



FUNDADA EN 1967



Memorias de la Reunión
Asociación Latinoamericana de
Academias Nacionales de Medicina,
España y Portugal

Mérida, 2025



ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE ACADEMIAS NACIONALES DE MEDICINA ESPAÑA Y PORTUGAL (ALANAM) 2024-2026

MESA DIRECTIVA ALANAM 2025-2027

Presidente

Dr. Arístides Baltodano Agüero

Secretario Ejecutivo ALANAM

Dr. Álvaro Rodríguez Gama

Secretario Alterno ALANAM

Dr. Teodoro Evans

ACADEMIAS

1. ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE BUENOS AIRES

Presidente: Dr. Miguel Luis Podestá

Vicepresidente: Dr. Jorge Lemus

2. ACADEMIA BOLIVIANA DE MEDICINA

Presidente: Dr. Christian Trigo Agudo

Secretario de Relaciones Internacionales: Dr. Juan Hugo Badani Gutiérrez

3. ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DEL BRASIL

Presidenta: Dr. Eliete Bouskela

1º. Vicepresidente: Dr. Antonio Egidio Nardi

2º. Vicepresidente: Dr. Ronaldo Damiao

4. ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE COLOMBIA

Presidente: Dr. Gabriel Carrasquilla Gutiérrez

Vicepresidente: Dr. Gustavo Adolfo Landazábal Bernal

5. ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE COSTA RICA

Presidente: Dr. Arístides Baltodano Agüero

Vicepresidente: Dr. Manuel Gadea Nieto

6. ACADEMIA CHILENA DE MEDICINA

Presidente: Dr. Fernando Cassorla Goluboff

Secretario Académico: Dr. José Adolfo Rodríguez Portales

7. **ACADEMIA DOMINICANA DE MEDICINA**
Presidente: Dr. Reynolds J Pérez Stefan
Vicepresidenta: Dra. Togarma Rodríguez Aquino
8. **ACADEMIA ECUATORIANA DE MEDICINA**
Presidente: Dr. Wellington Aguirre Solís
Vicepresidente: Dr. Enrique Terán
9. **ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO**
Presidente: Dr. Raúl Carrillo Esper
Vicepresidenta: Dra. Ana Carolina Sepúlveda Vildósola
10. **ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DEL PARAGUAY**
Presidente: Dr. Fernando Hamuy Díaz de Bedoya
Vicepresidenta: Dra. Mafalda Palacios
11. **ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DEL PERÚ**
Presidente: Dr. Gustavo Francisco Gonzales Rengifo
Vicepresidente: Dr. Oscar Pamo Reyna
12. **ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DEL URUGUAY**
Presidenta: Dra. Sonia M. Boudrandi Constantin
Vicepresidente: Dr. Osar Noboa
13. **ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE VENEZUELA**
Presidente: Dr. Huiades Urbina-Medina
Vicepresidente: Dr. Felipe Martín Piñate
14. **REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE ESPAÑA**
Presidente: Dr. Eduardo Díaz Rubio
Vicepresidente: Dr. Antonio Campos Muñoz
15. **ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE PORTUGAL**
Presidente: Prof. Duarte Nuno Vieira
1º. Vicepresidente: Prof.ª Emilia Monteiro
2º. Vicepresidente: Prof. Rui Nunes.

La Academia Nacional de Medicina de México en la historia

Dr. Rolando Neri Vela



La primera academia médica en México de la que se tiene noticias se remonta a 1732, cuando algunos practicantes de medicina le enviaron al virrey de la Nueva España un escrito, exponiendo que cuatro años antes se había fundado una institución en la casa del doctor don Nicolás Torres, catedrático de *Método* en la Real Universidad, y después, hacia el año 1790, Daniel O'Sullivan solicitaba al virrey su permiso para fundar en su casa una Academia de Medicina, mismo que fue aceptado.

Años después, en 1825 apareció una Academia de Cirugía, en la ciudad de México, formada por el Cirujano Mayor del Ejército don José Ruiz, y en 1836 se fundó otra Academia de Medicina en la ciudad de Puebla de los Ángeles.

En ese mismo año de 1836 apareció la Academia de Medicina de México, constituida por profesores del recién constituido Establecimiento de Ciencias Médicas, siendo su principal objetivo el difundir los conocimientos que se multiplicaban rápidamente en Europa. Durante seis años se reunieron y produjeron los diferentes números del *Periódico de la Academia de Medicina de Méjico*.

La segunda Academia fue fundada el 30 de noviembre de 1851, y la actual en 1864, ya que el 19 de abril de ese año fue convocado un grupo de personas que se habían destacado por sus méritos científicos, y en el salón de actos de la Escuela de Minas se verificó la instalación de la Comisión Científica, Literaria y Artística de México, que se dividió en secciones, siendo la sexta la de Ciencias Médicas.

El 30 de abril de 1864 fue instalada la Sección Médica, siendo su primer presidente el Dr. Carlos Alberto Ehrmann, y los demás miembros de la mesa directiva fueron Miguel Francisco Jiménez, Julio Clement, Agustín Andrade, Carlos A. Shultze y Rafael Lucio y Nájera.

D. Francisco Fernández del Castillo nos ilustra diciendo que las primeras atenciones de la sección se dedicaron a su organización interior. Las cinco subsecciones en que se dividió fueron Patología; Higiene, Medicina Legal y

Estadística Médica; Medicina Veterinaria; Materia Médica y Farmacología; Fisiología y Antropología.

El 13 de diciembre de 1865 los miembros de la Sección de Medicina acordaron formar un reglamento, cuyo artículo primero estipuló que la organización se llamaría Sociedad Médica de México, y el presidente fue el doctor Miguel Francisco Jiménez, como inmediato sucesor de Carlos A. Ehrmann.

Las primeras sesiones se efectuaron en el viejo edificio de la Inquisición, en el centro histórico de la ciudad de México, que para ese entonces albergaba a la Escuela Nacional de Medicina.

Años después, la Sociedad Médica de México cambió de nombre, por el de Academia de Medicina, y en 1887 ya se le conocía como Academia Nacional de Medicina.

A principio del siglo XX la Academia Nacional de Medicina fue nominada órgano consultor del gobierno federal.

La Academia Nacional de Medicina, después de tener varias sedes, finalmente en el mes de julio de 1961 celebró su sesión en su actual localización, en el Centro Médico Nacional, hoy llamado Centro Médico Nacional Siglo XXI, nombrado así después de la remodelación y reconstrucción de varios de sus edificios, dañados durante el sismo del 19 de septiembre de 1985.

La Academia Nacional de Medicina de México, teniendo como su órgano de difusión a la Gaceta Médica de México, ha tenido gran trascendencia en la medicina mexicana. La Gaceta Médica de México ha aparecido desde 1864 hasta la actualidad, dando a conocer no solamente el quehacer de la medicina mexicana sino también los adelantos de la medicina a nivel mundial.

La Academia Nacional de Medicina de México edita también su Boletín de Información Clínica Terapéutica, y a través de sus múltiples sesiones, a las que acuden no solamente médicos y estudiantes de medicina, da a conocer los problemas nacionales de salud y los planes para resolverlos.

La Academia Nacional de Medicina de México ha publicado, además, múltiples libros y folletos para la actualización médica, difundiendo así los conocimientos a toda aquella persona interesada en los temas que incumben a su quehacer.

