

## Bioética: ¿Qué nos está faltando en la educación médica?

*Prof. Dr. Eduardo Rosselot Jaramillo, MACP. FRCP.  
Departamento de Educación en Ciencias de la Salud y Departamento de Bioética y Humanidades Médicas.  
Facultad de Medicina. Universidad de Chile. .*

Hace unos pocos días, un paciente llegó a mi consulta con motivo de una evaluación general solicitada por una compañía de seguros. Su actitud hacía pensar que tras esa motivación, otros pensamientos o preocupaciones lo asediaban y, probablemente, constituían una razón más de peso por la cual solicitar atención o, por lo menos, tener la necesidad de recibir ayuda profesional aunque no fuera específicamente un problema de enfermedad. Casi sin venir al caso me relató su experiencia reciente que aún lo tenía insatisfecho, inquieto y preso de una sensación de decepción y desamparo insuperables.

Su "médico", un cirujano general en quien él depositaba, desde antiguo, su confianza lo había operado recientemente de un proceso digestivo, cuyo diagnóstico había requerido sofisticados exámenes y cuya intervención determinó una anemia, también de múltiple causalidad y, para él, compleja explicación. Tal secuencia movió a su médico a una interconsulta con un destacado hematólogo y a derivarlo, consecutivamente, a sus cuidados. Coincidentemente, el cirujano se había marginado totalmente de su atención, -pero en forma inadvertida según el paciente-, estimando éste que lo habría hecho, probablemente, por quedar el tratamiento restante fuera de su competencia. Pero lo que el paciente no toleraba, según sus palabras, era "la desaprensión y desapego", de quien él hasta antes de esa situación "consideraba su médico, su apoyo, incluso su amigo".

Una historia banal, pensarán muchos... Pero, en realidad, una experiencia cotidiana de la que se nos suele escapar el significado más profundo y que refleja el grado en que puede decaer la relación médico paciente y las repercusiones que ello tiene en la efectividad de los cuidados profesionales de la salud.

Profesión transcribe el sentido de dedicación, cometido y consagración a una tarea, *professio* su germen latino la aproxima a ejercicio voluntario, con relevante capacidad y aplicación, con abnegación, tal como se profesaría una religión (1). Ésta no ha sido sólo una personificación de la era romántica de la medicina, sino que tuvo antes y sigue teniendo ahora vigencia en un número importante de los profesionales de la salud. Y muy especialmente en los médicos, que hicieron suya la vocación por una actividad cuyo centro era el hombre y cuyo motor era el amor a la persona humana y a la misma profesión, por esa razón, elegida (2).

Sin duda que este modelo profesional ha sido erosionado al transformarse en una actividad asalariada y medio de subsistencia a menudo precario para quienes eligieron su ejercicio y, definitivamente, al advenir una medicina sometida a las dinámicas del mercado, como ha irrumpido en prácticamente todo el mundo occidental, por lo menos (3, 4, 5). Nadie puede pretender que no exista incompatibilidad entre el lucro y la negociación, propios de la actividad mercantil, y las acciones altruistas, en tanto éstas ponen por delante del propio interés el de los pacientes, cuando éste constituye la esencia de un ejercicio médico genuinamente inspirado (6, 7).

Pero hay otras razones más ligadas al desarrollo de la propia medicina: La introducción de altas tecnologías, por necesidades inherentes a la búsqueda acuciosa de las causas

de enfermedad; la consiguiente sobre especialización médica para poner en manos de quienes sean capaces de decisiones expertas los avances instrumentales, con el objeto de afinar la efectividad y calidad de los procesos curativos; la explicable orientación de la atención y la formación al manejo de las situaciones críticas que, en su inexorable emergencia, marginan toda otra dedicación aparte de la pertinente al rescate de la situación crítica. También, la rapidez de los cambios en la información médica; la transitoriedad del conocimiento; las nuevas metodologías para incorporarlo; los sorprendentes poderes que el médico dispone hoy para combatir la enfermedad, el sufrimiento e, incluso, la muerte, aunque no siempre pueda, el profesional, vanagloriarse de vencerlas. Progresos, sin duda, pero que, sin embargo, no dirimen el dilema del médico enfrentado a un grado significativo de incerteza en su aproximación a la enfermedad y al paciente (8, 9, 10).

Los modelos de atención desarrollados para llevar la medicina a las personas y prevenir los embates a su salud, por otra parte, han rodeado al profesional de redes burocráticas, medios aleatorios de comunicación y recursos humanos o tecnológicos auxiliares que en vez de facilitar el contacto necesario interpersonal, han producido mayor distanciamiento entre ambos protagonistas de la relación clínica. De modo que los vemos en sendos extremos de una línea donde se ha perdido la identidad de ambos y su encuentro ya no es más una relación humana de ayuda sino que un acto en que se administran procesos para producir resultados, se dan indicaciones en espera de probabilidades, y se determinan intervenciones sustentadas en evidencias.

