



# ENFOQUES DIVERGENTES DE LA MEDICINA: UNA REFLEXIÓN BIOÉTICA

## DIVERGENT APPROACHES TO MEDICINE: A BIOETHICAL REFLECTION

GILBERTO A. GAMBOA-BERNAL

*Departamento de Bioética. Facultad de Medicina*

*Universidad de La Sabana, Colombia*

*gilberto.gamboa@unisabana.edu.co*

*Orcid site: <http://orcid.org/0000-0002-1857-9335>*

*ResearcherID: E-8803-2016*

### RESUMEN:

**Palabras clave:**

Historia de la Medicina; práctica médica; Ética; Bioética; cuidados paliativos; eutanasia; educación médica.

Recibido: 06/05/2020

Aceptado: 03/12/2020

A partir de los elementos que constituyen las bases de la Medicina occidental y de una distinción que hace Pedro Laín Entralgo de la obra homérica, se reflexiona sobre dos posibles enfoques de la práctica médica, que podrían caracterizarse como medicina “con paliativos” y “medicina sin paliativos”. Se mencionan las relaciones que esos dos enfoques puedan tener con la Filosofía, la Ética y la Bioética; las principales características y algunos de los peligros de cada uno. Se muestra cómo la presencia, en la práctica clínica, del cuidado paliativo en sí mismo deja varias enseñanzas sobre los dos enfoques. Se concluye mostrando la importancia de la educación médica centrada en la persona, con componentes humanísticos. Se dan algunas ideas para que los contenidos curriculares lleven a la formación de médicos capaces de actuar con humanismo y profesionalismo, siendo agentes de un cambio cultural a favor de la vida.

### ABSTRACT:

**Keywords:**

History of Medicine; medical practice; Ethics; Bioethics; palliative care; euthanasia; medical education

Based on the elements that constitute the bases of Western Medicine and a distinction made by Pedro Laín Entralgo from Homeric work, two possible approaches to medical practice are reflected, which could be characterized as “palliative” medicine and “medicine without palliative”. The relationships that these two approaches may have with Philosophy, Ethics and Bioethics are mentioned; the main characteristics and some of the dangers of each one. It shows how the presence, in clinical practice, of palliative care in itself leaves several lessons on the two approaches. It concludes by showing the importance of person-centered medical education with humanistic components. Some ideas are given so that the curricular contents lead to the training of doctors capable of acting with humanism and professionalism, being agents of a cultural change in favor of life.

## 1. Introducción

Lain Entralgo, en su Historia de la Medicina<sup>1</sup>, con una ordenación metódica de sucesos que van desde la magia hasta la medicina científica, dibuja admirablemente los rasgos que todo discípulo de Hipócrates y de Galeno debe tener en cuenta en el ejercicio de su trabajo.

Con el arte de Mingote y la prosa de José Manuel Sánchez Ron<sup>2</sup> se pueden encontrar momentos estelares del trabajo médico, cuyo origen se pierde en la penumbra de los tiempos. Pero la Medicina no se agota en sucesos ni hechos sobresalientes; como todo lo humano, también participa de opacidades y claroscuros donde la actuación humana no ha sido la más afortunada. Es más, en quienes han practicado la Medicina también se han registrado casos de criminal abyección, de imprudentes procedimientos, de crasas ignorancias que ha repercutido y repercuten negativamente en la integridad del ser humano, en el desprecio de su dignidad o en la negación de su realidad vital<sup>3</sup>.

Los esfuerzos que se hicieron en el siglo XX, y que se han reflejado en el Código de Núremberg, en la Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial y en Informe Belmont, no han sido suficientes para conjurar esa historia de victorias y fracasos, de galardones y escarmentos. Ha sido necesario el surgimiento de la Bioética para intentar volver a reunir, en un mismo camino, la ciencia médica y el humanismo sistémico, aunque en algunas de sus distintas versiones no se logre todavía cabalmente ese propósito.

En la epopeya clásica están presentes tanto los conceptos de salud como de enfermedad y también las actividades relacionadas con ellas, para restablecer la primera o para eliminar la segunda. Pero frente a ellos, como lo anota Lain Entralgo de toda la producción homérica, caben dos posturas diametralmente opuestas: la "idealización" o la "primitivización"<sup>4</sup>.