Renovando la Atención Primaria de Salud ante los nuevos desafíos de la salud pública global

Dr. José Moya Medina



Considero importante comenzar con una reflexión sobre la Atención Primaria de Salud (APS), entendida como estrategia prioritaria para la promoción, prevención, atención y recuperación de la salud y el bienestar. En 1978, la APS fue concebida como el camino para alcanzar la salud para todos en el año 2000; ese fue el espíritu de la Declaración de Alma-Ata, resultado de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud convocada por la OMS, con la participación de UNICEF.

Es fundamental recordar que hace 50 años, cuando se discutía sobre la APS, el mundo era muy distinto al actual. La población mundial era mayoritariamente rural y tenía un acceso muy limitado a los servicios de salud. Predominaban las enfermedades infecciosas e inmunoprevenibles, así como una elevada mortalidad materna e infantil. El acceso a servicios de agua potable y saneamiento también era escaso, lo que favorecía la alta prevalencia de enfermedades transmitidas por el agua y los alimentos. Este contexto social y epidemiológico contribuía a una menor esperanza de vida en nuestras poblaciones.

El impacto de estas enfermedades se concentraba en poblaciones pobres, rurales y de difícil acceso, conformadas esencialmente por miles de pueblos indígenas en todo el mundo, especialmente en nuestro continente. Eran ciudadanos sin acceso a servicios de salud y sin posibilidad de ejercer sus derechos humanos, entre ellos el derecho a la salud y al bienestar.

La conferencia mundial, en la que se estableció la APS como estrategia principal para llevar la salud a todos los pueblos del continente, se realizó en un contexto global marcado por la Guerra Fría entre Estados Unidos y la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS). Uno de los países ausentes fue China.

Así, la Atención Primaria de Salud se consolidó como la estrategia para la asistencia sanitaria, integrada al Sistema Nacional de Salud y como primer nivel de contacto con los individuos, las familias y las comunidades. Además, debía estar ubicada cerca del lugar de residencia o trabajo, y desarrollarse en función del contexto social, político y sanitario.

La conferencia también abordó otros elementos clave, como las desigualdades entre países y dentro de ellos, consideradas política, social y económicamente inaceptables.

Otra premisa fue el reconocimiento de la salud como un derecho humano fundamental, que debe ser accesible para todas las personas del mundo y garantizado por los gobiernos, quienes tienen la responsabilidad de proteger la salud de sus poblaciones mediante la provisión de medidas sanitarias y sociales adecuadas.

Asimismo, se destacó la importancia de la participación comunitaria, entendida como un espacio de diálogo respetuoso entre la comunidad organizada para la planificación y ejecución de su atención sanitaria.

Estos fueron algunos de los principios rectores de la conferencia. Sin embargo, ciertos conceptos pudieron haber sido mal interpretados desde su formulación inicial, como señaló el Dr. David Tejada de Rivero 25 años después. Él fue subdirector de la OMS y tuvo la responsabilidad de organizar la conferencia, para lo cual realizó múltiples viajes por todos los continentes, participando en reuniones previas que garantizaron su éxito.

Según Tejada, el término *Primary Health Care* fue traducido al español como *Atención Primaria de Salud*. Sin embargo, *care* significa cuidar, lo cual difiere significativamente de atender. El cuidado implica una relación más horizontal, de acompañamiento, educación, prevención, compromiso y afecto, como el que brinda una partera tradicional. En cambio, la atención puede limitarse al acto médico breve, más vertical, con menor empatía, especialmente cuando existen barreras lingüísticas entre el profesional y el paciente.

El concepto de "primario" se tradujo en la práctica como programas básicos de salud, centrados en la atención materno-infantil, la vacunación y el control de enfermedades infecciosas como la malaria. Aunque estas iniciativas lograron avances importantes, como la reducción de la mortalidad materna e infantil y la ampliación progresiva de las coberturas de vacunación, no consiguieron establecer, construir ni sostener un sistema integral de cuidados en salud.

Desde la conferencia de Alma-Ata han transcurrido casi 50 años, y sus propuestas iniciales siguen vigentes. Así lo reconoce el documento conmemorativo de los 40 años de la APS, que en el nuevo contexto de desafíos para la salud pública global debe ser retomado, renovado y reinterpretado. Entre estos nuevos desafíos destacan:

- **El cambio climático**, que afecta a toda la población con sus impactos drásticos en el medio ambiente, desastres naturales, incremento de

enfermedades vectoriales como el dengue, y efectos directos en la salud, como las olas de calor.

- El **acelerado envejecimiento poblacional**, que ya forma parte de la agenda sanitaria. En algunos países de la región, los mayores de 60 años representan una quinta parte de la población, con nuevas necesidades de cuidado y atención. La transición demográfica está en curso, con menos nacimientos e incluso disminución poblacional en países europeos y asiáticos.
- El **aumento de las enfermedades no transmisibles (ENT)** y las necesidades de atención en salud mental están reconfigurando los programas comunitarios de atención y prevención. Se requiere promover cambios en la alimentación, fomentar la actividad física y continuar los esfuerzos contra el consumo de alcohol y tabaco. Ante el incremento de los problemas de salud mental, el reto es que los equipos comunitarios de salud identifiquen las necesidades de mujeres, hombres, personas mayores y niños para su diagnóstico y atención oportuna. Aquí es importante señalar que cada vez hay más disponibilidad de documentos y artículos que señalan a los determinantes comerciales como los grandes responsables de la obesidad tanto en niños como adultos que llevarán a la instalación temprana de una ENT, discapacidad y muerte prematura.
- El **crecimiento poblacional y la urbanización acelerada y no planificada**, que han dado lugar a megaciudades donde los desafíos sanitarios incluyen el acceso al agua potable, sistemas de alcantarillado y drenaje, calidad del aire y condiciones de seguridad necesarias para la paz y el bienestar.
- El **incremento del comercio mundial, los viajes y la movilidad humana**, incluyendo desplazamientos, migraciones y refugios, plantea nuevas necesidades de protección y atención en salud. Sumado al cambio climático y la afectación de la flora y fauna silvestre, se evidencian riesgos constantes de epizootias, brotes y epidemias que pueden convertirse en emergencias sanitarias de importancia internacional. Resulta importante revisar las lecciones que nos deja la pandemia, como el financiamiento del sistema de salud, la formación de recursos humanos que permitan garantizar su disponibilidad en el primer nivel de atención, así como ampliar la vigilancia y las redes de laboratorios de salud pública. Una dolorosa lección de la pandemia fue la disponibilidad desigual de vacunas, medicamentos e insumos para territorios y países que nos lleva a la urgente necesidad de buscar la autosuficiencia sanitaria en América Latina y el Caribe.
- La **resistencia antimicrobiana**, constituye otro de los grandes desafíos

de la salud global con la evidencia actual que algunas infecciones resultan intratables, siendo muchas de estas adquiridas en un servicio de salud. De esta forma la Seguridad del Paciente, se convierte en una gran prioridad en constante revisión por todos los servicios y sistemas de salud de nuestros países.

En este escenario complejo resulta importante pensar y actuar bajo el enfoque de UNA SALUD, para todas las organizaciones del estado, la academia, los centros de investigación, las organizaciones internacionales, y la sociedad civil. De ese modo cuidamos la salud humana, animal, vegetal y ambiental.

Por otro lado, las desigualdades en las condiciones de vida y trabajo no han mejorado sustancialmente en nuestros países. Incluso, el impacto de la pandemia evidenció un aumento en las brechas entre los sectores con mayores ingresos y el quintil más pobre.

