

Cinco mitos sobre la enseñanza de la bioética en las Facultades de Medicina

Azucena Couceiro V.*

INTRODUCCIÓN

“Todo ha cambiado y nada ha cambiado”. Es esta una frase célebre en el ámbito de la Bioética, con la que Faden y Beauchamp sintetizaban en su libro sobre el consentimiento informado el diagnóstico de la situación de este proceso en Estados Unidos. Podríamos decir lo mismo sobre la enseñanza de la Bioética.

Ha cambiado la sociedad, han cambiado las estructuras políticas, ha cambiado el marco legal, han cambiado los conflictos de valores y la forma de resolverlos, ha cambiado la sensibilidad hacia nuevos valores de la relación clínica, pero nada o casi nada ha cambiado en este tipo de enseñanza. Ha cambiado el nombre -Bioética- pero seguimos enseñando los contenidos de valores tradicionales en la historia de nuestra profesión. Ha cambiado el paradigma, la forma y el método de la enseñanza de los valores, pero no llega a plasmarse con claridad en los proyectos curriculares de las Facultades de Medicina.

La tesis que fundamenta este artículo es que identificar los “mitos” subyacentes a esta situación puede ayudar a disolverlos, y a buscar soluciones para que al menos algo cambie en los próximos años respecto a la enseñanza de la Bioética.

MITO 1: La Bioética es el nuevo nombre de la Deontología profesional, un simple cambio terminológico, ya que se trata de transmitir a los alumnos los valores que forman parte de una tradición profesional, ya larga en el tiempo, bien que adaptándolos al siglo XXI.

Respuesta: Este es un mito falso. La Deontología profesional es la expresión del código moral de actuación que se impone a sí misma la profesión médica. Esto es lo que hoy se denomina una “ética de máximos”, es decir una ética exigible para el grupo moral que la asume por motivos de excelencia,

pero no para toda la ciudadanía. La Bioética, por el contrario, es la ética cívica de las sociedades democráticas, y como tal una “ética de mínimos”, que la sociedad entiende como exigible para todos sus ciudadanos por constituir aquellos valores comunes que comparten en un momento histórico determinado.

Explicación: La Bioética tiene su origen en la cultura norteamericana, en la que el principio de “libertad moral” rige la vida política desde el siglo XVIII, y se aplica tanto en el orden religioso (principio de libertad religiosa) como en el político (principio de democracia). A partir de la Ilustración se asume que todo ser humano es un agente moral autónomo, y que por ello debe ser respetado por los que mantengan posiciones morales distintas. Ninguna moral puede imponerse a las personas en contra de su conciencia, de aquí que reconozcamos el derecho a la libertad de conciencia. De aquí también que la ética civil y social no se pueda construir por un solo grupo social y/o político, sino que debería ser el resultado del consenso deliberativo logrado por todos los ciudadanos, por todos los agentes morales, mediante las reglas propias del sistema democrático. Aplicar todos estos supuestos a la relación clínica es, precisamente, lo que genera la aparición de la Bioética.

Las sociedades en cuya vida civil cotidiana no se tienen tan claros estos presupuestos tienden a confundir la Bioética con la Religión, con la Deontología profesional, o con el Derecho. La primera confusión es un error tan grave como frecuente que, entre otros, nos conduciría a negar el respeto a un derecho descubierto en la Modernidad y plasmado en las Constituciones liberales, el derecho a la libertad de conciencia.

Afirmar que la Bioética es lo mismo que la Deontología es otra confusión. Surge porque los profesionales mantienen que sólo hay un valor a tener en cuenta en la relación clínica, o que aunque

* Md. PhD, Profesora, Bioética y Humanidades Médicas. Universidad Autónoma de Madrid, Madrid-España. Prof. Invitada, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción (Chile).

haya varios, solo uno debe ser priorizado: el valor de la vida. Así se ha fundamentado la profesión médica durante siglos, y así se ha ido plasmando en los Códigos Deontológicos. Esta afirmación se mantiene en el seno de sociedades jerárquicas, que no han transitado hacia una democracia y pluralismo en la realidad cotidiana, y en las que la única forma posible de entender la relación médico paciente es el modelo paternalista¹. Con la introducción de los regímenes democráticos las modificaciones, también para la relación clínica, son profundas, y generan conflictos de valor inéditos hasta ahora en nuestra tradición al señalar, entre otros, como valores fundamentales de la vida, la libertad y la equidad, mientras que en las sociedades antiguas sólo se manejaba el valor de la vida².