Esta distinción puede extrapolarse a dos enfoques distintos de la práctica médica; es decir, la Medicina puede ser ejercida de dos formas divergentes, dependiendo del enfoque epistémico que se tenga para practicarla. Estos dos enfoques se encuentran en la cultura griega, cuna de la cultura occidental. Basta revisar el *Corpus hipocrá-ticum*, en sí mismo diverso, donde uno de los factores de unidad lo constituye precisamente la presencia de la racionalidad y del humanismo en la práctica, frente a otros procedimientos, donde lo central era la presencia de la magia<sup>5</sup>, como se explicará en el enfoque "primitivo".

Un enfoque "idealizado" puede incluir el soporte racional que trata de dar explicación a los fenómenos que se presentan alrededor del binomio salud – enfermedad. Lo que Lain Entralgo califica como idealizado no corresponde a la presencia de hechos que se modelen a partir de fenómenos que puedan ser falsos; ni tampoco a una práctica que se pretenda perfecta, espiritual o fantástica. Por eso el término va entre comillas. Un enfoque "idealizado" sería aquel donde la presencia del proceso racional se puede encontrar en su base, que intenta dar explicación a los fenómenos de salud y enfermedad y a la interrelación entre ellos<sup>6</sup>.

La *episteme* griega aplicada a la práctica médica hace referencia a esta actividad como ciencia; la *techné* se refiere a ella también como praxis y como arte. Estos dos componentes podrían verse reflejados en el primer enfoque racional de la actividad médica.

Por otro lado estaría un enfoque "primitivo", más arcaico y pretécnico, donde la facultad racional está menos presente e incluso totalmente ausente, porque se da cabida a una motivación más mágica, donde priman cojuros, ritos, hechizos o encantamientos, etc. Se trata de una base de prácticas más atávicas, ancestrales o tradicionales, con las que se pretende influir o cambiar la realidad, soportadas por la superstición y por esa falsa relación de causa – efecto, propia de lo que siglos más adelante se conocería como pseudociencia.

1 Lain-Entralgo, P. Historia de la Medicina. Madrid: Ed. Científicas y Técnicas; 1994.

2 Mingote, A. Sánchez Ron, JM. Historia de la Medicina: de Hipócrates al DNA. Barcelona: Planeta; 2013.

3 Moros-Peña, M. Los médicos de Hitler. Madrid: Ed. Nowtilus; 2014.

4 Lain-Entralgo, P. La curación por la palabra en la antigüedad clásica. Barcelona: Anthropos; 2015.

5 Cruz-Coke, R. Peregrinaciones a las fuentes de la medicina clásica. Revista médica de Chile. 2007; 135(8): 1076-1081. DOI: 10.4067/S0034-98872007000800018.

6 Lain-Entralgo, P. El diagnóstico médico. Historia y teoría. Barcelona: Salvat; 1982.

Este segundo enfoque estaría representado por una práctica más cercana al mito o a la magia que en los albores de la Medicina también estuvo presente, que pervive en el imaginario social y está en la base de prácticas consideradas como tradicionales, empíricas o alternativas. Esto no quiere decir que toda medicina alternativa o integrativa carezca de elementos racionales; incluso es de justicia reconocer que este tipo de práctica puede incluir muchos más elementos humanísticos, que la hacen creíble y que soportan la confianza propia de toda buena relación agente de salud-paciente; elementos sacrificados en la medicina llamada alopática, cuando se encuentra adulterada por una mentalidad marcada por el economicismo.

## 2. Importancia de la ética y la bioética

Ya se ha afirmado la tesis de que la Medicina puede ser ejercida de dos formas divergentes, dependiendo del enfoque que se adopte para su ejercicio, pero también de la Bioética que se tome como soporte. Aunque la Bioética surgió en Norteamérica, con un característico principalismo, las demás versiones de ella tienen apoyos en filosofías y en éticas diversas: si la versión primigenia de la Bioética, surgida en un ambiente medicalizado, tuvo como soporte filosófico el racionalismo y una ética deontológica, la Bioética sociobiológica se apoya en una filosofía materialista y en una ética teleológica; la Bioética liberal radical tiene en su base una filosofía existencialista y una ética subjetiva; una filosofía pragmática y una ética utilitarista dan pie a la Bioética pragmático utilitarista. Por otro lado, la filosofía realista y la ética objetiva soportan una Bioética centrada en la persona<sup>7</sup>.

