

Reflexiones sobre la enseñanza de la bioética

Dra. Martha J. Negrete

La enseñanza de la bioética genera todavía mucho escepticismo dentro de los especialistas clínicos que, formados dentro de rigurosos patrones científicos, no consideran las ciencias humanas fundamentales para la práctica clínica. A continuación expondré de manera sucinta las razones para enfatizar el gran reto que implica la enseñanza de la bioética en los programas de pregrado y postgrado de los estudiantes de las ciencias de la salud, los modelos que la cultura nos impone, las presiones en el ejercicio profesional, y los resultados de los estudios realizados sobre el impacto de la formación en bioética.

Formación de actitudes

En 1985 el trabajo presentado por Culver (1) y otros bioeticistas norteamericanos, llamado Basic curricular goals in Medical Ethics sostiene que el carácter moral básico del estudiante de medicina está ya formado cuando entran a la universidad y que los propósitos de enseñanza de la bioética en el currículo serían los de proporcionar habilidades que les permitieran expresar ese carácter moral en el mejor comportamiento posible.

Estimo que el paradigma que nos obliga a pensar que los estudiantes que llegan a la universidad son inmutables debe romperse y sería mejor considerar que los seres humanos somos seres “inacabados”, o en constante transformación. Los estudios de Piaget y Kohlberg (2) falta la referencia, indican que el desarrollo moral se produce en la medida en que los seres humanos van madurando. Existirían tres fases en ese desarrollo moral: una fase preconventional, una convencional y una postconvencional. En la fase preconventional se considera un primer estadio en que lo correcto se define en términos de obediencia a la autoridad y evitación del castigo, y un segundo estadio, que considera correcto lo que sirve a los intereses propios y de los otros; la fase convencional define lo correcto en el marco de las relaciones interpersonales de acuerdo con las expectativas del grupo y lo que mantiene el orden social. La fase postconvencional considera una evolución a lo correcto en términos de derechos y reglas básicas aceptadas libremente por los individuos y finalmente, en el estado más avanzado lo correcto se basa en principios éticos universales y abstractos libremente elegidos.

Las actitudes que se forman de manera primaria constituyen el carácter, sobre el cual no se puede influir de manera importante, sin embargo, a través de la formación de habilidades y los conocimientos se puede conformar actitudes de tipo secundario, la enseñanza de la ética o de la bioética tendría como propósito intervenir en la formación del segundo tipo de actitudes.

Trabajos presentados por Baldwin, muestran que la educación de las actitudes con esa formación, no sólo es posible sino altamente deseable (3). Estudios del mismo autor realizados posteriormente, en grupos de estudiantes que realizaron análisis de casos en cursos de veinte horas, mostraron un incremento significativo de su puntaje de razonamiento moral, por lo que concluyen que las habilidades para el razonamiento moral pueden ser enseñadas y medidas (4).

¹ Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario. Bogotá, Colombia.

Modelos actuales

Vivimos en sociedades política y moralmente liberales que han conducido a un “descrédito de la moral” (5), no es posible la aplicación de principios universales abstractos en la vida cotidiana, la falta de puntos de referencia, de autoridades que garanticen la moral y la incertidumbre frente al mundo que construiremos con base en las decisiones que estamos tomando frente al desarrollo tecnológico y científico contribuyen de manera fundamental a dicho estado.

Nuestro país importa de las sociedades globalizadas modelos profesionales que no siempre son los más adecuados. Cuando se pregunta a los aspirantes del programa de medicina de la Universidad del Rosario sobre su médico ideal, no son pocas las ocasiones en que responden que quieren ser como “Dr. House”, o sueñan en trabajar en ambientes hospitalarios que les recuerden “Emergency Room - ER”. Figuras como “Dr. House” les proporcionan una visión del ejercicio profesional con un énfasis en las habilidades científicas, el protagonista de la serie es un excelente diagnosticador, aunque sus métodos y su trato con sus pacientes y colegas pueden ser éticamente cuestionables; en ambientes como “ER” los hospitales privilegian una alta tecnología, el paciente que no está asegurado no es atendido y la autonomía del paciente pasa a un segundo plano, seguido del poder decisivo del médico, que no pocas veces se equivoca o sucumbe ante sus propios intereses y debilidades personales: la conducta sexual inapropiada, el abuso de alcohol y sustancias prohibidas así como la prescripción inadecuada y el fraude en el cobro de seguros.