Finalmente, otro cambio significativo es el avance de la ciencia, la tecnología y la innovación, que ha permitido progresos gigantescos en medicina y salud pública en apenas dos décadas. La transformación digital y el uso de inteligencia artificial pueden democratizar las acciones de salud, como la telemedicina para fortalecer el primer nivel de atención. Sin embargo, también pueden ampliar las brechas y desigualdades en el acceso y calidad de los servicios sanitarios.

Podemos señalar como un aspecto positivo el acceso a la información que hoy tenemos gracias a internet y al desarrollo de las tecnologías de la información y la comunicación. Sin embargo, su expansión descontrolada a través de las redes sociales ha facilitado también la difusión de contenidos falsos, con impactos graves en la salud pública, como ocurre con la desinformación relacionada con la vacunación.

Por estas razones, considero que el escenario actual presenta desafíos mayores que los que existían a mediados del siglo pasado, cuando se formuló la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS). Sin duda, hay avances extraordinarios que deben mantenerse para garantizar la salud y el bienestar a lo largo del curso de vida.

En este contexto, los gobiernos locales tienen un renovado protagonismo para fomentar, intervenir y liderar espacios de coordinación intersectorial y participación comunitaria, que se traduzcan en políticas públicas orientadas al bienestar y la salud.

Saludamos las grandes iniciativas y programas de salud que lleva a cabo México, como el de los **primeros mil días**, orientado a garantizar la salud materna e infantil, y que destaca la importancia de los cuidados y la

promoción de la salud durante las primeras dos décadas de vida, comenzando con la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses.

Nos alegra ver cómo en todas las escuelas primarias del país se implementa el programa **“Vive saludable, vive feliz”**, que busca generar cambios positivos en los hábitos alimenticios de los niños, prevenir la obesidad infantil y, a futuro, las enfermedades no transmisibles (ENT) y sus complicaciones.

De igual manera, celebramos los cuidados dirigidos a las personas mayores a través del programa **“Casa por Casa”**, que sin duda contribuirá a la prevención y atención de sus necesidades de salud, ofreciendo espacios de diálogo con personal sanitario que también cuide y proteja su salud mental.

Sin duda, estos caminos deben conducirnos hacia una mejor atención en salud, con una mirada renovada de la APS que fortalezca la salud pública y garantice una atención universal, pública y gratuita.

Cuando enfrentamos la crisis de la salud pública en los años noventa, en un contexto de imposición de políticas neoliberales en nuestros países, la OPS y la OMS elaboraron un documento fundamental: las **Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP)**, que invito a revisar. Las FESP son funciones que corresponden al Estado, pueden ser medidas y resultan muy útiles para generar políticas de salud y evaluar su progreso. De este modo, se reafirma la responsabilidad del Estado en la prestación de servicios de salud y en la protección de la salud de las poblaciones.

Bibliografía:

OPS. Sitio web sobre Atención Primaria de salud.

<https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud>

Marcos Cueto. The ORIGINS of Primary Health Care and SELECTIVE Primary Health Care.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1448553/>

OPS. Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional de APS.

<https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>

OPS. Alma Ata. 25 años después. <https://www.paho.org/es/quienes-somos/historia-ops/alma-ata-25-anos-despues>

David Tejada. Perspectivas. Alma Ata, 25 años después.

<https://drive.google.com/file/d/0B1HbXRn5hv-IUEX1eU9KY09LOVE/view?resourcekey=0-PqYN4OWBpiN5MK4AKe2fPw>

OPS. De Alma Ata a Astaná 2018. <https://www.paho.org/es/sistemas-servicios-salud/alma-ata-astana-2018>

OPS. Funciones Esenciales de Salud Pública, renovadas. 2020. <https://www.paho.org/es/temas/funciones-esenciales-salud-publica>

OPS. 61 Consejo Directivo Septiembre 2024. 61.º Consejo Directivo. <https://www.paho.org/es/gobernanza/consejo-directivo/61o-consejo-directivo>

OPS. Informe del Director de la OPS. 2024. <https://www.paho.org/es/documentos/od371-informe-anual-director-oficina-sanitaria-panamericana>

Humanismo-Profesionalismo-Bioética: De la superstición a la inteligencia artificial en la relación paciente-doctor

Dr. Patricio Santillán Doherty



“...el enfermo como otro yo.”

Arnoldo Kraus¹

La evolución histórica de la relación paciente-doctor es un viaje fascinante que refleja cambios importantes que derivan del crecimiento del conocimiento médico-científico así como de la modificación en los valores culturales y conceptuales de la sociedad.

En las civilizaciones antiguas, curanderos y chamanes tomaban el papel de sanadores que mezclaban sus escasos remedios con rituales mágico-religiosos y, sin embargo, ya desde ahí se identifica la relación paciente-doctor como una relación enraizada en la confianza y la creencia en fuerzas sobrenaturales. Culturas como la china, la persa, la india y la egipcia ejercieron su influencia integrándose a las escuelas griegas y romanas como parte del legado occidental que es posible trazar hasta nuestros tiempos. Hipócrates y Galeno son figuras históricas que pusieron énfasis en una observación incompleta y que marcaron una visión limitadamente diferente del conocimiento médico; este se mantuvo durante toda la edad media europea, mitigada en favor de la mediación de creencias religiosas. Aún así, la relación con el paciente permaneció, si bien fue de una manera jerárquica con los sanadores medievales y las instituciones religiosas ejerciendo una autoridad que exigía sumisión completa a cambio de milagros de solución incompleta o nula. En América, las culturas precolombinas tal vez contaban con acceso a una herbolaria más variada y, en algunos casos, más efectiva pero no se alejaban de lo que sucedía en Europa.

Durante el Renacimiento se produjeron transformaciones que detonaron el inicio de la revolución científica. Nicolás Copérnico, el astrónomo-médico que describió la teoría heliocéntrica, y Andrés Vesalio, cirujano anatomista, fueron protagonistas. Pérez-Tamayo reconocía al *De Humanis Corporis Fabrica* (Vesalio, 1543), como la primera publicación que detonó

¹ Este escrito está dedicado, con toda humildad, a la memoria del Dr. Arnoldo Samuel Kraus Weisman (noviembre 10, 1951 – agosto 30, 2025); médico, compañero, amigo. Pensador incansable en defensa del paciente y de la tríada humanismo-profesionalismo-bioética; en otras palabras, de la medicina que debe ser.

el concepto de medicina científica; fue quien sugirió hacer de lado el dogmatismo galénico y establecer en el ser humano su propósito de estudio (mucho pedir para ese entonces en donde la falta de conocimiento de la función de las cosas y la tradición llevaban la batuta)².

La segunda transformación, según Pérez-Tamayo, se inició con el desarrollo tecnológico dado por el estetoscopio de Laennec en donde las maniobras exploratorias del cuerpo humano implicaban establecer contacto íntimo. Las ideas positivistas de los siglos XVIII y XIX (dentro de las que destacaría la idea de la vacunación de Jenner) generaron esa tecnologización médica, así como un mayor entendimiento de la función de los órganos humanos. Esto derivó en la emergencia de la educación médica moderna y la profesionalización de los doctores. Aún así, la relación con el paciente mantenía su velo místico y patriarcal cuya disipación ha ido al paso del progreso en el conocimiento biomédico.