Se define una sociedad plural como aquella en la que los ciudadanos comparten unos mínimos morales que les permiten tener una base común para ir construyendo el mundo que les circunda. Tales mínimos se concretan en el respeto a los derechos humanos de la primera, segunda, y tercera generación, o lo que es lo mismo, en los valores de libertad, igualdad y solidaridad. Estos mínimos éticos se plasman en las Constituciones de cada país y, entre otros, en aquellas normas legislativas que desarrollan los derechos constitucionales, de forma que todos los ciudadanos estamos obligados a cumplirlas, porque además creemos que es lo mejor y más justo para nuestra sociedad³. Es así que derechos como el de la libertad de conciencia, o el derecho a la asistencia sanitaria, también son vinculantes en la relación clínica, e introducen en ella nuevos valores, como la autonomía del paciente, o la justicia distributiva aplicada a los recursos sanitarios, que han sido desconocidos para la tradición deontológica^{4,5,6,7}.

Pero ocurre que también los profesionales, como ciudadanos que somos, estamos obligados a su cumplimiento. En la actualidad no se puede concebir una relación clínica al margen de los valores básicos que constituyen el fundamento de la ética cívica, de forma que al valor de la vida se suman otros de igual importancia. Este cambio social es de tanta relevancia que ha modificado hasta el propio concepto de profesión, ejercida hoy en un entorno muy diferente, caracterizado por un individualismo extremo, con acceso fácil a la información especializada, muy inestable en sus condiciones sociales y laborales, y burocratizado a través de todas sus instituciones⁸. Aparece así un nuevo concepto, el de "profesionalismo", que puede ser definido como el conjunto de principios y compromisos para mejorar los resultados en salud del paciente, y maximizar su autonomía, creando relaciones caracterizadas por la integridad, la práctica ética, la justicia social, y el trabajo en equipo^{9,10}.

Si bien ambos, la Bioética y el profesionalismo,

pueden entenderse como el resultado de tantos cambios sociales acaecidos, no son disciplinas superponibles. La Bioética es un tipo de ética aplicada, que presupone la introducción en la Medicina de los valores democráticos que fundamentan la vida civil de las sociedades occidentales, y que capacita al alumno para fundamentar juicios morales -elementos a considerar, procedimiento, metodología, etc.- cuando en el ejercicio de su profesión se encuentre ante conflictos éticos entre esos mismos valores^{11,12}. El profesionalismo surge de la reflexión de los profesionales ante los cambios, no sólo de valores, sino también institucionales, laborales, etc., que afectan a la relación clínica, y que han conducido a un replanteamiento del contrato social entre la profesión médica y el Estado¹³.

Existe una relación estrecha entre el nuevo profesionalismo y la Bioética. Esta última ha sido un elemento clave, que está ayudando a los profesionales sanitarios a redefinir su rol, y a generar un nuevo tipo de ética profesional que no puede quedarse al margen de la sociedad y de los valores constitucionalmente relevantes para la misma. El nuevo profesionalismo bebe de la Bioética, pero no la agota¹⁴. La Bioética no puede reducirse a ética profesional, y por ende tampoco puede enseñarse de la misma manera. La Bioética es una nueva disciplina académica que ha sido, de entre todas las Humanidades Médicas, la que más se ha desarrollado, la que exigen con gran urgencia los planes de estudios de Medicina para dotar a sus alumnos de las competencias que les permitan manejar los conflictos de valores de una relación clínica auténticamente democrática^{15,16}.

MITO 2: La Bioética es un tipo de ética aplicada, de forma que su base es filosófica. Por ello, los contenidos de la disciplina deben referirse de manera extensiva al ámbito de la Filosofía.

Respuesta: Efectivamente estamos ante un tipo de ética aplicada, pero la tarea de aplicar principios éticos a una realidad concreta, de orientar la toma de decisiones de un tipo de actividad -en nuestro caso la actividad clínica- es muy compleja. Exige tener en cuenta que cada actividad tiene sus propias exigencias morales y sus valores específicos, lo que va más allá del un simple deductivismo a partir de principios o normas generales de actuación. De ahí la necesidad de manejar conceptos provenientes de dos ámbitos del conocimiento, el de la Filosofía y el de la Medicina.

