



Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



ORIGINAL

La educación en bioética, camino para la profesionalidad

K. Martínez Urionabarrenetxea

Servicio de Medicina Intensiva, Hospital de Navarra, Pamplona, Navarra, España

Recibido el 27 de marzo de 2010; aceptado el 4 de noviembre de 2010

Disponible en Internet el 20 de enero de 2011

PALABRAS CLAVE

Medicina;
Bioética;
Profesionalidad

KEYWORDS

Medicine;
Bioethics;
Professionalism

Resumen Uno de los elementos que han definido históricamente las profesiones diferenciándolas de los oficios es que sus responsabilidades se han definido más en términos morales que jurídicos. Porque no es el obligado respeto a la ley, sino la tendencia a la excelencia moral la característica fundamental de las profesiones.

La profesionalidad es la base del contrato de la medicina con la sociedad y exige colocar los intereses de los pacientes por encima de los del médico, suministrando estándares de competencia e integridad, y proporcionando asesoría experta a la sociedad en cuestiones de salud.

Un instrumento adecuado para conseguirla es la educación en bioética en cuanto estudio interdisciplinario de los problemas creados por los progresos médicos, biológicos y sus correspondientes tecnologías, para encontrar lo que es más humano en su aplicación práctica.

© 2010 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Education in bioethics, a way for professionalism

Abstract One of the elements that have historically defined professions making them different from mere occupations is the fact that their responsibilities have been defined more in moral than juridical terms. Because it is not the due respect to the law but the tendency to moral excellence the fundamental characteristic of professions.

Professionalism is the base of medicine's contract with society and it obliges to put patients' interests above the doctors' ones, supplying competence and integrity standards, and providing expert help to society in health matters.

Education in bioethics is an appropriate instrument to reach this goal, as it promotes an interdisciplinary analysis of the problems created by the medical and biological progress and its correspondent technologies, to find what is most human in its practical application.

© 2010 SECA. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

La salud y sus determinantes

La situación de salud de una comunidad tiene múltiples determinantes: el medio físico y social; la biología, que incluye la dotación genética pero no se restringe a ella; la

Correo electrónico: kmartinu@cfnavarra.es

conducta individual y colectiva, y la atención a la salud. Con excepción de las características biológicas, el resto se determina socialmente y está, por tanto, sujeto a las condiciones de igualdad de oportunidades o a su falta, condiciones que son, a su vez, manifestaciones de las relaciones de poder dentro de la sociedad, sea entre géneros, grupos étnicos o económicos. Nuestra comprensión de la salud debe ensancharse, pues, desde una focalización estrecha en las enfermedades y los servicios de salud hasta incluir los demás factores (pobreza, educación, capital social, acceso a agua limpia, dieta salubre, evitación del estrés innecesario, etc.).

La salud de una población refleja mucho más que la simple suma del perfil de los llamados factores de riesgo y el estado de salud de sus miembros individuales¹; consiste también en una característica colectiva que refleja la historia social de la población y sus cambiantes circunstancias culturales, materiales y ecológicas, porque, hoy, la violencia, el desarrollo capitalista, la industria, la contaminación atmosférica y los cambios climáticos responsables de mutaciones en los vectores de enfermedades y generadores de nuevos patrones de morbilidad constituyen la más grave amenaza para la salud mundial, junto al aumento de la interdependencia entre países, la mayor influencia de factores temporales y espaciales, y la presencia de nuevos actores y de nuevas alianzas².

La educación sobre la salud

Los centros académicos relacionados con la salud existen porque es necesario satisfacer tres necesidades humanas universales si queremos que la sociedad y sus miembros florezcan y desarrollen sus capacidades humanas. Para ello son necesarios: *a*) una fuente de conocimiento médico actualizado dirigido a la eliminación y, si es posible, a la prevención de la enfermedad y el sufrimiento humanos (la universidad); *b*) una fuente de médicos entrenados para utilizar ese conocimiento sabiamente y bien (las facultades de medicina), y *c*) un lugar donde el uso óptimo del conocimiento médico pueda ser demostrado e investigado (hospitales universitarios).