El Siglo XX trajo una cascada de conocimiento que generó avances extraordinarios en la atención médica: antibióticos, el entendimiento del ADN y los genes, la dupla anestésico-quirúrgica, sistemas diagnósticos de imagen, la inmunología de la que derivan los trasplantes y vacunas de todo tipo, se encuentran entre lo más relevante. El conocimiento y la investigación biomédica permitieron mejorar los estándares educativos en medicina al favorecer las decisiones tomadas con base en evidencia, acelerando la innovación terapéutica así como el desarrollo farmacéutico y tecnológico. El desarrollo y la aceptación de los Derechos Humanos como sustento ético básico común a diferentes sociedades se ha incorporado a la relación paciente-doctor, la cual también evolucionó al volverse más centrada a la persona enferma.

Esta 'visión centrada en el paciente' sin duda tiene mucho de utopía en un sistema como el mexicano en donde cada componente imprime su propio sesgo a la relación. El sistema social de prepago por cuotas laborales presenta un sesgo administrativo-burocrático que le resta mucho al tiempo que un profesional puede dedicarle a la atención de los pacientes. El sistema público abierto agrega el sesgo de la escasez crónica que, conforme accede cada vez más a un poco de recursos, se contamina fácilmente del sesgo de su primo social. El sistema privado parece el más propicio a la relación paciente-doctor sin embargo fácilmente se mercantiliza y sucumbe al conflicto de interés económico que presenta en donde la población pudiente no tiene problema y los demás son excluidos de un servicio que no siempre es bueno.

Todo esto nos obliga reformularnos la eterna pregunta recurrente, ¿Qué se espera de nosotros médicas y médicos (y enfermeras, enfermeros,

² Pérez-Tamayo R. ¿Existe el método científico? Fondo de Cultura Económica. México. 2020.

nutriólogas, psicólogas, farmacéuticas y un amplio etcétera)? De varias posibles respuestas, una que aún presenta la validez de la contundencia es la que apuntó alguien desde fuera del ámbito de la medicina y cuya claridez vale la pena recordar; Alfonso Reyes hace casi un siglo escribió:

“Yo no necesito que mi médico ideal sea infalible. Aparte de las condiciones de general aptitud y aun de simpatía ...solo pido de él dos cosas:

Primero que sea, además de un médico, un sabio. Es decir que el médico pragmático, el que cura y prescribe tratamientos, se acompañe en él de un estudioso desinteresado, de un lector asiduo que no duerme tranquilo si no ha despojado antes los catálogos de novedades, de un poeta del pensamiento capaz de pasarse un día entero de buen humor cuando ha encontrado una expresión feliz para bautizar un síntoma.

...segundo, que se resigne a trabajar conmigo, a explicarme lo que se propone hacer conmigo y lo que piensa de mí, a asociarme a su investigación. Yo reclamo el privilegio de juez y parte, porque soy capaz de desdoblamiento y sé muy bien considerarme objetivamente y con frialdad. Finalmente, el médico que no cuente con mi inteligencia está vencido de antemano: el que quiera curarme sin contar con mi comprensión, que renuncie.”³

Si no somos capaces de tener la empatía suficiente de escuchar para comprender lo que los pacientes nos dicen; hacer de lado la 'autoridad' que se imbuye en nosotros, es poco lo que podremos avanzar. Valga recordar a Arnoldo Kraus cuando escribió sobre el asunto: *“Somos, a la vez, víctimas y actores de círculos patológicos: quienes mal ejercen la autoridad protegen a sus colegas y profundizan las enfermedades sociales y terráqueas.”⁴*

Ante estas circunstancias es importante reconocer el desbalance de poder existente en la relación de las y los pacientes con el personal de atención de la salud; un desbalance en favor de estos últimos y que merece ser reconocido y ser sujeto de reflexión ética. Ese poder deviene de la autoridad médica que sin duda existe y al que se le han atribuido varias fuentes: a) un poder sapiencial derivado de la posesión de un conocimiento biomédico reconocido; b) un poder moral relacionado con la beneficencia del acto médico y; c) un poder carismático derivado de los factores históricos mencionados y que se relacionan con la percepción de

³ Reyes A. Obras Completas. Memoria a la Facultad. 1931

⁴ RKraus A. Ética y Autoridad. Blog Mirar los Días. Nexos. Febrero 14, 2022.

<https://arnoldokraus.nexos.com.mx/etica-y-autoridad/>

una gracia superior o divina proveniente de la unión original con la religión, las trascendencia y la espiritualidad.

Estos aspectos que conforman de la autoridad médica presentan giros evolutivos en respuesta a los cambios culturales que se van estableciendo en las distintas sociedades. Por un lado, el aspecto sapiencial ha adquirido especial importancia debido al concepto de las decisiones basadas en evidencia en donde paradigmas como el ensayo clínico controlado, los meta-análisis y el manejo masivo de datos (big-data) parecen minimizar la importancia individual del paciente. Por otro lado, la tecnificación del encuentro médico abruma a los pacientes ante imágenes de resonancias, PET/CT, ultrasonidos, y el uso de la visualización corporal por orificios naturales y no naturales permite meniobras y procedimientos asistidos por manos robotizadas que sin duda presentan beneficios pero que en esencia no significan un cambio radical de la atención requerida. Y el/la paciente siempre requiere de su doctora o doctor.

Así llegamos al siglo XXI actual en donde el giro transformativo vuelve a dar una vuelta. El concepto de decisiones compartidas gana prominencia entre pacientes y doctores quienes, con la colaboración de familiares y personas significativas de las/los pacientes, se conjuntan para determinar los planes terapéuticos más adecuados. La aparición de grupos de interés, de apoyo o defensa en pro de los pacientes cuidan aspectos del consentimiento informado, la privacidad y otros derechos. Así, se han generado mecanismos de control de poder que permiten una visión más igualitaria y deliberativa de la relación paciente-doctor en donde este último se convierte en consejero y guía más que alguien que solo dicta lo que hay que hacer.

El internet ha dado acceso amplio a información médica de todo tipo alterando la dinámica de la relación paciente-doctor al empoderar aún más al paciente. Un nuevo giro cultural de este empoderamiento ha resultado en una mayor integración holística de la atención de los pacientes al considerar la definición amplia de la salud que incluye aspectos psicológicos, sociales y otros factores culturales. El enfoque deliberativo de la relación implica mayor participación autónoma de los pacientes en la toma de decisiones sobre su salud con el acompañamiento de familiares y seres significativos en su vida.

En el libro Vida 3.0 Siendo Humano en la era de la Inteligencia Artificial⁵, el autor establece un punto muy relevante desde el título de su primer capítulo “Bienvenidos a la conversación más importante de nuestro tiempo”. La Inteligencia Artificial se está introduciendo en distintas formas en la práctica médica mundial. Es tal la importancia que la literatura

⁵ Tegmark M. Life 3.0: Being Human in the Age of Artificial Intelligence. Alfred A. Knopf, New York. 2018.

médica se inunda de publicaciones al respecto con estudios que demuestran su utilidad para mejorar la atención primaria de la salud y que modelos pueden equiparar el conocimiento médico humano y pueden desarrollar y codificar conocimiento clínico y reducir errores médicos. Además, se desarrolla tecnología para mejorar procedimientos quirúrgicos mediante robótica y análisis de imágenes radiológicas, tomográficas, resonancia magnética e histopatológicas. La revista paradigmática *New England Journal Medicine* ha anunciado para el año 2024 la publicación de una nueva revista llamada *NEJM-AI*.