El reto de los docentes, es entonces, romper con el imaginario con el que ingresan los estudiantes para contribuir con su formación no solamente en el área científica sino también humanista, y por otra parte, responder a lo que la sociedad espera de ellos, escribe Gómez (6), no solamente que el acto médico sea seguro sino que los médicos puedan integrar los conocimientos científicos y características (virtudes) personales para brindar una atención personalizada y lograr el mayor beneficio.

¿Ética o bioética?

Los cambios en la relación médico-paciente, los problemas de justicia sanitaria y la velocidad de los avances científicos nos obligan a reflexionar en una ética de la vida, y no solamente de la vida humana. Escobar afirma “es en el medio abierto de la sociedad compleja y contingente, tecnocientífica y multicultural, en miras de globalización, donde se aprecia la bioética como manera de discutir los problemas” (7).

Lejos estamos de la relación que recomendaba Hipócrates con sus pacientes; la figura del médico como sacerdote, a quien se debía obedecer, se ve enfrentada cada vez más con el principio de autonomía del paciente, quien es el que decide por su tratamiento. El paternalismo, era una relación de tipo

vertical, del médico se pretendía que actuara con beneficencia y del enfermo se requería sumisión. Actualmente, la relación es completamente diferente; el médico cuenta con la información, no siempre tan completa, como la que tienen sus pacientes sobre la propia enfermedad y el enfermo con la capacidad para dar su consentimiento informado.

El cambio en esa relación médico-paciente también ha sido determinado al involucrar un tercer actor: el Estado. La atención de las necesidades en salud en sociedades que están regidas por modelos económicos neoliberales, impone un modelo de atención, en el caso colombiano, mediado por aseguradoras, que restringen la autonomía de los médicos, en su pretensión no siempre exitosa, de realizar una distribución equitativa de los recursos.

Se suma a lo anterior, los avances científicos particularmente los relacionados con la ingeniería genética, la manipulación del genoma humano, las técnicas de reproducción asistida, y las técnicas de soporte vital que cuestionan el límite que tiene la beneficencia: ¿Qué se debe permitir en las actuaciones en el genoma humano que no tengan por objeto corregir defectos congénitos sino perfeccionar la raza humana?, ¿Hasta donde mantener la vida con soporte técnico en nuestro fallido intento de negar la muerte como un hecho natural e inherente a la vida misma?

Los egresados de los programas de medicina y de las otras áreas de las ciencias de la salud estarán constantemente enfrentados a los dilemas propios de los conflictos fundamentales de la ética médica, expresados por Beauchamps y Childress (8): beneficencia y no maleficencia, autonomía y justicia. Los códigos normativos o deontológicos, como lo expresa el Informe Belmont, citado por Gracia, “a pesar de su utilidad, no resultan excesivamente operativos pues sus reglas son a menudo inadecuadas en caso de situaciones complejas” (9).

La enseñanza de la bioética

El organismo británico General Medical Council - GMC publicó en 1993 el artículo conocido como “Tomorrow’s Doctors” (10) en el que proponía como objetivos en la educación bioética de los estudiantes, los siguientes: comprensión de los principios y valores éticos para asegurar una buena práctica; formar una actitud crítica con capacidad argumentativa, conocimiento de las obligaciones profesionales; de los procesos y normas legales en la práctica diaria y en situaciones extraordinarias y estímulo al debate entre la ley y la ética, entre otros. Idealmente, la enseñanza de la bioética se debería realizar de manera temprana, sistemática y transcurrenular, donde se integrara su estudio con las demás asignaturas contando con docentes entrenados en el área y equipos multidisciplinarios, con la misma importancia de las otras asignaturas nucleares del programa e igualmente evaluada.