La profesionalidad

Uno de los elementos que han definido históricamente las profesiones diferenciándolas de los oficios es que sus responsabilidades se han definido más en términos morales que jurídicos. En los últimos 50 años, la distinción clásica entre profesión y oficio ha venido haciéndose cada vez más difusa, a costa de que las profesiones clásicas han rebajado su identificación con la responsabilidad moral y los antiguos oficios han evolucionado en capacidad técnica sin progresar simultáneamente en dicha responsabilidad³. Y sin embargo, no es el obligado respeto a la ley sino la tendencia a la excelencia moral —el deber de procurar la excelencia— la característica fundamental de las profesiones^{4,5}. Es característico de una profesión que sus miembros busquen la virtud. No hay calidad posible sin búsqueda de la excelencia y la promoción de la excelencia es el objetivo propio de la ética.

La profesionalidad puede ser entendida como un conjunto de valores, actitudes y conductas que se expresa

en el servicio de los intereses de los pacientes y de la sociedad antes que de los de uno mismo^{6,7}. Para conseguirla, se ha recomendado trabajar en tres campos: el contenido curricular y el proceso de enseñanza, las estructuras internas de las facultades de medicina y la relación entre estas facultades y las organizaciones externas⁸. También se han propuesto cuatro pasos para reafirmar la profesionalidad: crear comunidad en el hospital, alimentar modelos de rol, enseñar profesionalidad médica y evaluar la conducta profesional⁹. Más recientemente se ha hecho un nuevo e importante llamamiento¹⁰ para cambiar tanto el contenido como el contexto de la educación médica para poder satisfacer mejor las necesidades de la sociedad contemporánea y las realidades de la práctica médica. En él, 16 bioeticistas de diferentes países defienden encarecidamente que la comunidad médica debe fijar sus objetivos de acuerdo con las necesidades y las expectativas sociales al tiempo que debe mantener sus valores médula y su integridad frente a las presiones sociopolíticas y económicas.

La "educación para la virtud" debiera ser vista como un complemento necesario a un aprendizaje más tradicional, "de libro", sobre la ética. Es necesario crear un ambiente ético en las facultades de medicina para que la confianza y el cuidado importen de verdad, sin olvidar que a veces, según Sulmasy¹¹, los propios médicos de plantilla son las barreras más importantes para el desarrollo moral de los estudiantes, incluso de formas tan sutiles que las hacen parecer inconscientes, y que las presiones del nuevo complejo médico-industrial-político, cuyos principales valores son la eficiencia y la productividad, buscan un cambio de conducta en los profesionales apelando al autointerés ilustrado en vez de al altruismo, lo que añade otra dificultad al proceso de educación en ética¹².

La profesionalidad puede ayudar a los médicos a: *a*) recapturar algún grado de autonomía (al menos de decisión); *b*) romper el ciclo de desconfianza y falta de respeto públicas para con los médicos y la medicina; *c*) ganar el alto nivel moral en su permanente lucha con el empleador, y *d*) contribuir a mejorar el proceso y el resultado de la atención a los pacientes¹³. La profesionalidad es la base del contrato de la medicina con la sociedad y exige colocar los intereses de los pacientes por encima de los del médico, suministrando estándares de competencia e integridad, y proporcionando asesoría experta a la sociedad en cuestiones de salud. Esencial para este contrato es la confianza pública en los médicos que depende de la integridad tanto de los médicos concretos como de toda la profesión. Todo ello se sustenta en unos principios fundamentales: la primacía del bienestar del paciente, la autonomía del paciente y la justicia social. Y requiere una serie de responsabilidades: compromiso con la competencia profesional, la honestidad, la confidencialidad, el mantenimiento de relaciones apropiadas con los pacientes, la mejora de la calidad de la atención, la mejora del acceso a la atención sanitaria, la justa distribución de los recursos, el compromiso científico, el mantenimiento de la confianza mediante el manejo de los conflictos de intereses y las responsabilidades profesionales¹⁴. Al enunciar estas cuestiones, el *American Board of Internal Medicine* no está dictando un nuevo código ético, sino reafirmando las responsabilidades contemporáneas de los médicos.

La medicina y los valores

La medicina —en realidad, todas las profesiones relacionadas con la salud y la enfermedad de los seres humanos, por lo que, cuando escribo “médico” o “medicina” a lo largo de este texto puede leerse “profesional sanitario” o “profesión sanitaria” con cierta flexibilidad— es una profesión moral. Las virtudes médicas son las características del buen médico —o del médico bueno— e incluyen valores como competencia técnica, compasión, sabiduría práctica, integridad, altruismo, fidelidad, coraje y paciencia¹⁵. James Drane¹⁶, basándose en las distintas dimensiones del acto médico (médica, espiritual, volitiva, afectiva, social y religiosa), específica a su vez las virtudes del médico que, según él, son la benevolencia, la veracidad, el respeto, la amistad, la justicia y la religiosidad. También Pellegrino y Thomasma¹⁷, dos de los representantes contemporáneos más importantes de la llamada teoría ética de la virtud, profesores ambos en universidades católicas americanas, han desarrollado por su parte su particular lista de virtudes propias de las profesiones sanitarias, que podríamos concretar en la fidelidad a la promesa, benevolencia, templanza, fortaleza, abnegación, compasión, humildad intelectual, justicia y prudencia.