Las relaciones entre Bioética, Ética y Filosofía se establecen por las conexiones de dependencia que se pueden observar, ya que son ciencias tributarias entre sí. La pluralidad de soluciones que cada versión puede proporcionar se debe, en primera instancia, a las diferencias en el criterio del juicio ético que se utilizan y, en último término, al concepto de ser humano que se maneje, que depende de la filosofía, específicamente la antropología filosófica.

7 Gamboa-Bernal, G. How to Progress from Opinion to Rationality: The Role of Philosophy as the Foundation of Bioethics. *Anthropol.* 2017; 5: 193. DOI: 10.4172/2332-0915.1000193.

La Ética y la Bioética son importantes, entre otras cosas, porque permiten a los profesionales de la Medicina y de las ciencias de la salud, contar con recursos valorativos e interpretativos que ayudan a distinguir qué tipo de práctica se realiza y cuáles elementos fácticos favorecen una práctica humanizada, que haga parte de una cultura a favor de la vida.

## 3. Dos enfoques divergentes

A partir de esta distinción, inspirada en Laín Entralgo, se plantean dos enfoques divergentes, que podrían caracterizarse como medicina “con paliativos” y medicina “sin paliativos”. Podría pensarse que en las líneas que siguen se hablará solo de la presencia o ausencia del Cuidado paliativo (CP) en la Medicina; esto es solo un recurso expositivo, que no debería comprometer la percepción del CP como realidad médica, ni prestarse para una interpretación ambigua de lo que es la medicina paliativa. Por eso los términos utilizados van también entre comillas. Lo que se pretende realizar es una corta reflexión sobre dos modos distintos de enfocar el trabajo médico.

La diferencia entre estas dos formas de hacer Medicina estará en el soporte antropológico que cada enfoque médico pueda tener y sobretodo en la presencia del componente humanístico: una medicina “con paliativos” sería aquella donde están presentes elementos conceptuales y actitudinales que revelan el aprecio que se tiene por el ser humano, en términos de dignidad y relacionalidad, entre otros; una medicina “sin paliativos” sería aquella donde está menos presente o incluso ausente ese factor humanístico, que es reemplazado por otras motivaciones más ligadas a la autoafirmación personal, al desarrollo científico, al lucro económico, etc.

En primer término, una medicina ejercida “con paliativos” será aquella que sigue un enfoque racional y que se puede apoyar en una versión de la Bioética centrada en la persona, a través de la cual se vea, se valore y se respete tanto al paciente como a sus familiares y al mismo profesional de la salud. En este tipo de medicina están presentes el cuidado y el respeto,

así como los demás principios, virtudes y valores que configuran la ética ontológica<sup>8</sup>.

Es decir, cuando la Medicina sigue los postulados hipocráticos y está fundada en una ética ontológica y objetiva, sirve a las personas y a sus familias; en caso contrario es un instrumento ciego para servirse de los pacientes, abdicando de la noble tarea que implica cuidar a los semejantes e intentar curarlos o al menos consolarlos.

En cambio, una medicina ejercida “sin paliativos” será aquella que en poco o en nada se desprende de aquella concepción primitiva según la cual el ser humano es una criatura natural más, despojado de cualquier diferencia con los demás seres naturales, y que por tanto demanda una atención que sin problema se puede colectivizar, socializar, estandarizar, etc. Este enfoque podría encontrar respaldo en una bioética de tipo sociobiológico, que intenta resolver los problemas prescindiendo del ser de las personas y estando más atento al bienestar del conjunto, de la comunidad. También otras versiones de la bioética pueden servir de base para una práctica médica “sin paliativos”: la liberal-radical, la pragmático-utilitarista y la principialista.

Hay que tener en cuenta que múltiples corrientes éticas se consideran enraizadas en la tradición hipocrática, no solo la ética objetiva, y en la práctica pueden reflejar aspectos diversos del aprecio por el ser humano, pero lo hacen de manera desigual y poco armónica.