Explicación: Es frecuente que ante disciplinas como ésta, sustentada como ya se ha dicho en dos ámbitos del conocimiento, encontremos posiciones extremas. Una consiste en afirmar que los contenidos son básicamente filosóficos, y que su docencia debe estar al cargo de profesorado del ámbito de la Filosofía. La otra mantiene que en la ética clínica,

como en cualquier otro tipo de ética aplicada, no basta con descubrir los principios que orienten la acción, sino que hay que averiguar cómo aplicarlos en cada ámbito y en cada caso. Ello exige también un conocimiento profundo del ámbito de aplicación, en nuestro caso el de la Medicina^{17,18}. Los profesionales tienen que tomar decisiones concretas y, por ello, argumentan que no tiene sentido enseñar a los alumnos diversas teorías filosóficas sobre el fundamento de la ética, sino que es mejor introducir directamente a los alumnos en los problemas de valor más frecuentes en la actividad clínica.

Como todas las posturas extremas, ambas plantean graves problemas. Es cierto que sin fundamentos para el análisis las decisiones no tienen sustento, y el fundamento lo proporciona la ética, es decir, la Filosofía. Ya no se puede seguir manteniendo la tesis separatista desde la cual los profesionales de la Medicina reclaman su autonomía en el campo moral, y observan con recelo que otros -filósofos, sociedad civil, etc.- puedan señalar contenidos, fundamentos, referencias y valores morales que deben ser respetados en la relación clínica. Pero también es cierto que sólo con el fundamento, sólo con la reflexión teórica y sin tener en cuenta las condiciones de cada profesión, los bienes internos que le dan sentido, las circunstancias de diferentes situaciones clínicas, no es posible aprender a tomar decisiones prudentes, que es en último término el objetivo de la ética.

La postura intermedia es integradora, y supera las insuficiencias de los extremos. Exige la identificación clara de objetivos, contenidos y habilidades que respondan a ambas disciplinas, de ahí la necesidad de que el profesorado pueda moverse con cierta soltura tanto en el campo de la Filosofía como en el de la Medicina. Dicha identificación tiene que tener en cuenta dos aspectos relevantes. El primero, que el objetivo es formar médicos y no filósofos. El segundo, que el diseño curricular se está realizando en el nivel del pregrado, donde se persigue la formación de médicos generalistas y no de especialistas. De esta forma será más fácil no cometer el error, tan frecuente como grave, de traspasar al pregrado los mismos o similares contenidos de los programas de magíster que sobre esta disciplina abundan hoy en las universidades.

Saber qué es un juicio moral y cómo se construyen las normas morales; diferenciarlas de las normas legales y de las religiosas; conocer la noción de ética cívica y articular en torno a ella la relación clínica; identificar el papel de las normas y el de las excepciones en ética; y aprender a deliberar acerca de conflictos morales, constituye una base filosófica sólida y más que suficiente para los alumnos de Medicina en este nivel educativo.

MITO 3: La Bioética se debe instaurar dentro

del currículo de forma transversal, ya que los valores que hay que transmitir al alumno rebasan los límites de una disciplina o materia concreta, y hacen referencia a todas ellas.

Respuesta: Este mito encierra una paradoja, pues es al mismo tiempo verdadero y falso. Todo depende de cómo se entienda la formación en valores y la pedagogía necesaria para que sean incorporados al quehacer profesional.

Explicación: Los nuevos modelos de enseñanza universitaria consideran la formación de profesionales en términos de competencias, lo cual significa adquirir conocimientos (saberes), saber aplicarlos (habilidades), y ser capaz de armonizar todo ello con las actitudes y valores adecuados al contexto social en el que se desarrolla la profesión. Se entiende por competencias el conjunto de conocimientos (conocer y comprender), habilidades (saber cómo actuar), y actitudes humanas, que permiten una excelente práctica médica, adecuada al contexto social en el que ésta se desarrolla¹⁹. La competencia determina el grado de capacidad operativa del individuo en un entorno determinado. Presupone una base cognitiva que incluye conocimientos, habilidades y actitudes²⁰.