Frente a los objetivos planteados, la pregunta se dirige a la manera como se plasman en el plan de estudios y las estrategias implementadas para su logro. Un estudio realizado en la Universidad Javeriana, que tenía como objetivo caracterizar el razonamiento moral en la práctica clínica de los estudiantes del programa de medicina analizó categorías que situaron dentro de un eje psicológico como altruismo, contrato, confianza y justicia en el intercambio, conciencia, descentración del interés propio y adopción de roles; y dentro de un eje bioético como respeto por la dignidad, beneficencia, confidencialidad y deber de cuidado, en una población de 484 estudiantes de primero a décimo semestre. Sus resultados mostraron que ningún semestre muestra niveles totalmente altos ni bajos en alguna de las categorías, contrario a lo que expone la tesis de Kohlberg del desarrollo moral, pues se esperaba que estudiantes de los últimos semestres tuvieran un grado mayor de razonamiento moral; que hay una gran interferencia de la actividad curricular de cada cohorte y no con la asignatura formal de la carrera de medicina: “no hay curvas homogéneas crecientes sino más de estilo fractal, que exigen un tratamiento y comprensión de lo moral bajo la óptica de una epistemología de la complejidad” (11).

El impacto de la formación en Bioética en los estudios de postgrado se puede verificar en los procedimientos de toma de decisiones que realizan los médicos especialistas ya graduados. Un estudio realizado en unidades de cuidado intensivo (12) buscó determinar cómo se realiza esa toma de decisiones en 13 instituciones de salud de Bogotá e incluyó entrevistas a médicos y enfermeras mostrando que el 40% de los profesionales no recibieron la asignatura de bioética en su formación, el 20% determinó que no existen comités de ética en sus instituciones, en un 42% se encuentran en situaciones que enfrentan conflictos éticos, el 30% toma decisiones no compartidas y en el 30% de los casos no se tiene en cuenta la opinión de los familiares. El artículo enfatiza la importancia del entrenamiento en bioética en estos profesionales, para que “puedan desempeñarse con mayor propiedad, seguridad, transdisciplinariedad y humanidad en las situaciones de vida-muerte de sus pacientes en su ejercicio profesional” (13).

La revisión de programas curriculares que ofrecen la especialidad de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo, disponibles en los portales electrónicos, muestran que dentro de los objetivos de los programas se encuentran: aplicar los principios de la ética en los pacientes críticos; adquirir conocimientos acerca del manejo humano del paciente en la unidad de cuidados intensivos; estar en capacidad de reconocer los beneficios y limitaciones del monitoreo invasivo y no invasivo de los pacientes; respetar a la familia del paciente, orientándola y sin interferir con su autonomía; respetar los valores humanos y de la sociedad, entre otros.

La asignatura de bioética es impartida en los primeros dos meses de la formación de los residentes; meses en los que también reciben clases de Derecho Médico, Administración en salud e Investigación; luego el programa de la especialización se cumple en las diferentes rotaciones por especialidades médicas y dentro de las unidades de cuidado intensivo de los hospitales convenio. Ese plan de estudio es similar en las instituciones evaluadas; la bioética se presenta entonces, de manera aislada frente a unos conocimientos científicos y técnicos que luego se adquieren en el entrenamiento diario en los servicios de los hospitales.

Se puede entonces, ¿con unas cuantas clases de bioética al inicio de una especialización en medicina crítica, lograr los objetivos planteados con respecto al comportamiento ético? Los resultados del estudio realizado en Bogotá no lo muestran así. La enseñanza de la bioética requiere el conocimiento de metodologías que permitan, junto a la información tecnocientífica y jurídica de la situación, y la participación de todos los interesados, llegar a una conclusión legítima (14).

Metodologías en la enseñanza de la bioética

Teniendo en cuenta las metas de comprensión sobre la formación ética de los estudiantes de medicina propuestas por el GMC, estrategias que se plantean desde el constructivismo, como el aprendizaje basado en la resolución de problemas, permiten una participación activa de los estudiantes y un aprendizaje significativo, espacios ideales de reflexión que generan una actitud crítica y reflexiva, escribe Isaza (15).

Tradicionalmente, las metodologías propuestas para el estudio de casos en bioética, son de dos tipos: el modelo estándar y el modelo casuístico. El modelo estándar es un método deductivo de análisis que parte de unos principios éticos generales para llegar a la norma que pueda ser aplicada en cada caso en particular. El modelo casuístico parte del problema con todas las dimensiones en cuanto a las personas, circunstancias y relaciones comprometidas para generar unos principios de acuerdo a un referente teórico.