Una medicina “con paliativos” lleva a tratar a los pacientes como personas libres y dignas, a respetarlas por el hecho de pertenecer a la especie humana, con independencia de condicionamientos accidentales, sean ellos fisiológicos, sociológicos o religiosos. Este enfoque se caracteriza por el cuidado que el profesional de la Medicina sabe tener y prodigar, y que no solo se limita a la última etapa de la vida, sino que está presente en cada una de ellas.

Cuando se habla de medicina “sin paliativos” no se intenta hacer referencia a un ejercicio médico donde no está contemplado el CP, como una de las cualidades que debe tener la buena práctica médica. Una medicina “sin paliativos” sería una práctica médica que, en líneas

generales, se caracteriza por la falta de atenuantes y de esos componentes multiseculares que han dado a la Medicina su carácter humanístico, para ser reemplazado por la impronta economicista y que puede llegar incluso a utilizar la evidencia a modo de justificación de prácticas deshumanizadas.

La medicina “sin paliativos” está ejemplificada por aquella que no reconoce en los paciente seres humanos que son dignos, con independencia de su grado de desarrollo, de la situación, circunstancias, limitaciones o discapacidades que puedan tener; es una medicina que se pliega con facilidad a la ideología dominante, que piensa que se pueden crear derechos nuevos a partir de simples pretensiones de grupos minoritarios, que sabe hacer presión mediática y económica.

Parte de la empresa farmacéutica no es ajena a este enfoque que, *sin paliativos*, busca estrategias para vender más, para forzar cambios legislativos o la firma de contratos multimillonarios, sobre la base de especulaciones pseudocientíficas. Está bien documentada<sup>9</sup> la práctica de incluir, retirar o inventar patologías para abrir nuevos mercados; como también el recurso de unir moléculas ya desarrolladas, sin estudios ulteriores, para producir nuevos fármacos; invertir más en mercadeo y menos en investigación, etc.

Se trata de una medicina a la carta, que depende no del criterio médico, ni de su *lex artis*, sino de la autonomía hipertrofiada de los pacientes, que cuando así exigen pierden esa condición, para pasar a ser usuarios o simples clientes, que como tales “siempre tienen la razón”; que se ve impelida a orientarse, no por la deontología médica, sino por el procedimentalismo<sup>10</sup> y el imperativo de leyes que con frecuencia son injustas, ideologizadas y lesivas para los seres humanos, sobre todo para los más indefensos e inocentes y también para los mismos médicos.

Cada uno de estos enfoques es susceptible de tener unos peligros cualificados que son: una medicina que

<sup>9</sup> García-Valdecasas, Campelo J. Vispe-Astola, A. La raya en la arena: la Psiquiatría entre la ética y la industria farmacéutica. Norte de salud mental. 2015; 13(52): 33-43.

<sup>10</sup> Taylor, MD. Reconceiving bioethical proceduralism: An ontological perspective. Cuadernos de Bioética: 2019; 30(99): 135-147. DOI: 10.30444/CB.28

<sup>8</sup> Polo, L. Lecciones de Ética. Pamplona: Eunsa; 2013.

intenta sostenerse solo en la evidencia, una Medicina basada en la evidencia<sup>11</sup> mal aplicada puede llevar a sofocar el componente humanístico, convirtiéndose el ejercicio médico en una actividad que poco se diferenciaría a la medicina veterinaria: lo que importa no sería tanto el sujeto enfermo, sino la evidencia de su patología y los protocolos que se puedan utilizar para corregir el problema, sin plantearse reconocer con propiedad el sujeto sobre el que se trabaja y para el cual se hacen los esfuerzos de reparación, dedicación y sacrificio, que no son tan comunes en otras profesiones<sup>12</sup>.

Por otro lado, en el enfoque naturalista no son infrecuentes los abusos propiciados por la excesiva credulidad que las personas y sus familias pueden depositar en personal empírico o en procedimientos no suficientemente probados y contrastados<sup>13</sup>; así como la utilización de técnicas, medicamentos y procedimientos que no cuentan con la seguridad regulatoria requerida. Muchas veces estas prácticas pueden llegar incluso a producir lesiones y secuelas en los pacientes, que ven defraudada la confianza que depositaron en sus supuestos sanadores.