El concepto de modelo de profesional “de cuello blanco” defiende que una vez los médicos han aprendido su rol profesional se comportarán apropiadamente independientemente de sus sentimientos personales. Pero la profesionalidad ya no puede darse por sentada como un conjunto de expectativas de conducta inherentes al hecho de ser médico o de haber estudiado medicina¹⁸. De hecho, los médicos suelen admitir con facilidad que tienen sentimientos negativos hacia cierto tipo de pacientes y, sin embargo, la mayoría cree tratar a todos los pacientes igualmente bien y con imparcialidad, cuando se puede comprobar con cierta facilidad que no todos los enfermos son tratados con la misma consideración y respeto. La discrepancia entre los valores personales y la conducta profesional puede deberse a que el médico es inconsciente de que los valores personales, quizá inconscientes, pueden influir —y de hecho influyen— en la calidad de la atención sanitaria¹⁹. La comprensión de cómo los valores personales y los estereotipos inconscientes mediatizan la conducta es crucial si queremos que los actos de una persona sean congruentes con su sistema de valores. Sin embargo, tal comprensión no es fácil de alcanzar sin la ayuda de los demás o sin alguna experiencia que haga especialmente evidente la incongruencia entre los valores y la conducta.

La bioética y la educación médica

La bioética, entendida como un amplísimo conjunto de conocimientos, puede enseñarse, pero estos, con ser importantes por fundamentales, no son más que el andamiaje básico que permite realizar el siguiente paso del proceso de aprendizaje: la adquisición de habilidades que permitan descubrir los conflictos éticos que laten en la vida diaria de las profesiones sanitarias, y además, analizarlos críticamente para tomar decisiones éticamente consistentes. Este proceso de aprendizaje no puede acabar sin producir un cambio de actitudes o una adquisición de actitudes duraderas que lleven

Tabla 1 Estratos de la personalidad, objetivos educativos y metodologías bioéticas para influir en ellos

Estratos de la personalidad	Objetivos educativos	Metodologías bioéticas
Actos	Conocimientos	Principios/consecuencias
Hábitos	Habilidades	Virtudes/vicios
Carácter	Actitudes	Hechos/valores

a la mejora del ejercicio de la profesión²⁰, tal y como se representa en la *tabla 1*.

Frente a ello, en los últimos 50 años la educación médica ha hecho excesivo énfasis en los aspectos biológico-técnicos de la medicina a expensas de lo psicosocial, provocando un retroceso en las cualidades humanistas. Por lo que parece necesaria la intervención curricular para reforzar los valores humanistas asociados a la profesión, esto es, la profesionalidad, entendida como proceso permanente, autorreflexivo, que implica hábitos de pensamiento, sentimiento y acción. Más que dejada a la esperanza de que los estudiantes se modelarán a sí mismos o serán de algún modo permeables a estos u otros elementos de la profesionalidad, pienso que esta debe ser alimentada de forma significativa mediante el compromiso de los estudiantes con ciertos tipos de contenido: filosofía e historia de la medicina, sociología del conocimiento médico, cuestiones políticas, económicas y sociales alrededor de la práctica médica, crítica literaria, etc. Porque los estudiantes necesitan instrumentos no sólo para analizar la fisiopatología de una enfermedad, sino también para tratar astutamente con el lenguaje y la comunicación, para manejar concienzudamente los sesgos de la toma de decisiones, para actuar políticamente sobre la forma de acceso a y los objetivos y los resultados de los servicios médicos, para desenvolverse éticamente con las ambigüedades morales de la medicina, y para analizar empáticamente la experiencia de la enfermedad a través de las diferencias de raza, género y clase.