Una alternativa, sería, el enfoque clínico planteado por Thoma y Pellegrino (16), a mi modo de ver, la metodología que podría tener mayor aceptación, por parte de los estudiantes de los programas de salud, además de una aplicación práctica concreta que puede utilizarse en la resolución de los conflictos bioéticos que se presentan en la práctica diaria. Teniendo en cuenta los hechos y los valores, de ambas partes (médico-paciente/familia), proponen un esquema que permite determinar la naturaleza del conflicto, la forma como podría ser resuelto y las razones por las que se escoge esa solución y no otra.

El procedimiento considera dos momentos. El primero de ellos, es un análisis sustantivo que se agrupa en torno a los temas de la naturaleza de la relación médico-paciente, el conocimiento de las teorías éticas, la interpretación que los médicos hacen de estos fundamentos y los fundamentos morales. El segundo, es el análisis procedimental que considera los siguientes hechos: la historia natural de la enfermedad, las opciones de tratamiento, situaciones especiales, la determinación del mejor interés del paciente, las cuestiones éticas y los principios en juego así como las obligaciones del profesional de la salud. Con el insumo anterior se puede llegar a una toma de decisión que debe ser justificada éticamente.

Consideración final

Frente al desbalance moral que se presenta entre el acelerado avance tecnocientífico y los cambios de valores, la formación de los médicos debe proveer un modelo de excelencia que lejos de centrarse en las obligaciones morales mínimas inspire hacia objetivos ideales y vidas moralmente mejores.

La universidad tiene una responsabilidad ante la sociedad: entregar profesionales que contribuyan con el desarrollo, a través de la integración de los conocimientos científicos con una sólida formación ética y humanista, que puedan desempeñarse en un mundo globalizado, entendiendo que las decisiones que toman en gran medida determinarán el futuro. Y la enseñanza de la bioética puede ayudar en este propósito.

Bibliografía

1. Culver C, et al. Basic curricular goals in Medical Ethics. *New England Journal of Medicine* 1985; 253-256.
2. PIAGE Y KOHLBERG
3. Baldwin WC, Steven RD, Self DJ. Changes in Moral Reasoning during Medical School. *Academic Medicine* 1991; 66 (Suppl), 1-3.
4. Self DJ, Olivarez, M, Baldwin, DC. The amount of small-group case-study discussion needed to improve moral reasoning skills of medical students. *Academic Medicine* 1998.
5. Camps V. Una vida de calidad: reflexiones sobre bioética. Barcelona: Editorial Crítica Ares y Mares: 2001.
6. Gomez AI, Maldonado C. Bioética y educación. Investigación, problemas y propuestas. Bogotá: Centro Editorial Universidad del Rosario, 2005
7. Escobar J. La Educación en bioética. En: Gómez y Maldonado, Bioética y Educación: Investigación, problemas y propuestas. Bogotá: Centro Editorial Universidad del Rosario, 2005.
8. Beauchamps T, Childress J. Principles of biomedical ethics. 6ta Ed. 2009. Oxford: Oxford University Press, 2009.
9. Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica. 3ª ed. Madrid: Triacastela, 2008.
10. General Medical Council, 2009, Tomorrow's Doctors. Outcomes and standards for undergraduate medical education. Disponible en Internet: http://www.gmc-uk.org/TomorrowsDoctors_2009.pdf_39260971.pdf
10. Versión actualizada disponible en Internet: http://www.gmc-uk.org/TomorrowsDoctors_2009.pdf_39260971.pdf. Consultado: 15-02-2012.
11. Escobar H, et al. Caracterización del razonamiento moral en la práctica clínica en relación con el proceso de formación médica en una facultad de medicina, categoría altruismo y dignidad, beneficencia, confidencialidad y deber de cuidado. *Revista Colombiana de Bioética* 2010; 5(1).
12. Rincón M, Carrillo LM, et al. Educación, bioética y toma de decisiones en unidades de cuidados intensivos. *Revista Latinoamericana de Bioética* 2008; 8(15): 114-123.
13. *Ibíd.*, p. 123.
14. Escobar J. La Educación en Bioética. Op. Cit.
15. Isaza A. Enseñar bioética: ¿Para qué, cómo y por qué?. En: Gómez y Maldonado, Bioética y educación: investigación, problemas y propuestas. Bogotá: Centro Editorial Universidad del Rosario, 2005.
16. Gracia, Diego. Procedimientos de decisión en ética clínica. Op. Cit., 64.