#### 4. Los cuidados paliativos y la medicina paliativa

Ahora sí se puede hablar con propiedad de la presencia del CP en cada uno de estos enfoques, pues además es muy aleccionadora. Los CP surgen como una respuesta a la atención que demanda un número creciente de pacientes que se encuentran en fases finales de una enfermedad terminal, en quienes no sea ya posible un tratamiento curativo y de comprobada eficacia.

Desde la década de los sesenta del siglo XX, en Inglaterra se empezó a trabajar el St. Christopher's Hospice<sup>14</sup>

bajo la dirección de Cicely M. Saunders<sup>15</sup>, quien desde años antes se había entrenado para atender enfermos terminales y ancianos.

Los antecedentes de estas iniciativas se remontan a los hospicios de la Edad Media<sup>16</sup>, que tenían una finalidad más caritativa que propiamente médica y menos de atención a personas moribundas. Parece ser que fue en Lyon, Francia, en 1842 cuando un *Hospice* empezó a trabajar por primera vez con pacientes agónicos<sup>17</sup>.

La iniciativa de Saunders se replicó con rapidez no solo en el Reino Unido sino en el resto de Europa en lo que se conoce como Movimiento *Hospice*. Luego vino la integración del Movimiento *Hospice* con los sistemas sanitarios públicos de varios países, aunque no en todos ha sido fácil.

Con los viajes de Saunders a los EEUU, desde 1963, el Movimiento *Hospice* empieza a desarrollarse en América, con el apoyo de los trabajos de Elizabeth Kübler Ross<sup>18</sup> con pacientes moribundos. Hasta que en 1974 en Connecticut se funda el primer *Hospice* en el continente americano, donde se empieza a desarrollar el cuidado a domicilio.

En 1987 en el Reino Unido la Medicina Paliativa fue instaurada por primera vez como especialidad y a partir de allí en muchos países de todo el mundo se empieza a trabajar en esta nueva forma de hacer Medicina. Quienes ya trabajaban en oncología y en el manejo del dolor han encontrado un cauce amplio para extender la ayuda a sus pacientes siguiendo la filosofía de los CP.

Se dice "filosofía de los Cuidados Paliativos"<sup>19</sup> porque antes que ser una suma de pautas de manejo o de protocolos de acción, el CP es una forma de enfocar al paciente y a su familia, donde se rescata la atención a la dignidad que le es propia, se respetan los ciclos de la vida, se cuida

11 Tajer, C. La Medicina del nuevo siglo. Evidencias, narrativa, redes sociales y desencuentro médico – paciente. Apuntes críticos. Buenos Aires: Del zorzal; 2011.

12 Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N. Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ*. 2014; 348: g3725. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.g3725>.

13 Ferry-Danini J. Should phenomenological approaches to illness be wary of naturalism? *Studies in History and Philosophy of Science Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*. 2019; 73, 10-18. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.shpsc.2018.05.006>

14 Annual Report and Year Book 1990-91, St. Christopher's Hospice. Londres: St. Christopher's Hospice; 1991.

15 Boulay, S. *Changing the Face of Death, the Story of Cicely Saunders*. Norfolk: RM Education Press; 1996.

16 Centeno, C. *Historia de los Cuidados Paliativos y el Movimiento Hospice*. Madrid: Secpal; 1998.

17 Saunders, C. Foreword. En: Doyle, D. Hanks, G. MacDonald, N. (eds). *Oxford Textbook of Palliative Medicine* (3ª ed.). Oxford: Oxford University Press; 2004. Pág. 17-20.

18 Kübler-Ross, E. *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Ed. Grijalbo; 1989.

19 Pessini L, Siqueira JE. Reflections on care for critical patients at the end of life. *Revista Bioética*. 2019; 27(1), 29-37. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422019271283>

y se acompaña, etc. y no solo se intenta controlar síntomas y procurar un bienestar al final de la vida.

