ganancia económica. La dignidad de la persona humana puesta en el paciente hace que el médico pase a segundo plano y se cuida más el ingreso comercial o del «coto político», en el cual, en ocasiones, el profesional se vincula por

sus ideas políticas y no por su idoneidad académica y ética. Tanto el médico como el paciente sufren una restricción de su libertad, y por tanto de su dignidad, a causa de las normas arbitrarias que fijan las instituciones privadas de la medicina pre-pagada. Por la despersonalización de ambos, convertidos frecuentemente en «códigos»; por el incumplimiento de los compromisos con los usuarios; por la violación del sigilo profesional en una y otra, al dejar las historias expuestas a la libre interpretación del paciente o de personas no vinculadas éticamente con dicho sigilo. En la medicina pre-pagada privada tanto el paciente como el médico se convierten en fuentes de ingresos y en la estatal, al menos el médico, en factor de explotación política. Afirma Naranjo que con este tipo de medicina se pretende que todas las personas tengan la posibilidad de atención médica adecuada, oportuna e igualitaria; pero su estructuración contradice este ideal y lo convierte en simple lema de promoción comercial. No es cierto ni posible que con la medicina pre-pagada actual ni con el sistema de medicina socializada vigente, se corrijan las injusticias de la medicina privada. Obsérvese cómo, refiere Córdoba, pese a que el dato estadístico muestre una alta frecuencia en una comunidad al realizarse acciones o mostrarse actitudes de acuerdo a valores positivos/negativos, dicha apreciación numérica sin embargo, no cambia lo negativo en positivo. Por ejemplo, si en una comunidad se aceptan valores negativos, éstos no dejarán de serlo, ni cuando en dicha sociedad se pierda el respeto por la vida y se eleve el porcentaje de homicidios, éstos no dejarán de ser un crimen. Frente a este panorama, la salud *per se* carece de sentido y sólo lo adquiere porque contribuya, como lo hace en mayor o menor grado, a la realización humana de la persona que la disfruta.

Por otra parte, el médico debe comprender y saber que es un ser falible y por lo tanto sujeto a errores. Como humano se plantea el dilema de que lo bueno y lo malo a veces es asunto subjetivo, lo cual debe impelerlo a hacer las mejores interpretaciones y tal sentido debe ser justo. Si bien en el ámbito profesional médico se tienen presentes las nociones con relación a la transgresión ética y al daño que produce, los conceptos apenas empiezan a formalizarse en los estatutos de las diferentes Sociedades y Asociaciones. La ética en la praxis médica es intrínseca, su quehacer implica mantener un ejercicio constante de la conciencia y elevada calidad moral. Por eso sostenemos que, hoy en día, además de los programas formales establecidos para la enseñanza científica, se deben de implementar nuevos programas con énfasis explícito en *profesionalismo*.¹⁴

Referencias

1. Hamui SA, Halabe CHJ. Ética y biotecnología: más allá de los tratamientos médicos. Rev Fac Med UNAM 2007; 50(2): 86-89.

2. Souza y MM. Alcances y limitaciones de la enseñanza de la ética médica. *Rev Fac Med UNAM* 1986; 9(11-12): 393-440.
3. Santoni A. Nostalgia del maestro artesano. 2ª. Edición, México: CESU-UNAM, 1996.
4. Claxton G. Aprender. El reto del aprendizaje continuo. Barcelona: Paidós, 2001.
5. Vidal Gual JM. La Enseñanza de la Ética Moderna. *Rev Cubana Salud Pública* 1999; 25(2): 166-77.
6. Rothman D. Ethics and human experimentation. *N Engl J Med* 1987; 317(19): 1195-99.
7. Ocampo MJ. Bioética y ética médica: Un análisis indispensable. *Rev Fac Med UNAM* 2007; 50(1): 21-24.
8. Dunn PM, Gallagher TH, Hodges MO, Prendergast TJ, Rubenfeld GD, Tolle SW. Medical ethics: an annotated bibliography. *Ann Intern Med* 1994; 121: 627-32.
9. Reiser SJ, Dyck AJ, Curran WJ. *Ethics in Medicine: Historical Perspectives and Contemporary Concerns*. Cambridge, MA: MIT Pr; 1977.
10. Povar G, Moreno J. Hippocrates and the health maintenance organization. A discussion of ethical issues. *Ann Intern Med* 1988; 109: 419-24.
11. American College of Physicians Ethics Manual. Part 2: The physician and society; research, life-sustaining treatment; other issues. American College of Physicians. *Ann Intern Med* 1989; 111: 327-35.
12. Colegio Americano de Ginecológicos y Obstetras. La toma de decisiones éticas en ginecología y obstetricia. *Boletín Técnico*, No 136, noviembre, 1989.
13. Swick HM. Toward a normative Definition of medical Professionalism. *Acad Med* 2000; 75: 612-16.
14. Cruz Moreno DL, Souza y MM. Habilidades y Destrezas del Profesional de la Salud Mental y Adicciones. Seminario de Actividades Académicas Colegio Internacional de Educación Superior, CIES-SEP. México, D.F. Enero, 2007.
15. Gingburg S, Regehr G. Context, Conflict, and Resolution: A new conceptual framework for evaluating Professionalism. *Acad Med* 2000; 75: S6-S11.
16. ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine. Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter. *An Int Med* 2002; 136: 243-46.
17. Medical Professionalism Project. Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter. *Lancet* 2002; 359: 520-22.
18. Isaías López M, López MF. Bioética y psiquiatría. Manual de Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A.C. México, 2005.
19. Rudy DW, Elam CL. Developing a Stage-appropriate Professionalism curriculum. *Acad Med* 2001; 76: 503.
20. Córdoba A. El médico frente a la vida y frente a la muerte. *An Acad Med Medellín* 1989; 2: 66-72.