Sin duda esto producirá un cambio importante en la relación paciente-doctor. La utilidad de la IA en la medicina es prometedora y es la sociedad en general la que le toca presionar a desarrolladores y gobiernos que se mantenga el despliegue y utilización de estos sistemas con precaución y manteniendo principios éticos y de gobernanza que ya están siendo promovidos desde la OMS⁶ y la UNESCO⁷.

En cuanto al impacto posible sobre la relación paciente-doctor, lo primero que debe conocer la sociedad (como personas individuales y como pacientes) es que deben estar totalmente conscientes de cuándo y como pueden estar interrelacionándose con una máquina y no con un ser humano. Lo que se desea es tener herramientas inteligentes y no humanos falsificados. Después de todo, el conocimiento, y la tecnología, han producido modificaciones culturales en el pasado; modificaciones que han requerido ejercicios adaptativos que, como especie, hemos sabido aprovechar y no tenemos por que no seguirlo haciendo. Como se suele decir, no todos tenemos las respuestas, pero todos tenemos la responsabilidad.

Y, sin embargo, la quasi-sagrada relación paciente-doctor existe y persistirá, porque se trata de una relación humana. ¿Cómo reforzarla ante embates tecnocientíficos que parecen amenazarla? Difícil de contestar pero seguramente debe comenzar por reconocer la hbris que nos afecta al pensarnos como modernos Prometeos robando el fuego (el conocimiento) a los dioses. Sin duda, todo lo que hacemos en la atención moderna de la salud deviene del acúmulo de conocimiento, destrezas y técnicas adquiridas con el desarrollo científico. Pero es menester hacer pausa y reconocer que al nacer no teníamos la más mínima oportunidad de subsistir sino fue por quien nos cuidó y atendió; quien no procuró cultura y conocimiento. Madres/Padres, abuelas/abuelos,

⁶ WHO. Ethics and governance of artificial intelligence. WHO guidance. 28 june 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240029200>

⁷ UNESCO. Recommendation on the ethics of artificial intelligence. 16 may 2023. <https://www.unesco.org/en/articles/recommendation-ethics-artificial-intelligence>
arnoldokraus.nexos.com.mx/etica-y-autoridad/

hermanas/hermanos, tías/tíos, primas/primos, amistades, esposas/esposos, parejas, maestras y maestros, mentores y todos nuestros 'otros significativos' son responsables de que estemos aquí. Se preocuparon por nosotros y nos han amado. En la modernidad del concepto de la sociedad del esfuerzo, se nos olvida que debemos mucha cuentas por cubrir por lo que es sano aterrizar, regresar al humus, a la tierra. Finalmente es el término que da origen al concepto de Humana/Humano y de donde salen palabras como humanar, humanamente, humanidad, humanismo, humanista, humanística, humanitario, humanitarismo, humanizar y humanizarse. Y es hacia donde vamos cuando la Obra termine y nos lleven a inhumar. Por eso, tal vez, es el prefijo que conforma algo que debemos practicar cotidianamente en el trato con el paciente: la Humildad.

Después de todo, el personal del gran equipo de atención de la salud (médicas, médicos, enfermeras, enfermeros, nutricionistas, especialistas en psicología, químicosfarmacéuticos, rehabilitadores, y un gran etcétera), debemos reconocer nuestra condición humana. Esto es, reconocer que del lado profesional de la ecuación paciente-doctor también hay intereses, sentimientos, actitudes, apreciaciones, valores, emociones y otros fenómenos que interactúan en el espectro de amar-odiar y que tenemos sesgos de los que más vale que nos percatemos y tomemos en cuenta en cómo interfieren con nuestras acciones cotidianas.

Además, debemos reconocernos como parte inseparable de un todo dentro de la naturaleza y que, para desarrollar nuestras potencialidades humanas, debemos imprimir un carácter humanístico a nuestra orientación filosófica; tratar a los demás seres vivos y al medio ambiente como si fuésemos hermanos y no propietarios irresponsables (bajo un concepto antropocéntrico poco deseable). Y el componente humanista de la preparación que debemos tener, adquirir, experimentar, procede de una necesidad de la cultura existente con el propósito de comprender mejor al ser humano y, de paso, a los demás seres vivos y el ambiente en que nos desarrollamos. Todo para desarrollar el carácter humanitario de nuestra profesión en tanto a los objetivos de búsqueda del bien (la beneficencia y el bienestar) con el reconocimiento de la dignidad de la persona y el valor moral de otros animales no-humanos, las plantas y el medio ambiente.⁸

La cultura humanista y humanitaria debe adquirirse no con propósitos pretensionados, sino, como dice Pérez-Tamayo, porque "...un médico culto es un mejor médico, pero no porque sea culto sino porque es un mejor ser humano".⁹ De eso trata la medicina, con humanismo, con profesión, con

⁸ Lifshitz A. Lo Humano, humanístico, humanista y humanitario en medicina. *Gac Med Mex.* 1997, 133(3):237-43.

⁹ Pérez-Tamayo R. Humanismo y medicina. *Gac Med Mex.* 2013, 149:349-53.

bioética. Sin esto, dejamos que la hbris ocupe espacios en nuestra mente y afectamos a quien nos busca, el paciente. Nuevamente releo a Kraus:

*“Cuando la gente padece injusticia, infelicidad y no logra ejercer su autonomía, el problema se complica. Una de las complicaciones fundamentales es la erosión o la pérdida de la dignidad. Sotto voce, nunca lo dirán, una de las apuestas del Poder es destruir la dignidad de las personas. Sin dignidad, la autoestima se pierde, no hay capacidad para protestar, no hay fuerza suficiente para sumar voces, se acepta el destino (Dios), se aceptan dádivas (Estado), se sobrevive...”*¹⁰

La medicina moderna, la que debe ser, debe ir más allá de la mera cura biomédica; además de lo físico, debe ayudar a que el humano alcance realmente un estado de bienestar mental y social. Debe ayudar a que sea feliz.

¹⁰ Kraus A. Ética y Dignidad. Blog Mirar los Días. Nexos. Diciembre 4, 2017.
<https://arnoldokraus.nexos.com.mx/etica-y-dignidad-2/>

El humanismo y profesionalismo en la medicina en la era de la Inteligencia Artificial

Dr. Rodrigo Ramos Zúñiga¹



*No confío en la IA porque no hace preguntas, solo sabe respuestas.
Gonzalo Suárez. Guionista y director de cine.*

La cultura del cuidado deriva de una serie de precedentes que desde la filogenia evolutiva identifican los vínculos no sólo génicos sino afiliativos que han promovido la protección en diferentes especies. Este concepto aplicado a la perspectiva del cerebro social es de donde han surgido los mecanismos para coexistir y convivir, y son los que sustentan no solo el aprendizaje de la tolerancia en un mundo diverso, sino que también promueven conductas pro-sociales de las cuales deriva la ética y los códigos deontológicos en una sociedad.

La relación paciente-médico es una relación eminentemente humana, es una interacción entre la necesidad y la confianza en un escenario de vulnerabilidad en el cual la persona busca apoyo orientación y asistencia.

La sistematización de la práctica médica desde el reporte Flexner (1910) hasta el desarrollo de los algoritmos de la inteligencia artificial (IA), ha procurado que las rutas y guías de manejo en las que se sustenta la toma de decisiones, sean la expresión de un ejercicio crítico y reflexivo propio de la ciencia y no solamente un proceso de acompañamiento solidario y empático con el paciente. En consecuencia el profesionalismo también forma parte del humanismo, entendido como la calidad de la atención y del cuidado, y es actualmente no solo una recomendación sino un requerimiento indispensable en los estándares más altos de la actividad asistencial en el escenario de la salud.