Los CP no son privativos para las personas de la tercera edad, sino que también se debe hablar de ellos en la población pediátrica, cuando ella padece enfermedades terminales o degenerativas<sup>20</sup>.

La medicina paliativa no reemplaza la atención especializada en oncología, neurología, psiquiatría, etc., sino que se debe instaurar cuando los recursos aportados por las anteriores especialidades empiezan a ser inefectivos o no logran atender adecuadamente a los pacientes por el desarrollo de la enfermedad.

El CP ayuda a que la última temporada de la vida de las personas que los requieren y sus familias transcurran del mejor modo posible: conscientes, sin dolores, con los síntomas controlados, dejando organizadas todas las cosas para poder partir sin preocupaciones, en el sitio donde más a gusto se encuentren ya sea en el hogar, en casa de amigos o parientes, en el hospital, etc., al lado de las personas que aman.

La medicina paliativa permite que el proceso del morir transcurra sin adelantarlo ni atrasarlo: no procura la muerte ni prolonga la vida<sup>21</sup>. Solamente ayuda, con conocimientos profesionales, a que esa última etapa de la vida sea vivida en las mejores condiciones posibles.

Pero el CP no termina con la muerte de la persona: se extiende en el duelo a los familiares, para que puedan elaborar bien este periodo y llevarlo de manera positiva y asertiva. Esta intervención con la familia se empieza antes del fallecimiento del ser querido y se prolonga por algunas semanas posteriores al deceso.

Es muy llamativo que en la promoción y reglamentación del CP se haga insistencia en la necesidad de no confundirlo con la práctica de la eutanasia<sup>22</sup>. Una medicina sin CP buscará la salida más fácil: procurar la muerte de los pacientes en quienes no es posible dar soluciones

adecuadas para su dolor, su sufrimiento o sus simples deseos; o facilitarla a través del suicidio asistido. La eutanasia es el paradigma de este tipo de medicina. No es posible que se confundan en la práctica del médico dos acciones: poder matar y deber matar. Sin ninguna duda la primera es totalmente posible: el médico puede matar, si utiliza los conocimientos que ha recibido para realizar ese fin, requerido por el mismo paciente, por la legislación, o *motu proprio* cuando lo pudiera juzgar conveniente. Pero esto no quiere decir, de ninguna manera, que deba hacerlo<sup>23</sup>, pues su fin, el que espera la sociedad de él, es justamente el contrario: ayudar, prevenir, curar y cuidar.

Ayudar a las personas enfermas hace parte de la naturaleza del ejercicio de la Medicina desde hace más de 2.500 años<sup>24</sup>. Esta asistencia no implica matarlas o ayudarlas a acelerar su muerte, sino auxiliarlas para prevenir la enfermedad, para intentar curarlas cuando el estado de salud se pierde, o sencillamente para cuidarlas y consolarlas cuando lo anterior no se puede realizar. No se puede confundir poder matar con deber matar. El médico no se prepara para ser verdugo de sus semejantes, sino custodio de ellos. Matar no es un acto médico<sup>25</sup>.

## 5. Reflexiones finales

Encausar el ejercicio de la Medicina, en el presente y en el futuro, por caminos que respeten al ser humano en lo que esencialmente es, en su dignidad intangible, es tarea de todos. En primera instancia de las familias, si saben educar a los hijos para que sean respetuosos con sus semejantes y con el medio ambiente, solidarios con los necesitados y generosos, capaces de no caer en las garras del egoísmo, principal caldo de cultivo para la autonomía desmedida y primordial impedimento para lograr el bien común y las relaciones interpersonales.

A la educación media y principalmente a la superior también le compete adecuar sus contenidos en materias

20 Snaman J, McCarthy S, Wiener L, et all. Pediatric palliative care in oncology. *Journal of Clinical Oncology*. 2020; 38(9), 954-962. DOI: 10.1200 / JCO.18.02331

21 Pérez E, Altisent R, Rocafort J, et all. Cuidados al paciente y su familia al final de la vida: la anticipación compasiva. *Cuadernos de Bioética*. 2019; 30(98): 35-42. DOI: 10.30444/CB.19

22 Rivas Fernández AM. Reflexiones sobre las proposiciones de ley de eutanasia y de cuidados paliativos (I). *Actualidad del derecho sanitario*. 2019; 273:809-817.