Se distinguen dos tipos de competencias, las específicas, que caracterizan una profesión y la distinguen de otras, y las genéricas o transversales, que engloban habilidades necesarias para ejercer cualquier profesión²¹. Habilidades transversales como la resolución de problemas, el trabajo en equipo, la adaptación a nuevas situaciones, la capacidad de comunicación o el compromiso ético, son fundamentales para cualquier profesional, y sin duda también para el médico. Pero todo ello no se obtiene sino a través de las competencias específicas para cada disciplina y cada profesión²². No hay duda de que tanto el profesor como el médico deben saber comunicarse, pero la especificidad de sus actividades profesionales modula el tipo, forma y habilidades de comunicación que deben adquirir. En el ámbito de la Bioética se confunden de manera continua las competencias específicas con las transversales. La razón puede estribar en que en las Facultades de Medicina sólo se han impartido "hechos", impregnadas nuestras instituciones académicas de un positivismo científico que ha marcado los contenidos del currículum. Ahora que se empieza a ver la necesidad de introducir la enseñanza de los valores no se sabe bien cómo hacerlo, y menos aún cómo traducir dicha enseñanza en competencias específicas.

También contribuye a ello que, tanto en las instituciones internacionales²³ como en las de ámbito nacional, se observan deficiencias en la definición de las competencias específicas en Bioética. La primera deficiencia se refiere a su amplitud; son demasiado amplias, lo que hace muy difícil la

transferencia al estudiante, y también su posterior evaluación objetiva²⁴. La segunda deficiencia es de índole conceptual, ya que se mezclan continuamente los contenidos del profesionalismo con los de la Bioética, lo que incrementa la confusión que existe entre ambas disciplinas. Por ejemplo, cuando la ANECA -Agencia Evaluadora de la Calidad- o la Conferencia Nacional de Decanos de las Facultades de Medicina españolas hablan de “ética médica” se refieren, sin duda, a ética profesional, pero no a la Bioética entendida como ética cívica, ni a sus contenidos específicos. En Chile, encontramos una realidad parecida. El Comité Técnico de Medicina de la CNAP -Comisión Nacional de Acreditación del Pregrado- elaboró los criterios y estándares para la acreditación de las Escuelas de Medicina. En el documento generado por dicho Comité se desarrolla el perfil profesional del médico cirujano, con un apartado específicamente dedicado al perfil de formación ética, donde solo aparece una competencia específica de Bioética, mientras que el resto corresponde a la ética médica tradicional o Deontología profesional²⁵.

El mito de la transversalidad se corresponde con la concepción de que las competencias en Bioética son genéricas. Desde el momento en el que se definen competencias específicas es fácil señalar los lugares idóneos del currículum en los que deben de ser impartidas, siempre en relación con el resto de las asignaturas²⁶.

MITO 4: La Bioética es una disciplina muy distinta al resto de las que se imparten en las Facultades de Medicina, y por ello, difícil de insertar en los planes de estudio.

Respuesta: De nuevo estamos ante una paradoja, porque si bien es cierto que en nuestras facultades solo se han enseñado hechos científicos, ni la metodología de la enseñanza de los valores es tan distinta, ni tampoco es tan difícil su inserción en la misma estructura que subyace al resto de las materias objeto del plan docente en Medicina.

Explicación: Como ya hemos visto, la enseñanza de la Bioética puede y debe hacerse en base a competencias y al aprendizaje en torno a problemas. En cuanto a su inserción en la malla curricular, también se debe seguir el modelo en dos ciclos, básico y clínico, que desde hace casi un siglo estructura la enseñanza de la Medicina.

En la etapa preclínica o básica se debe enseñar Bioética básica. Se entregarán al alumno las herramientas elementales de la disciplina, a saber: en qué consiste, su origen y su relación con la ética cívica; los principios éticos de la relación clínica y su relación con los derechos constitucionales de los agentes implicados en ella; el instrumento para llevar estos derechos a la relación clínica, denominado proceso de consentimiento informado; el uso

adecuado de la tecnología y los nuevos conceptos asociados, como la limitación o adecuación del esfuerzo terapéutico; a toma de decisiones sobre pacientes que no pueden decidir; etc.²⁷.