La iniciación de los estudiantes a la medicina se hace primero a través de la maquinaria ideada por los científicos básicos con cuya orientación hacia la naturaleza del conocimiento muchos estudiantes se encuentran cómodos, por lo que la pueden adoptar sin problemas. La educación científica, el “verdadero conocimiento” científico, se adquiere mediante el análisis racional caracterizado por la objetividad, la universalidad y la replicabilidad. A pesar de que la individualidad y la subjetividad tienen mucho que ver con la experiencia de la enfermedad, estas cualidades no tienen sitio en la construcción del conocimiento científico que se enseña en las facultades. La inmersión inicial de los estudiantes en la ciencia es tan consumidora y tan extensa que estos comienzan a pensar que lo que están aprendiendo —el conocimiento científico y cómo se construye— es igual al conocimiento médico y cómo es o cómo debiera hacerse. Estas asunciones influyen en las creencias subsecuentes de los estudiantes sobre el valor del conocimiento y sobre —y esto es lo más importante— qué es realmente conocimiento. Los estudiantes miran a la ciencia y sus métodos de creación de conocimiento como si fueran una llave que abre todos los secretos del cuerpo y también los de la relación con los

pacientes y con el resto de trabajadores de la salud. Estas creencias son perniciosas porque se deslizan hacia áreas de la medicina para cuya comprensión y apreciación sirven mucho mejor otros métodos de análisis, otras fuentes de entendimiento. Más aún, los estudiantes llegan a ver el lenguaje científico como un medio carente de problemas para transmitir observaciones y teorías, y el lenguaje de los pacientes como inadecuado o inexacto debido a su obvia subjetividad.

Cuando a los estudiantes de medicina se les enseña, explícita e implícitamente, que el único conocimiento médico verdadero es fruto del análisis empírico, objetivo, cuantitativo, llegan naturalmente a desconfiar de todo conocimiento obtenido a través de otras vías. Factores tales como el género, la raza, la educación, la clase social, la identidad étnica, el clima político, etc., son vistos a menudo como extraños o secundarios al conocimiento médico adecuado, asumiéndose que tanto el producto como el proceso de la creación del conocimiento médico adecuado existen independientemente de esos factores.

Esta realidad hace necesario un cambio de currículum que tenga en cuenta tres aspectos: conciencia sociológica, pensamiento interdisciplinario y conocimiento de los aspectos económicos y sociopolíticos de la atención a la salud²¹. Y así lo han hecho algunas facultades introduciendo estudios de profesionalidad, aunque en la actualidad carecemos de medios fiables y válidos para enseñar y evaluar la profesionalidad en los estudiantes²². Teóricamente, esta enseñanza puede hacerse de dos formas distintas: mediante el "enfoque pedagógico", centrado en la transmisión de conocimientos y habilidades, y el "enfoque socrático o mayéutico", más preocupado por facilitar una transformación de las actitudes realizada por el propio sujeto²³. Cada uno de los métodos tiene sus seguidores y detractores, pero hoy por hoy, y dado que los cursos de ética consiguen, al menos a corto plazo, un efecto positivo porque conciencian a los estudiantes, les enseñan conocimientos y habilidades relacionados con las cuestiones éticas clínicas, mejoran su capacidad de razonar moralmente, aumentan su confianza para analizar cuestiones éticas, e incluso pueden inspirar a unos pocos, parece necesario insistir en los dos métodos, porque de hecho son complementarios.

El foco central en el desarrollo de la profesionalidad en las facultades de medicina suele comenzar a menudo con la cuestión de cómo instilar mejor o animar los siguientes elementos de la profesionalidad: altruismo, responsabilidad, excelencia, deber, honor e integridad, y respeto por los demás²⁴. Pero hay estudios que afirman que durante el proceso de socialización en las facultades los estudiantes de medicina que llegan a ellas como jóvenes idealistas salen de las mismas como personas frías y distantes y que su desarrollo moral se ve atrofiado o incluso que pueden experimentar una regresión moral²⁵. Los estudiantes de medicina reciben a menudo mensajes en conflicto entre lo que aprenden en clase y lo que observan en el medio clínico sobre los valores importantes que defender y sobre las conductas apropiadas que mantener²⁶. Parece evidente que mucho de lo que se enseña y la mayor parte de lo que se aprende tienen lugar dentro del currículum oculto, esto es, en el conjunto de influencias que funcionan en el ámbito de la estructura y de la cultura de la organización²⁷. La situación, por lo general, no parece mejorar al finalizar la educación médica²⁸,

motivo por el cual en distintas facultades se ha analizado la cuestión para buscar posibles soluciones²⁹⁻³². Conviene recordar, de todos modos, que algunos autores no han encontrado relación causal directa entre la observada disminución en el desarrollo moral y la educación médica³³.