La perspectiva propuesta desde la salud pública ha tenido que reorientar de manera virtuosa y con una fundamentación científica, esta transición de la cultura de la enfermedad hacia la cultura de la salud. Requiere como tal de procesos educativos, formativos y de gestión del capital humano

¹ Neurocirujano. Doctor en Ciencias. Prof. Investigador del depto. De Neurociencias. CUCS. Miembro de SNI II. Universidad de Guadalajara. Académico numerario de la ANMM. Emérito del Consejo Mexicano de Cirugía Neurológica. Miembro de el Colegio de Bioética A.C. Y DE LA Academia Nacional Mexicana de Bioética.

para que no se circunscriba solo a la especialización, y sea capaz de ejercer una visión integral a la manera del hombre del Vitruvio de Da Vinci, en el que prevalezca la perspectiva humanista, y la atención personalizada en un entorno de empatía y de compromiso solidario con el paciente que sufre de un quebranto en su salud.

En la medida en que la práctica médica se fue consolidando desde la antigüedad como una actividad asistencial dedicada a cuidar de los otros, fue necesario recorrer un trayecto amplio desde la mitología, el pensamiento místico, los conceptos enteógenos, la magia y las creencias populares para llegar a la lógica científica del manejo de datos que se convierten en conocimiento científico, que sustenta la toma de decisiones en la medicina.

Una vez que reconocemos que los datos y la información no es equivalente al conocimiento, es cuando podemos estar en posibilidad de conjugar la visión humanista de la medicina y el profesionalismo pertinente y necesario para su eficiencia y calidad. La aplicación sistemática de este conocimiento científico en el área biomédica en conjunto con la experiencia, permite desarrollar habilidades específicas para diseñar una integración diagnóstica precisa y las propuestas terapéuticas y de rehabilitación acertadas.

En el campo educativo en la medicina también se han dado grandes transformaciones en las cuales las instituciones han evolucionado de la práctica informativa (manejo de datos) a la visión formativa de la educación médica, que incorpora valores y principios comportamentales además de códigos deontológicos. Pero el reto actual reside en la perspectiva transformativa de la educación, que representa la formación de líderes que además de tener la capacidad de manejar el conocimiento científico y observar códigos conductuales propios de la ética médica, ejercen un liderazgo proactivo como agentes de cambio en su entorno social.

No obstante que generamos conocimiento a través de la investigación, con datos que hemos obtenido de la realidad en distintos escenarios clínicos, aún nos resta comprometernos más con la visión de regresar ese conocimiento a la realidad desde una visión transformativa y vincularlo con lo que hoy denominamos la “gestión del conocimiento”. Esta se encuentra comprometida con el fortalecimiento de los lazos entre la ciencia y la sociedad, con la capacidad para tomar decisiones bajo este proceso sistemático para transferirlo al desarrollo tecnológico, con el servicio de la salud y para intervenir de manera más directa y puntual en la conformación de las políticas públicas que son de interés para la sanidad.

No obstante que estos lineamientos han constituido una estructura educativa informativa formativa y transformativa en la educación médica y en la gestión del capital humano, resulta indispensable el ubicar de forma permanente la pertinencia de la ponderación con los derechos del paciente (dígase usuarios de los servicios de salud en las nuevas semánticas del servicio sanitario).

Esto requiere de la valoración de la persona como un ente autónomo y reconsiderar que ante un problema de salud esta autonomía se encuentra limitada, más no así sus derechos; y que como sociedad y como profesionales de la salud tenemos la responsabilidad no solo de atenderle sino de protegerle en su vulnerabilidad, desde la perspectiva de la salud como un derecho fundamental.

Es esta la razón por la que el humanismo desde una visión pragmática requiere conjugarse con el profesionalismo a partir de variables elementales como la simplicidad en el manejo de la información, la veracidad, la certidumbre científica, la empatía comunicativa, la claridad, la atención oportuna en tiempo y forma, y la corresponsabilidad ejercida desde el respeto a su autonomía y a sus decisiones.

Los avances derivados del desarrollo tecnológicos en los últimos 40 años han tenido un impacto no sólo en el diseño y aplicación de nuevos dispositivos biomédicos, también han permeado en la sensibilidad y especificidad de procedimientos diagnósticos a partir del desarrollo del genoma humano y de la biología molecular. Nuevos elementos se han incorporado a los procesos diagnósticos y terapéuticos, y la tecnología digital representa probablemente el horizonte con mayor influencia en las áreas biomédicas.

Estos adelantos han contribuido a mejorar la capacidad, la sistematización, la verificación y la supervisión de grandes bases de datos de interés clínico, siendo un ejemplo de ello el expediente electrónico y la incorporación de datos biométricos con nuevos marcadores diagnósticos. Con ello surge la necesidad de mejorar también los procesos de supervisión, la privacidad y la confidencialidad y el resguardo seguro de esta información.

El desarrollo de algoritmos y el diseño de herramientas de aprendizaje automatizado dieron lugar a muchos modelos informáticos que presentan como característica el poseer cierto tipo de autonomía, generación de rutas algorítmicas a la manera de las redes neuronales, y mediante procesos supervisados o no supervisados, pueden generar respuestas y o propuestas de ejecución sustentadas en la retroalimentación de los datos a los que tiene acceso.

Desde la propuesta original y disruptiva de Alan Turing sobre estos sistemas de aprendizaje automatizado surgió posteriormente el concepto de inteligencia artificial (J. McCarthy, 1956), mismo que hoy representa una gran cantidad de herramientas con diferentes aplicaciones para el manejo de datos, imágenes, rutas críticas, diagramas de flujo, recursos predictivos y redes algorítmicas con autonomía, que pueden sistematizar acciones tal cual pudiera hacerlo la inteligencia humana.

Las implicaciones que representa en los escenarios biomédicos han tenido un impacto desde las ciencias básicas y la generación del conocimiento en áreas de investigación, en la educación, en la práctica clínica en propuestas de alta precisión para el diagnóstico, para generar y diversificar alternativas terapéuticas, y establecer propuestas de rehabilitación de acuerdo con perfiles cada vez más personalizados.

Sus efectos sinérgicos a partir de la genómica y todas las estrategias “ómicas”, relacionadas con el manejo de proteínas en el plano molecular, en conjunto con las herramientas de la inteligencia artificial, han dado lugar a lo que hoy en día denominamos la medicina de precisión.

En el plano de interacción con los usuarios estas aplicaciones han tenido un crecimiento sorprendente a tal grado que existe una gran cantidad de información que ha sido consultada previamente por el paciente y sus familias a través de la tecnología digital y herramientas de inteligencia artificial como es el caso de las herramientas generativas como chat GTP, con todas las nuevas y escalables modalidades.

Algunos reportes señalan incluso, que los usuarios se sienten más satisfechos con la capacidad de respuesta de la inteligencia artificial comparada con las respuestas que un médico emite.

No obstante, también ha sido identificado el sesgo digital, las alucinaciones, los riesgos de la caja de resonancia, y eventualmente las confabulaciones, cuando estas herramientas y los usuarios no consideran los filtros propios de la “suspiciencia educada”, y especialmente cuando no se ejerce el pensamiento reflexivo y crítico.