Como ocurre con el resto de las materias que se imparten en el primer ciclo, se transmiten al alumno los conceptos y habilidades que más tarde tendrán que aplicar para resolver los problemas clínicos correspondientes al segundo ciclo de su formación. Sin conocimientos de Anatomía no se puede aprender Traumatología, o sin saber cómo funciona el organismo sano, Fisiología, no sería posible adentrarse en la Fisiopatología. En el campo de la Bioética ocurre lo mismo. Si no se conoce cómo llevar a cabo el proceso de consentimiento informado en adultos capaces, difícilmente se podrá aplicar más tarde a la toma de decisiones con adolescentes. Sin entender cómo se justifica la limitación del esfuerzo terapéutico, será difícil fundamentar un juicio clínico de LET en las unidades de cuidados intensivos.

En el período clínico la Bioética también debe serlo. Los alumnos deben adquirir los conocimientos y habilidades que les capaciten para resolver problemas específicos de la praxis clínica habitual de un médico general. Sin embargo, no tiene sentido que todas y cada una de las asignaturas lleve adosada un correlato bioético, lo que además de incrementar sin fundamento el programa curricular, no aporta nada específico en la formación en Bioética. Así como en el ámbito clínico se identifican paradigmas y entidades nosológicas con características comunes, en el ámbito de la Bioética ocurre lo mismo. Por ejemplo, si bien el paciente con EPOC no es clínicamente el mismo que el paciente con una enfermedad neurodegenerativa, ambos padecen enfermedades crónicas, que afectan gravemente la calidad de vida de los individuos, y que requieren una adecuada planificación de la toma de decisiones futuras. Es decir, el análisis de los problemas éticos que pueden plantear ambos tipos de patología, o los criterios a tener en cuenta para su análisis, requiere el manejo de los mismos o similares conceptos teóricos en el campo de la Bioética ya que se ajustan al mismo paradigma.

Por ello es que el contenido de la Bioética clínica se puede estructurar alrededor de grandes paradigmas clínicos: problemas del origen de la vida, problemas del final de la vida, y problemas específicos de algunas patologías como el SIDA, o la enfermedad mental, que requieren un abordaje singular. En el origen de la vida es necesario trabajar varios bloques temáticos: preventivo, genético y prenatal, neonatal y pediátrico, adolescencia. En cada uno de ellos se enseñarán los conceptos clave para el análisis, por ejemplo, criterios para la toma de decisiones en las que la información afecta a varios sujetos (información genética), o criterios de

las decisiones de representación, como las que toman padres y médicos en el ámbito de la pediatría.

También al final de la vida hay que diferenciar la toma de decisiones en patologías críticas y en patologías crónicas, e introducir el instrumento que permite a los clínicos tomar decisiones sobre los pacientes incapaces, y a los pacientes representarse a sí mismos: los testamentos vitales. Puede obtenerse una sólida formación de los alumnos trabajando los problemas de estos bloques temáticos, y aplicando en ellos lo aprendido en el nivel básico.

MITO 5: Las habilidades prácticas (saber hacer) en torno a esta disciplina consisten en que, en el ámbito de la tolerancia plural, los alumnos debatan y expresen libremente sus opiniones sobre los conflictos de valor que acaecen en la relación clínica.

Respuesta: Dos son las razones que explican por qué este mito es falso. La primera hace referencia a que una vez establecidas las competencias y los conocimientos teóricos en Bioética, también hay que definir las habilidades que corresponden a cada competencia. Éstas no se adquieren, como ninguna otra habilidad de la carrera de Medicina, a través de una simple discusión o intercambio de opiniones. La segunda razón se refiere a la metodología de enseñanza de los valores, que no puede reducirse al pragmatismo educativo que supone escuchar todas y cada una de las opiniones y ser “neutral” respecto a las cuestiones axiológicas que plantean los interlocutores, en este caso, los alumnos.

Explicación: Conocimientos, habilidades y actitudes son los tres componentes claves de todo proceso de aprendizaje. En Bioética existe un amplio conjunto de conocimientos que constituyen el cuerpo de la disciplina, y que se pueden enseñar mediante las clases teóricas. Estos conocimientos no son mera especulación sin relevancia práctica, sino que constituyen el andamiaje básico que hace posible la adquisición de habilidades. Los dos niveles son complementarios, pero también presentan sus diferencias.