23 Merchán-Price J. Eutanasia, matar y dejar morir. Desambiguación del concepto de eutanasia y consideraciones bioéticas esenciales. *pers bioet*. 2019;23(2): 207-223. DOI: <https://doi.org/10.5294/pebi.2019.23.2.4>

24 Castro WL, Arias CU. La Medicina en la civilización griega antigua prehipocrática. *Gaceta Médica de México*. 2014; 150 (s3): 369-376.

25 Kass L. Neither for love nor money: why doctor must not kill. *The public interest*. 1989; 94: 25-46.

no solo técnicas sino sobre todo humanísticas, y además han de trabajar en las competencias relacionales y comunicativas que hagan posible trascender a las personas.

En concreto las facultades de Medicina han de propender por formar médicos que presten sus servicios en el contexto del sistema de salud que les corresponda, donde sean capaces de desplegar una profesión, apoyada en el respeto irrestricto del ser humano, que les permita cuidar, acompañar, curar y consolar, soportada en unas bases teóricas y prácticas que incluyan el juicio crítico, ético y bioético; así como competencias científicas, de comunicación e investigación, procurando buscar el mejor bien para sus pacientes, considerados en un contexto sociocultural y propiciando un cambio de cultura a favor de la vida.

Esto se podría conseguir cuando se ponga al estudiante en el centro de la actividad docente, para lograr un papel más activo por parte de los discentes, una mayor capacidad crítica y reflexiva, acompañadas de un ejercicio más autónomo y responsable en su tarea de aprender Medicina.

Se debería replantear el número de personas que hacen parte de cada curso, de tal manera que la atención de los docentes esté centrada en pocas personas, con el apoyo de monitores debidamente seleccionados y entrenados. Así será más eficaz el transmitir las actitudes que son propias del profesional de la salud y los estudiantes serán capaces de identificar mejor el "role model" que sus docentes deberían pretender proyectar.

Para preparar a los docentes en esa tarea nuclear de servir como referentes a sus estudiantes sería importante hacer un trabajo con ellos, para que con base en el autoconocimiento, utilizando una herramienta de *assessment* directivo, alrededor de los estilos de comportamiento y de motivadores de conducta, puedan ser buenos transmisores de las cualidades que ha de tener el buen médico.

Además del autoconocimiento, es importante aprender el lenguaje de los estilos de comportamiento y los motivadores de conducta para identificar tensiones personales, con otros y con el medio de trabajo, familiar, social, etc.; así como una potencial fuente de conflictos.

Esto capacita a los docentes para la construcción y participación en equipos de trabajo de alto rendimiento y además les da herramientas concretas para ganar en el conocimiento y acercamiento más empático con las personas que tienen bajo su cuidado.

Sería importante que cada docente cuente con un "mapa de talento", con el objetivo de que las directivas de la facultad tengan elementos de juicio más claros para la asignación de encargos en la tarea formativa y realizar talleres de comunicación y socialización del mapa de talento por áreas, para que se facilite la sinergia de trabajo en cada departamento y unidad de trabajo de la facultad de Medicina.

Es necesario que los docentes desarrollen un "balance personal" de cada uno, para alcanzar la "madurez" necesaria, que les lleve a entender y afrontar la labor de formación, activando las habilidades requeridas de acuerdo con las situaciones que se presenten.

Además de lo anterior sería muy importante la presencia de la Ética y la Bioética de manera transversal en el currículo de manera que también por este hecho los estudiantes capten la importancia de aprender a tener un comportamiento que sea reflejo de ideal de ejercicio hipocrático de la Medicina, capaz de no dejarse arrastrar por sistemas de salud mal diseñados y peor administrados, cuyo ejercicio lleva a maltratar a los pacientes y a sus familiares.

También es clave impulsar la enseñanza de la medicina paliativa desde las facultades de ciencias de la salud para facilitar a los futuros profesionales, además de la teoría sobre el particular, el contacto con el sufrimiento y el dolor humano que es altamente formativo y los recursos para combatirlo con propiedad, de tal manera que los pacientes, las familias y la sociedad no tengan que pensar en soluciones facilistas como la eutanasia o la ayuda al suicidio.