Hoy, los cuidados de la salud casi requieren un aval acreditado certificando que las intervenciones, diagnósticas y terapéuticas especialmente, están respaldadas por estudios que garantizan haber sido realizados por un equipo de investigación idóneo, que ha utilizado una metodología científicamente inobjetable para obtener resultados reproducibles y significativos. No dejan de ser sorprendentes estas exigencias al lado de tanta aceptación de medicinas alternativas, promocionadas por su uso empírico, de efectos dudosos y sustentación irrelevante, aun cuando pudieran ser estas mismas opciones las que obliguen a mayor rigurosidad a las consideradas más propias del modelo científico. En todo caso, la comparación no surge sino que de la carencia, en la llamada medicina basada en evidencias -cuyo aporte a la salud nadie osa cuestionar -, del valor del juicio clínico y de la apreciación de lo intrínsecamente personal, como área depreciada por esta forma de medicina en la perspectiva del cuidado de poblaciones más que del cuidado individual (11).

¿Qué de extraño tiene entonces que un paciente se sienta - a lo mejor irrazonablemente pero con una percepción efectiva -, desamparado cuando, esperando solicitud y apoyo, encuentra lo que estima dejación o abandono? Recordemos cómo Quill y Cassel (12) han elevado incluso a la categoría de un principio bioético la necesidad de no abandonar al paciente, que incluye para ellos no sólo el cuidado directo sino la búsqueda conjunta de soluciones para su enfermedad o su salud. Y si bien estas diligencias pueden no ir más allá de una acción samaritana, es el contexto de empatía y solidaria involucración en la situación de desmedro del paciente, lo que resulta central en la relación clínica y, en gran medida, hace relevante la acción beneficiante del acto médico.

Desde hace ya décadas, existe un clamor generalizado por la pérdida en el profesional de la salud, de ese sentido de dedicación vocacional a ser cuidado solícitamente, más amigable que técnicamente, que todo paciente (padeciente) requiere para su integral recuperación (13, 14, 15). Esta queja, indudablemente, apunta sobre todo al médico visto como cabeza y responsable del equipo de salud, en la medida que ha ido asumiéndose una acción más colectiva que individual en la acción de salud. Y es claro que, aunque se establezca una participación múltiple de diversos especialistas en la atención médica, y aun cuando no exista un sistema en que se conserve la libre elección de los profesionales, siempre debiera haber un tratante, el médico de cabecera, el médico de la familia, "mi médico", "mi doctor", en quien el paciente pueda depositar toda su confianza y esperar siempre una respuesta de profunda empatía y humanidad, como traducción de la mayor disposición ética del profesional.

La lógica reacción a tales condiciones ha sido, en diversas instancias, denunciar el alejamiento de los profesionales al ethos tradicional, tal como ha venido transmitiéndose por generaciones, de acuerdo al canon hipocrático y a los códigos con que las

instituciones cautelares de la ética médica han reiterado y actualizado, periódicamente, similares normativas (16, 17, 18, 19).

La última y, a mi juicio, más pertinente versión, en cuanto resume y establece una oportunidad y vigencia notable a los requerimientos de hoy sobre conductas y valores profesionales y la más adecuada relación médico paciente, es la que ha surgido de la preocupación de tres organizaciones internacionales de reconocido prestigio y amplia versación sobre la salud y la medicina que la humanidad está definiendo y requiriendo. Ellas son el American College of Physicians y la American Society of Internal Medicine (ACP-ASIM), la Federación Europea de Medicina Interna y el American Board of Internal Medicine. En un documento emanado del llamado Proyecto sobre Profesionalismo, labrado a partir de 1994 y hecho público en 2002, (20, 21) concretan en tres principios y un conjunto de responsabilidades específicas, los compromisos que los médicos deben sostener para llevar a cabo su ejercicio profesional con calidad, excelencia y validez universal.

Los principios son la primacía del bienestar del paciente, de su autonomía y de la justicia social. Las responsabilidades se refieren a la competencia profesional, la honestidad con el paciente, la confidencialidad, los límites de las relaciones con los pacientes, la calidad de la atención, el acceso a las prestaciones, la justa distribución de los recursos siempre escasos para la salud, el uso apropiado del conocimiento científico, el manejo adecuado de los conflictos de intereses y la completa satisfacción de los compromisos que involucra el ejercicio profesional. En las especificaciones de estos principios y compromisos, más que un catálogo de propuestas y atributos, porque su cumplimiento requiere de virtudes, aptitudes y destrezas, uno puede encontrar pormenores (más bien debiera decir intenciones mayores) que, como se afirma en el resumen de la declaración, "intentan estimular esas responsabilidades y promover una agenda de acción que resulta universal tanto en su perspectiva como en sus propósitos", para reafirmar la activa y sentida "vocación médica por el bienestar del paciente" y "los esfuerzos colectivos por mejorar el sistema de salud para el bienestar de la sociedad".

Tal como concluye el documento, "los desafíos que surgen hoy para la práctica de la medicina, en casi todas las culturas y sociedades, se centran en las disparidades, en aumento, entre las legítimas necesidades de los pacientes, los recursos disponibles para satisfacer esas necesidades, la dependencia creciente en las fuerzas del mercado para transformar los sistemas de atención de salud y la tentación de los médicos de claudicar en su tradicional compromiso con la primacía del interés del paciente".