No es lo mismo saber en teoría cuáles son los elementos del consentimiento informado que entrenar al alumno en la habilidad comunicativa de la entrevista clínica, y en la transmisión profesional de la información. La adquisición de esta competencia presupone el diseño de actividades prácticas en las que el alumno, más allá de la opinión personal que tenga respecto de este tema, aprenda varias cosas: la importancia de la comunicación verbal; la manera de hacerla efectiva en una entrevista clínica bien estructurada y de adecuarla a la idiosincrasia y necesidades de cada paciente; la importancia de los formularios de consentimiento informado en el apoyo de este proceso y no como un mero trámite

legal; la diferencia entre un buen y un mal formulario; etc. Por tanto, la estructura de las prácticas en torno a la competencia definida como “realizar un proceso de consentimiento (o rechazo) válido con el paciente” va más allá de un diálogo en el que se vierten meras “opiniones”, sin rigor científico ni conocimiento previo alguno, respecto del tema de la información y del consentimiento en la relación clínica.

De igual manera, el resto de las competencias deben llevar un correlato de actividades prácticas. Hay, por tanto, un objetivo de conocimientos y otro de adquisición de habilidades, que deben plantearse conjuntamente en la formación del alumno, y en cada una de las actividades prácticas diseñadas a tal efecto.

La segunda razón hace referencia a la confusión entre las nociones de “tolerancia” y la de “neutralidad axiológica”, es decir, se confunde la idea de que en una sociedad plural, respetuosa con diversas perspectivas de valor, cualquier opinión es respetable, y por ello hay que ser neutral respecto de ellas y no se debe entrar en discusiones sobre valores. El ámbito docente no es sino un microcosmos en el que se refleja esta misma idea tan extendida en la sociedad.

Tradicionalmente la enseñanza de los valores se ha basado en el puro “dogmatismo”, y así se ha mantenido en las sociedades jerárquicas durante siglos. La evolución social hacia el pluralismo y la tolerancia ha llevado esta enseñanza justo hacia el otro extremo, el “pragmatismo educativo”. Éste consiste en la mera resolución de problemas y entiende que sobre cuestión de valores hay que ser “neutral”, y que todas las opiniones son válidas y deben ser respetadas en aras de la misma tolerancia.

Pongamos el ejemplo de un paciente que rechaza un tratamiento prescrito por el clínico, tratamiento con riesgos secundarios importantes asociados pero, al mismo tiempo, alta probabilidad de mantener la vida del paciente, y con una aceptable calidad de vida. La educación dogmática inculcaría una respuesta al alumno, que no puede ser discutida porque corresponde a la valoración social de “lo correcto”. Tradicionalmente esa respuesta ha sido que no es posible el rechazo de un tratamiento por parte del paciente, y que quien lo hace o bien tiene alguna alteración mental, o bien afectiva, que el médico debe tratar de inmediato, pasando a continuación a instaurar el tratamiento prescrito. La educación en el pragmatismo intentaría resolver el problema, pero sin entrar a discutir ni posicionarse sobre qué se considera lo mejor desde el punto de vista axiológico o de los valores, quizás por el miedo a volver a caer en la posición dogmática que durante siglos ha caracterizado esta enseñanza. Se discute entre los alumnos, cada quien emite una opinión, y aunque sean encontradas y puedan

llevar a paradojas -no olvidemos que en griego opinión se dice “doxa”, y de ahí la “para-doxa” o enfrentamiento de opiniones- poco más se puede hacer en el ámbito de los valores.

Hay una tercera alternativa que supera las deficiencias de los paradigmas previos, la educación en el modelo deliberativo. Deliberar significa analizar hechos, analizar valores en conflicto, analizar circunstancias y consecuencias previsibles, y así ponderar y tomar decisiones prudentes, que podamos sustentar con argumentos. No se puede deliberar si no se conocen los hechos -situación clínica del paciente, pronóstico con y sin tratamiento, alternativas a ese tratamiento-; si no se identifican los valores en conflicto; si no se tienen elementos de análisis²⁸. No se puede deliberar en serio si el alumno -y por supuesto, el profesor- no sabe si en la sociedad en la que vive se le reconoce al paciente ese derecho; si este reconocimiento tiene algún fundamento ético; y si el clínico tiene alguna obligación consecutiva, como es la de dar una información comprensible, la de garantizar la voluntariedad del paciente, y la de evaluar si este paciente comprende bien las consecuencias de la decisión que está tomando.