A la par de lo anterior cada profesor que forma talento humano en salud debería tener estudios de Bioética, mínimo a nivel de especialización, para que al enseñar sus materias sean capaces de resaltar cómo el ejercicio profesional de su especialidad debe ser la encarnación de una profunda entraña ética y bioética.

## Referencias

- Annual Report and Year Book 1990-91, St. Christopher's Hospice. Londres: St. Christopher's Hospice; 1991.
- Boulay, S. Changing the Face of Death, the Story of Cicely Saunders. Norfolk: RM Education Press; 1996.
- Castro, WL. Arias, CU. La Medicina en la civilización griega antigua prehipocrática. *Gaceta Médica de México*. 2014; 150 (s3): 369-376.
- Centeno, C. Historia de los Cuidados Paliativos y el Movimiento Hospice. Madrid: Secpal; 1998.
- Cruz-Coke, R. Peregrinaciones a las fuentes de la medicina clásica. *Revista médica de Chile*. 2007; 135(8): 1076-1081. DOI: 10.4067/S0034-98872007000800018.
- Ferry-Danini, J. Should phenomenological approaches to illness be wary of naturalism? *Studies in History and Philosophy of Science Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*. 2019; 73, 10-18. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.shpsc.2018.05.006>
- Gamboa-Bernal, G. How to Progress from Opinion to Rationality: The Role of Philosophy as the Foundation of Bioethics. *Anthropol*. 2017; 5: 193. DOI: 10.4172/2332-0915.1000193.
- García-Valdecasas, Campelo J. Vispe-Astola, A. La raya en la arena: la Psiquiatría entre la ética y la industria farmacéutica. *Norte de salud mental*. 2015; 13(52): 33-43.
- Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N. Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ*. 2014; 348: g3725. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.g3725>.
- Kass, L. Neither for love nor money: why doctor must not kill. *The public interest*. 1989; 94: 25-46.
- Kübler-Ross, E. Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona: Ed. Grijalbo; 1989.
- Laín-Entralgo, P. El diagnóstico médico. Historia y teoría. Barcelona: Salvat; 1982.
- Laín-Entralgo, P. Historia de la Medicina. Madrid: Ed. Científicas y Técnicas; 1994.
- Laín-Entralgo, P. La curación por la palabra en la antigüedad clásica. Barcelona: Anthropos; 2015.
- Mingote, A. Sánchez-Ron, JM. Historia de la Medicina: de Hipócrates al DNA. Barcelona: Planeta; 2013.
- Moros-Peña, M. Los médicos de Hitler. Madrid: Ed. Nowtilus; 2014.
- Pérez E, Altisent R, Rocafort J, et all. Cuidados al paciente y su familia al final de la vida: la anticipación compasiva. *Cuadernos de Bioética*. 2019; 30(98): 35-42. DOI: 10.30444/CB.19
- Pessini L, Siqueira JE. Reflections on care for critical patients at the end of life. *Revista Bioética*. 2019; 27(1), 29-37. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422019271283>
- Polo, L. Lecciones de Ética. Pamplona: Eunsa; 2013.
- Rivas Fernández AM. Reflexiones sobre las proposiciones de ley de eutanasia y de cuidados paliativos (I) *Actualidad del derecho sanitario*. 2019; 273:809-817.
- Saunders, C. Foreword. En: Doyle D, Hanks G, MacDonald N. (eds). Oxford Textbook of Palliative Medicine (3ª ed.). Oxford: Oxford University Press; 2004. Pág. 17-20.
- Snaman J, McCarthy S, Wiener L, et all. Pediatric palliative care in oncology. *Journal of Clinical Oncology*. 2020; 38(9), 954-962. DOI: 10.1200 / JCO.18.02331.
- Tajer, C. La Medicina del nuevo siglo. Evidencias, narrativa, redes sociales y desencuentro médico – paciente. Apuntes críticos. Buenos Aires: Del zorzal; 2011.
- Taylor, MD. Reconceiving bioethical proceduralism: An ontological perspective. *Cuadernos de Bioética*. 2019; 30(99): 135-147. DOI: 10.30444/CB.28.