Es por todo ello relevante que existan recomendaciones, mecanismos regulatorios y códigos de conducta que pueda normar los criterios para promover un uso racional, en el que se privilegie la seguridad, la certidumbre, la eficacia, la confidencialidad, y particularmente se preserve la naturaleza primaria de la relación paciente-médico en su perspectiva humanista y profesional.

La relevancia que representan los códigos de ética está relacionada con el perfil del profesional, con la propuesta de conductas idóneas, su

sustentación en valores universales y el respeto a los derechos fundamentales, porque se genera a partir de una relación intrapersonal e interpersonal a partir de la cual se postulan códigos normativos que no sólo pueden ser regulatorios sino que eventualmente puedan tener un carácter vinculante en términos jurídicos.

El escenario idóneo futuro se ha postulado en un formato de “inteligencia aumentada”, como resultado sumatorio de la inteligencia humana más las ventajas de la inteligencia artificial, sustentada en una vocación de servicio para preservar la salud individual y colectiva.

Bibliografía

Ramos-Zúñiga R. Los Artificios de la Inteligencia. Del pensamiento reflexivo al algoritmo. Ed. De la Noche. Guadalajara México. 2023. ISBN978-84-19803-79-5

Ramos-Zúñiga R. Neurocyberethics, a new and pertinent approach to neuroethics. Gac Med Mex. 2024;160(5):480-485. English. doi: 10.24875/GMM.M24000947. PMID: 40000425.

Ramos-Zúñiga, R., de Chávez, M. H. R., Santillán-Doherty, P. J., Sánchez-Mendiola, M., Gutiérrez-Cirlos, C., & Carrillo-Esper, R. Recomendaciones de la Academia Nacional de Medicina de México ante la inteligencia artificial en el escenario biomédico. Gac Med Mex, 2025; 161, 249-256.

Ramos-Zúñiga R. Cultura Bioética en la Sociedad Contemporánea. Ed. De la Noche. 2021. Guadalajara México. ISBN 978-84-18791-34-5

Ramos-Zúñiga, Rodrigo. "Alcances de las voluntades anticipadas como directrices médicas." Voluntad anticipada (2022): 123. Ed. De la Noche. Guadalajara México. ISBN 978-84-18791-87-1

Ramos-Zúñiga R. Neuroethics are more than the bioethics of neuroscience. Surg Neurol Int. 2015 Feb 12;6:24. doi: 10.4103/2152-7806.151288. PMID: 25722929; PMCID: PMC4338486.

Ramos-Zúñiga, Rodrigo; Trejo Gallegos, Sandra a.; Lara Reynoso, Laura. Bioética en la práctica profesional. La segunda opinión médica. Revista Mexicana de Neurociencia, 2008, vol. 9, no 4.

Ramos-Zúñiga, Rodrigo. Triángulo bioético del trasplante. Cirugía y Cirujanos, 2010, vol. 78, no 4, p. 361-368.

Humanismo Médico

Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg



*El humanismo bien ordenado coloca
el respeto hacia los demás delante del amor propio*

Levi Strauss

El afijo “hum” aplica a diversos vocablos. Los más comunes son *humano*, *humanitario*, *humanista*, *humanidad*, *humanismo*, cada uno de los cuales tiene un significado diferente, aunque todos aplican para la profesión médica. Lo humano es lo propio del hombre, con sus virtudes y defectos; por ahora, la medicina es practicada solo por humanos de tal modo de modo que incluye no solo acciones benéficas sino también resultado de errores (*errar es humano*), sesgos, falacias y emociones no controladas. Humano es no solo lo bueno sino lo que depende de debilidades del hombre. En el idioma inglés se distingue *human* de *humane*; aunque muchas veces se traducen al español indistintamente como humano, la segunda forma (*humane*) corresponde más a lo humanitario que es procurar el bien del ser humano y tiene la connotación de benéfico, caritativo. Lo opuesto de humano sería animal o divino, mientras que el antónimo de humanitario es inhumano o cruel. La medicina es tanto humana (porque la ejercen seres humanos imperfectos) como humanitaria (porque busca beneficiar a los demás). Un humanista, por su parte, es quien se identifica con el humanismo como filosofía en su versión antropocentrista en oposición al teocentrismo, pero también quien cultiva las humanidades tales como el arte, la filosofía o la antropología. Nuevamente, la profesión médica admite ambos calificativos pues jerarquiza al ser humano y forma parte de la cultura.

El humanismo médico se suele referir a la aplicación de los valores humanos en la práctica profesional, y puede apreciarse mejor a partir de lo que se ha llamado *deshumanización*. Esta abarca el tratar a otros seres humanos como si fueran objetos (o equivalentes, como número de cama), cuando se desdeña la apreciación subjetiva (afectos, sentimientos, lástima, compasión), se enfoca como una actividad puramente técnica, con indiferencia ante el dolor del otro. Algunas críticas que una parte de la

sociedad ha hecho a la forma en que se practica la medicina en algunos lugares abarcan términos como “impersonal”, “poco empática”, “rutinaria”, “fría”, “técnica”, “eficientista” (centrada en la productividad haciendo un lado otros valores), “insensible” y “burocrática”, además de “deshumanizada”. Algunas variables relacionadas con esta práctica –correctamente descalificada– incluyen la falta de vocación auténtica, la relación médico-paciente rigurosamente contractual, la sobrecarga laboral, la incertidumbre, la falta de insumos para una atención apropiada, insuficientes espacios para la reflexión, la inseguridad laboral o de la propia pericia y la insuficiente recompensa o ponderación del auténtico trabajo médico. Buena parte de la deshumanización, como se ve, tiene relación con el entorno en el que se ejerce la profesión.

En los últimos tiempos han surgido algunos movimientos adicionales, que se han calificado como “nuevos materialismos” y que incluyen el antihumanismo (o inhumanismo), el transhumanismo y el posthumanismo. El antihumanismo considera que si desaparece la humanidad no es gran cosa lo que se pierde, dado que es el villano de la biósfera, el mayor depredador y un animal defectuoso. El transhumanismo se visualiza como la convergencia o fusión de los sistemas biológicos, físicos y digitales, y concibe al hombre como una versión mejorada a partir de la tecnología. La evolución humana ya no es tanto un hecho natural como uno fabricado a partir de la tecnología moderna. El posthumanismo como la resultante de estos movimientos culminando en una nueva especie “homo excelsior”.

Al reafirmarse una medicina centrada en el paciente se corrobora una visión del humanismo médico que aborda no solo la enfermedad sino también la experiencia de estar enfermo, el poderoso valor de la salud, la consideración de la persona como un todo, el énfasis en la anticipación, el aprovechamiento racional, razonado, razonable y racionalizado del tiempo y los recursos, y el indudable papel benefactor de la relación médico-paciente.

En suma, el médico es **humano**, por tanto, susceptible a errores, distracciones, emociones, prejuicios, ambiciones y sesgos. Ha dado muestras históricas de su vocación **humanitaria** y de servicio a la sociedad. Reconoce el valor de la **persona humana** y de la salud como el substrato de todas las potencialidades, en tanto que la enfermedad, la medicina y la salud forman parte de la cultura, las **humanidades**.

Dicotomía en la Atención Médica

Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci



En medicina, la dicotomía se refiere a la práctica de repartir honorarios o beneficios entre médicos y otros profesionales de la salud, con el fin de obtener beneficios económicos. Es decir, se paga una comisión o se reduce el precio de un servicio por referir pacientes, desgraciadamente es una práctica que sigue ocurriendo.