¿Llegaremos a tener egresados de nuestras escuelas de medicina con un perfil que responda a las premisas de un ejercicio profesional con estas características? No faltan los escépticos respecto a que la escuela pueda proporcionar cambios en actitudes o conductas que son sustanciales a la formación de la personalidad de los individuos, o que sea capaz de desarrollar competencias para establecer o mejorar la relación médico paciente de modo de satisfacer las demandas de empatía, solidaridad y humanismo que requiere la beneficencia en este tipo de prestación profesional. La opinión mundial está por contradecir esa postura y laudables iniciativas y experiencias surgen en diversas áreas para desmentirla, y hacer de esta orientación una meta específica de los programas, de las innovaciones curriculares y de los medios en que se sustenta, tanto más atinente cuanto más centrados estén, los cuidados y el aprendizaje, en el paciente y en la relación clínica (22, 23, 24). Debemos esforzarnos por incorporar estos objetivos, a medida que renovamos nuestros propios programas; que reorientamos el énfasis de una sobre especialización en el pregrado hacia una mayor gravitación del postítulo en la formación de los especialistas; y que invertimos nuestros mejores esfuerzos en proporcionar a nuestros estudiantes experiencias integradas de mayor contenido científico-humanista y en las que se estime más pertinente al ejercicio médico, considerar el padecimiento global del paciente y no sólo la enfermedad que lo afecta.

## Bibliografía

1. Gracia D.- *El concepto de profesión y la responsabilidad profesional, en Profesión médica, investigación y justicia sanitaria.* Ed. El Buho. Bogotá. Colombia. 1998. Págs. 45-54.
2. Chuaqui B.- *Breve historia de la medicina. Programa de estudios médicos humanísticos.* Ed. Universidad Católica de Chile. 2000. Pág. 46.
3. Callahan D.- *Medicine and the market. A research agenda.* *J. Med. Phylos.* 1999; 24: 244-52.
4. Sullivan W.M.- *What is left of professionalism after managed care ?* *Hastings Cent. Rep.* 1999; 29: 7-13.
5. Finkel MA, Adams JG.- *Professionalism in emergency medicine.* *Emerg. Med. Clin. North Am.* 1999; 17: 443-50.
6. Hensel WA, Dickey NW. *Teaching professionalism: passing the torch.* *Acad. Med.* 1998; 73: 865-70.
7. Frankford DM, Konrad TR.- *Responsive medical professionalism: integrating education, practice, and community in a market driven era.* *Acad. Med.* 1998; 73: 138-45.
8. Leape LL.- *Error in medicine.* *JAMA.* 1994; 272: 1851-7.
9. Shine KL.- *Health care quality and how to achieve it.* *Acad. Med.* 2002; 77: 91-9
10. Rosselot E., Goic A.,Carvallo A., Szanthó G., Sutil L.- *Error en Medicina (Panel).* *Rev. Méd.Chile* 2001; 129: 1455-8.
11. Tonelli MR.- *The philosophical limits of evidence based medicine.* *Acad. Med.* 1998; 73: 1234-40.
12. Quill TE, Cassel CK,- *Nonabandonment: a central obligation for physicians.* *Ann. Int. Med.* 1995; 122: 368-74.
13. Ludmerer KM.- *Instilling professionalism in medical education.* *JAMA.* 1999; 282: 881-2.
14. Kalb PE.- *Health care fraud and abuse.* *JAMA;* 1999, 282: 1163-8.
15. Rosselot E.- *Reivindicando la medicina como profesión científico humanista.* *Rev. Méd Chile* 2003; 131: 454-5.
16. *Pautas Éticas Internacionales. Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética.* <http://www.uchile.cl/bioetica/pautaspautas.htm>.
17. *Duties of a Doctor.* General Medical Council, London, 1995.
18. *Ética Médica. Normas y Documentos.* Colegio Médico de Chile. 1997.
19. *American College of Physicians. Ethics Manual.4th.Ed.**Ann.Int. Med.* 1998;128:576-94.
20. *Medical Professionalism in the New Millenium. A Physician Charter. Project of the ABIM-ASIM Foundation and the European Federation of Internal Medicine.* *Ann. Int. Med.* 2002; 136: 243-6.
21. *Profesionalismo médico en el nuevo milenio: Un estatuto para el ejercicio de la medicina. ( traducción de Ref. 13 )* *Rev. Med. Chile* 2003; 131: 457-60.
22. Relman AS.- *Education to defend professional values in the new corporate age.* *Acad. Med.* 1998; 73: 1229-33.

23. Wear D, Castellani B.- *The development of professionalism: curriculum matters.* *Acad. Med.* 2000; 75: 602-11.

24. O'Donell JF, Cohen A.- *Ideas for Medical Education. Caring for the chronically ill: A vital subject for medical education.* *Acad. Med* 1998; 73: 1260-6