Por este motivo algunos autores sugieren seleccionar, en el momento del ingreso en la facultad, a los estudiantes con más posibilidades de convertirse en médicos éticos; proporcionar entrenamiento ético en la facultad y durante la residencia; evaluar el trabajo realizado, y crear un clima de aprendizaje ético. Esto requiere un cambio cultural: ir al currículum oculto, prestar gran atención a la modelación de rol en el ambiente de aprendizaje e implementar políticas y procesos para asegurar un clima de aprendizaje conducente al desarrollo ético. Al fin y al cabo, la bioética no es más que el estudio interdisciplinario de los problemas creados por los progresos médicos, biológicos y sus correspondientes tecnologías, para encontrar lo que es más humano en su aplicación práctica³⁴. Labor fundamental en este proceso educativo tienen también los comités de ética asistencial, entre cuyas funciones está, en primer lugar, la formación en bioética de sus miembros y de todo el personal de sus centros respectivos, para intentar crear en las instituciones un clima de actividad ética sanitaria, en un proceso dialéctico que nunca acaba de realizarse del todo.

Mucho se ha debatido sobre qué enseñar dentro de ese currículum, quién debe hacerlo, cómo, etc. No entraré hoy en la cuestión, que considero de enorme importancia. Afirmaré únicamente que no considero adecuado explicitar de una vez por todas y para todos quién, qué y cómo enseñar. Soy partidario de profesores y currícula diversos y variados, tanto en pregrado y posgrado como en formación continuada, dependiendo de las posibilidades reales de cada facultad y de cada centro asistencial. Lo importante, en mi opinión, es avanzar bien, firme y prudentemente en un camino que nos lleve a reconocer la importancia de los temas tratados. Por ello hago mías las conclusiones del documento de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica¹, parte de las cuales reproduzco a continuación: La bioética es una de las piezas fundamentales del currículum de todo profesional sanitario de calidad. Es imprescindible proporcionar a dichos profesionales una educación adecuada en pregrado, posgrado y formación continuada. La educación debe ser de calidad en cuanto a contenidos y metodología. Las universidades deben buscar la manera más adecuada de introducir la bioética en los planes de estudios de las carreras biosanitarias. Y no sólo la bioética como ética aplicada a la medicina, sino la bioética global, descrita por Potter en 1988 como el conocimiento multidisciplinario que hace de puente entre la ética médica y la ética ecológica, con el fin de lograr una supervivencia humana útil y de gran alcance, que ofrece una vía para la reforma global de la salud a través de cinco aproximaciones transformativas: el desarrollo de un estado mental global; la promoción del autointerés a largo plazo; la búsqueda del balance entre el optimismo y el pesimismo sobre la globalización y la solidaridad; el refuerzo de las capacidades, y el aumento de la producción de bienes públicos globales encaminados a la salud.

En esta dirección se mueve la "Declaración de Responsabilidad Profesional: El Compromiso de la Medicina Social con la Humanidad" firmada por la Asociación Médica

Americana (AMA) en diciembre de 2001 y apoyada por una gran cantidad de asociaciones médicas. En ella se afirma que “nunca en la historia de la civilización humana ha estado tan fuertemente unido el bienestar de cada individuo con los demás”, motivo por el que es necesaria una acción concertada y una respuesta global. Y la Declaración pretende ser —es— la reafirmación del compromiso de los profesionales de la medicina para combatir los ataques naturales y los realizados por la mano del hombre contra la salud y el bienestar de la humanidad. Así, los firmantes, convencidos de que “la humanidad es nuestro paciente”, se comprometen entre otras tareas a: a) respetar la vida humana y la dignidad de cada individuo; b) luchar con el compromiso y el apoyo frente a los crímenes contra la humanidad y condenar todo este tipo de actos; c) educar al público y los políticos sobre el presente y futuro de los males para la salud de la humanidad, y d) apoyar los cambios sociales, económicos, de educación y políticos que atenúen el sufrimiento y contribuyan al bienestar de la humanidad³⁵.

Espero que este breve texto colabore a la apertura de reflexiones más profundas al respecto y promueva el necesario análisis de la problemática mencionada en las facultades de medicina en nuestro país.