Es decir, en una sociedad plural no es cierta la afirmación de que toda opinión es respetable, sino la de que toda persona lo es, y por eso puede entrar a dialogar con otras personas y no se la puede excluir a priori del diálogo²⁹. Pero dialogar “en serio”, como enseñan los filósofos de la ética del discurso, supone cumplir con varios supuestos:

- Partir del carácter dialógico de la razón humana, rechazando en principio, por insuficientes, los planteamientos donde no existe diálogo para alcanzar la verdad³⁰. El diálogo es el único procedimiento capaz de respetar la individualidad de las personas y su capacidad moral, y de ahí que consideremos a todos los seres humanos como interlocutores válidos;
- Las personas que intervienen en el diálogo tienen que ser inteligibles, hacerse entender y decir lo que realmente piensan (veracidad);
- Ningún argumento es excluido a priori, pero los interlocutores tienen que argumentar “en serio”, lo que significa que deben de conocer el tema sobre el que se discute para poder ofertar a los demás razones sólidas sobre el conflicto de valor que se dirime. Es lo que Habermas denomina el respeto a la “fuerza del mejor argumento”, ofrecido a los otros en condiciones de simetría e igualdad moral³¹.

A modo de ejemplo, si aplicamos estas condiciones al diseño de una actividad práctica sobre el problema del rechazo de tratamiento de un paciente, construiremos un diálogo muy distinto al habitual. No se trata de un mero y simple intercambio de opiniones. En primer lugar porque los alumnos no podrán dar razones sin conocer en profundidad el tema sobre el que se está dialogando, cuyos contenidos teóricos ya tienen que conocer de antemano. En segundo lugar porque, a diferencia de lo que suele ocurrir, aprenden que no vale cualquier “opinión”, y que sólo deben ser tenidas en cuenta opiniones argumentadas, que conocen aquello sobre lo que hablan. En tercer lugar porque identifican aquellos valores que la sociedad actual entiende que deben ser respetados en la relación clínica, entre ellos la vida y la libertad, lo que permite superar la “neutralidad axiológica” del “todo vale”.

Y en último lugar porque dados todos estos supuestos previos, aún queda ponderar, sopesar en diálogo con los otros, en diálogo que cumpla con las características mencionadas, qué cursos o vías de actuación nos parecen las más adecuadas para cada caso. Es así como la educación deliberativa supera el pragmatismo tan extendido en el campo de la ética³².

La tolerancia es una forma de expresar el respeto a los demás aceptando sus diferencias; es la virtud que mejor caracteriza a las sociedades democráticas. Tolerancia es admitir en el diálogo todas las perspectivas y opiniones, pero de ahí no se puede deducir que cualquier opinión tenga el mismo valor para los interlocutores, ni tampoco para la sociedad plural, que parte de la asunción de que el respeto a los derechos humanos de primera y segunda generación es irrenunciable. Un programa ético de formación que asume la tolerancia como virtud fundamental tiene que capacitar al mismo tiempo para identificar y señalar opiniones que no cumplen con los requisitos de la propia tolerancia, o con los valores que la sustentan³³.

Conclusión

Todo pensamiento crítico necesita disolver los mitos. Se han señalado algunos, no todos, pero quizás los más importantes. Quizás de esta manera se pueda contribuir a cambiar las actitudes y los modelos de enseñanza de la Bioética en las Facultades de Medicina.

BIBLIOGRAFÍA

1. Emanuel E, Emanuel L. Cuatro modelos de la relación médico paciente. En: Couceiro A, editora. *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela, 1999; p. 109-126.
2. Couceiro A. La relación clínica en sociedades democráticas. *Bioética y Debat* 2007; 50: 17-21.
3. Cortina A. *La ética de la sociedad civil*. Madrid: Anaya, 1994.
4. Hernando P. Los derechos de los pacientes: una cuestión de calidad. *Rev Calidad Asistencial* 2005; 20(6): 353-356.
5. Couceiro A, Heredia F. Los derechos de los pacientes y el proyecto de Ley en Chile: estructura, contenido y análisis ético. *Vida Médica* 2007; 59(1): 66-73.
6. Couceiro A. Los niveles de la justicia sanitaria y la distribución de los recursos. *An Sist Sanit Nav* 2006; 29(supl 3): 61-74.
7. Zúñiga A. Sistemas sanitarios y reforma AUGE en Chile. *Acta Bioethica* 2007; 13(2): 237-245.
8. Pardell H. ¿Tiene sentido hablar de profesionalismo hoy? *Educ Med* 2003; 6(2): 63-80.
9. Borrell-Carrió F, Epstein RM, Pardell H. Profesionalidad y profesionalismo: fundamentos, contenidos, praxis y docencia. *Med Clin (Barc)* 2006; 127(9): 337-342.
10. Medical Professionalism in the new millennium: a physician charter project of the ABMI Foundation, ACP-ASIM Foundation and European Federation of Internal Medicine. *Ann Inter Med* 2002; 136: 243-246.
11. Couceiro A. Introducción a la Bioética. En: Rodés Teixidor J, Guardia Massó J, editores. *Medicina Interna* (2ª ed). Barcelona: Masson, 2004; p. 16-21.
12. Gracia D. Planteamiento general de la Bioética. En: Gracia D, editor. *Fundamentación y enseñanza de la Bioética*. Bogotá: El Búho, 1998; p. 11-28.
13. Pardell H. Elnuevoprofessionalismo médico. Una ideología expresada en conductas. En: Oriol Bosch A, Pardell H, editores. *La profesión médica. Los retos del milenio*. Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades Médicas 2005; p. 11-22.
14. Whitcomb ME. Fostering and evaluating professionalism in medical education. *Acad Med* 2002; 77: 473-474.
15. Gracia D. La bioética, una nueva disciplina académica. *JANO* 1987; XXXIII (781): 309-313.
16. Consensus statement by teachers of medical ethics and law in UK medical schools. *Teaching medical ethics and law within medical education: a model for the UK core curriculum*. *J Med Ethics* 1998; 24: 188-192.
17. Cortina A. Ética aplicada. En: Cortina A, Martínez E. *Ética*. Madrid: Akal, 1996; p. 151-184.
18. Cortina A, García-Marzá D. Razón pública y éticas aplicadas. *Los caminos de la razón práctica en una sociedad pluralista*. Madrid: Tecnos, 2003.
19. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *JAMA* 2002; 287: 226-235.
20. Smith SR, Dollase RH, Boss JA. Assessing student's performances in a competency-based curriculum. *Acad Med* 2003; 78: 97-107.
21. González J, Wagenaar R. *Tuning Educational Structures in Europe*. Informe final. Deusto: Universidad de Deusto, 2003.
22. Couceiro A, Muñoz M. El perfil de la enseñanza de la Bioética: ¿Médico virtuoso o médico capacitado?. *Rev Educ Cienc Salud* 2008; 5(2): 82-91.
23. Institute for International Medical Education. *Global Minimum Essential Requirements in Medical Education*. *Educ Med* 2003; 6 (supl. 2).
24. Peinado JM. Competencias Médicas. *Educ Med* 2005; 8 (supl. 2): 4-6.
25. Comisión Nacional de Acreditación del Pregrado (Comité Técnico de Medicina). *Estándares para la acreditación de Escuelas de Medicina*. Santiago de Chile. Disponible en: http://www.cnap.cl/materiales/criterios/crit_med.pdf.
26. Couceiro A. "Enseñanza de la Bioética y planes de estudios basados en competencias." *Educ Med* 2008; 11(2): 69-76.
27. Couceiro A, Muñoz M. La enseñanza de la Bioética en Medicina. Una propuesta de desarrollo curricular". *Rev Educ Cienc Salud* 2007; 4(2): 92-99.
28. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 18-23.
29. Gracia D. Democracia y Bioética. *Acta Bioética* 2001; 2: 343-354.
30. Gracia D. La verdad moral en una sociedad pluralista. En: Gracia D. *Fundamentos y Enseñanza de la Bioética*. Bogotá: El Búho, 1998; p. 123-133.
31. Couceiro A. "La ética del diálogo en el mundo sanitario". *JANO, Medicina y Humanidades*, noviembre 2005, Nº 1586, p. 72-74.
32. Gutmann A. *La educación democrática. Una teoría política de la educación*. Barcelona: Paidós, 2001.
33. Camps V. La tolerancia. En: Camps, V. *Virtudes públicas*. Madrid: Espasa Calpe 1996; p. 73-91.

Correspondencia:
 Prof. Azucena Couceiro Vidal
 Universidad Autónoma de Madrid,
 Madrid, España.
 E-mail: acouceiro@arrakis.es