Bibliografía

- McMichael AJ, Beaglehole R. The changing global context of public health. *Lancet*. 2000;356:495–9.
- McMichael AJ. Prisoners of the proximate: epidemiology in an age of change. *Am J Epidemiol*. 1999;149:887–97.
- Asociación de Bioética Fundamental y Clínica. *La educación en Bioética de los profesionales sanitarios en España. Una propuesta organizativa*. Madrid: ABFC; 1999.
- Gracia D. El recto ejercicio profesional. ¿Cuestión personal o institucional? *Quadern Caps*. 1995;94–8.
- Cortina A. Universalizar la aristocracia: Por una ética de las profesiones. *Claves de Razón Práctica*. 1997;46–52.
- Foa RP. Are physicians professionals? *Pharos*. 1986;21–3. Summer.
- Reynolds PP. Professionalism in residency. *Ann Intern Med*. 1991;91:91–2.
- Enarson C, Burg FD. An overview of reform initiatives in medical education. *JAMA*. 1992;268:1141–3.
- Reynolds PP. Reaffirming professionalism through the education community. *Ann Intern Med*. 1994;120:609–14.
- The goals of medicine: Setting new priorities. *Hastings Center Report, Special Supplement*. Briarcliff Manor, New York: The Hastings Center Report, November-December, 1996.
- Sulmasy DP, Marx E, Dwyer M. Knowledge, confidence, and attitudes about medical ethics: how do faculty and housestaff compare? *Acad Med*. 1995;70:1038–40.
- Ludmerer KM. Instilling professionalism in medical education. *JAMA*. 1999;282:881–2.
- Siegler M. Training doctors for professionalism: Some lessons from teaching clinical medical ethics. *Mt Sinai J Med*. 2002;69:404–9.
- Profesionalidad médica en el nuevo milenio: un fuero médico. *Rev Clin Esp*. 2002; 202:449–52.
- Sulmasy DP. Should medical schools be schools for virtue? *J Gen Intern Med*. 2000;15:514–6.
- Drane JF. *Becoming a Good Doctor: The Place of Virtue and Character in Medical Ethics*. Kansas City: Sheed and Ward; 1988.
- Pellegrino ED, Thomasma DC. *The Virtues in Medical Practice*. New York: Oxford University Press; 1993.
- Stevens RA. Themes in the history of medical professionalism. *Mt Sinai J Med*. 2002;69:357–62.
- Martínez K. Hacia un nuevo modelo de relación clínica. *SEMERGEN*. 2001;27:291–6.
- Gracia D. *Bioética Clínica*. Sante Fé de Bogotá: El Búho; 1998.
- Wear D, Castellani B. The development of professionalism: Curriculum matters. *Acad Med*. 2000;75:602–11.
- Kao A, Lim M, Spevick J, Barzansky B. Teaching and evaluating students' professionalism in US medical schools, 2002-2003. *JAMA*. 2003;290:1151–2.
- Gracia D. La enseñanza de la bioética en España: un enfoque socrático. En: Sarabia J, editor. *Asociación de Bioética Fundamental y Clínica: La Bioética, lugar de encuentro. Actas del II Congreso Nacional*. Madrid: ABFC; 1988.
- Project Professionalism. Professionalism in medicine: issues and opportunities in the educational environment. Philadelphia, PA: American Board of Internal Medicine; 1995.
- Branch WT. Supporting the moral development of medical students. *J Gen Intern Med*. 2000;15:503–8.
- Inui TS. *A flag in the wind: Educating for professionalism in medicine*. Washington, DC: Association of American Medical Colleges; 2003.
- Hafferty FW. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. *Acad Med*. 1998;73:403–7.
- Editorial. Doctors and patients: flying apart? *BMJ*. 2001; 323. doi:10.1136/bmj.323.7318.0.
- Suchman AL, Williamson PR, Litzelman DK, Frankel RM, Mossbarger DL, Inui TS, et al. Toward an informal curriculum that teaches professionalism. *J Gen Intern Med*. 2004;19:501–4.
- Lempp H, Seale C. The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching. *BMJ*. 2004;329:770–3.
- Carufel-Wert DA, Younkin S, Foertsch J, Eisenberg T, Haq CL, Crouse BJ, et al. LOCUS: Immunizing medical students against the loss of professional values. *Fam Med*. 2007;39:320–5.
- Gaiser RR. The teaching of professionalism during residency: Why it is failing and a suggestion to improve its success. *Anesth Analg*. 2009;108:948–54.
- Patenaude J, Niyonsenga T, Fafard D. Changes in students' moral development during medical school: a cohort study. *CMAJ*. 2003;168:840–944.
- Abel F. El futuro de la docencia de Bioética en España. *Cuadernos de Bioética*. 1999;1:11–6.
- American Medical Association. Declaration of Professional Responsibility: Medicine's Social Contract with Humanity. *Mo Med*. 2002;99:195.