Esta práctica es considerada una deformación del acto médico, ya que:

Rompe la confianza en la relación médico-paciente.

Prioriza el interés económico del médico sobre el bienestar del paciente.

Compromete la independencia profesional, afectando el juicio clínico.

Desvirtúa la medicina como profesión humanista, convirtiéndola en una actividad mercantilista.

Ejemplos comunes de dicotomía

Pagos directos de laboratorios a médicos por enviarles pacientes.

Tarifas diferenciadas en alquileres de consultorios según el volumen de pacientes referidos.

1. Riesgos Éticos

Violación de la autonomía del paciente: Cuando el médico refiere a un laboratorio o especialista por interés económico, sin informar al paciente, se vulnera su derecho a decidir con base en información transparente.

Conflicto de interés: El profesional prioriza su beneficio económico sobre el bienestar del paciente, lo que contradice los principios de beneficencia y no maleficencia.

Corrupción sistémica: La dicotomía fomenta una cultura de prácticas deshonestas que debilitan la ética profesional y la confianza en el sistema de salud.

2. Riesgos Clínicos

Sobreutilización de servicios: Se ordenan estudios o tratamientos innecesarios para justificar la comisión, lo que expone al paciente a riesgos diagnósticos o terapéuticos sin justificación médica.

Desviación del juicio clínico: El criterio médico se ve influido por incentivos externos, lo que puede llevar a decisiones clínicas erróneas o no óptimas.

Desigualdad en la calidad del cuidado: Se favorece a ciertos proveedores o instituciones, no por su calidad, sino por los beneficios que ofrecen al médico remitente.

3. Riesgos Económicos y Sociales

Aumento de costos para el paciente: Las comisiones se trasladan al precio final del servicio, generando sobrecostos.

Inequidad en el acceso: Los pacientes con menos recursos quedan excluidos de servicios recomendados por razones económicas, no clínicas.

Desconfianza en los médicos: La percepción de que las decisiones médicas están motivadas por intereses económicos erosiona la relación médico-paciente y la legitimidad del sistema.

4. Riesgos Legales y Profesionales

Sanciones legales: En países como México, la dicotomía está prohibida por la Ley General de Salud y puede implicar multas, suspensión de licencia o incluso sanciones penales.

Pérdida de credibilidad profesional: El médico que incurre en esta práctica compromete su reputación y la de su institución.

Reflexión Final

La dicotomía no es solo una práctica desleal, sino una amenaza estructural a la ética médica, la equidad en salud y la dignidad del paciente. Superarla requiere una transformación profunda en la cultura médica, basada en la transparencia, la formación ética y la regulación efectiva.

Atención Humana: Un enorme desafío para los médicos

Dr. Enrique Ruelas Barajas



“Uno de los espíritus más radicales del pensamiento actual ha definido la tarea de esta edad oscura como la de aprender de nuevo a ser humano”. Esta frase de George Steiner (1929-2020), uno de los intelectuales más reconocidos de nuestros tiempos, ilumina de manera meridiana un desafío trascendente para el ejercicio profesional de los médicos ante sus pacientes, ahora y cada vez más hacia el futuro.

Con la irrupción de la inteligencia artificial generativa parece que se tambalean creencias, valores y prácticas que han dejado de ser habituales. En estudios recientes publicados en revistas indexadas se mostró, por ejemplo, que el 78% de los pacientes calificaron las respuestas de una inteligencia artificial generativa (IA) como más "amables y empáticas" que las respuestas de médicos en foros en línea, o que las IA avanzadas lograron una precisión del 85% en la identificación de emociones en interacciones de atención médica. Estos datos no deberían sorprender si nos preguntamos en qué momento de la formación de los médicos se les enseña a interpretar emociones de sus pacientes o a ser empáticos o amables con ellos. Una posible interpretación de estos datos no significaría que la inteligencia artificial es muy inteligente sino que los médicos no pueden competir con estas habilidades porque no saben cómo.

En los últimos más de diez años, desde 2014, he repetido la misma encuesta a más de dos mil profesionales de la salud de los sectores público y privado en México para identificar si tienen el conocimiento para dar una atención humana a los pacientes deliberadamente. La hipótesis de la que partió este proyecto para el cuál se ha formulado la misma pregunta es que los profesionales de la salud, particularmente los médicos, no saben deliberadamente cómo hacerlo. Ello no significa de ninguna manera que no haya médicos que otorguen atención humana a sus pacientes. La palabra “deliberadamente” es la clave en este caso pues quiere decir que, mientras unos lo hacen sin saber cómo lo hacen, otros tal vez no se dan cuenta de que ni siquiera lo hacen.

A través de la única pregunta que busca identificar acciones explícitas que revelen conocimiento deliberado ha sido posible una y otra vez comprobar la hipótesis: los médicos no saben deliberadamente cómo hacerlo y, entonces, la conducta humana hacia los pacientes se convierte en un hecho azaroso que, finalmente, conduce a que los pacientes puedan sufrir un trato humanamente deficiente, lo cual tampoco es deliberado por parte de médicos que nunca tuvieron la oportunidad de aprender, ni en sus ambientes familiares ni en la escuela, cómo ser humanos con los demás.

El tema no concluye aquí. Los médicos tampoco tienen una clara definición de lo que puede significar “atención humana”. Como parte de este proyecto pregunto a médicas y médicos definiciones de infarto agudo del miocardio o de gastritis, que son definiciones elementales en medicina. Por supuesto, no se duda al responder, las respuestas son rápidas y todas tienden a ser convergentes en consensos obvios. Sin embargo, cuando pregunto cuál es la definición de atención humana, primero se duda, después se cae en respuestas retóricas confusas y largas y, finalmente, tampoco convergen en concreciones pero sí en dispersiones. Esto no debería llamar la atención tampoco. Habría que repetir la pregunta ¿En qué momento de la formación médica se dio una definición de atención humana como se dieron las de infarto agudo del miocardio o gastritis, cuando la atención humana es tan o más elemental que las definiciones de patologías?.

Todavía más, el desafío de nuestros tiempos no es sólo competir, si de eso se tratara, con la inteligencia artificial, o de saber aprovecharla a nuestro favor si supiésemos cómo, sino que el mar de confusiones inunda la claridad de los conceptos en esta materia. Si se buscan definiciones de atención humana en la literatura en español o en inglés se encontrarán términos que sólo incrementan la confusión, tales como empatía, humanismo, compasión, humanitarismo o atención humanizada que aparecen como sinónimos y a los que con frecuencia, además, se les dan interpretaciones individuales. De esta manera, el océano es amplio y profundo.

Por ese motivo, debí proponer una definición que, a través de los años y mediante contrastaciones con médicos, expertos en calidad de la atención médica, otros profesionales y pacientes se fue enriqueciendo y tomó su manifestación actual: “Relación profesional honesta, amable, confiable y respetuosa que crea confianza mutua, reconoce al otro como una persona plena y lo protege de sufrir daños”. La última parte de la definición podría crear sorpresa pues es común pensar que cuando se habla de “atención humana” el término se refiere solamente a la amabilidad con todos los

sinónimos que esta palabra pudiese incluir. Sin embargo, si se atiende a la palabra “respeto” debe ser aceptado que éste incluye la integridad de la persona. En otras palabras, nadie puede ser humano con una persona si, como pudiese ser el caso de los médicos con los pacientes, éstos les causan un daño por negligencia o incompetencia.

A partir de esta definición y un análisis detallado, que rebasa los límites de este espacio, quedaron claros otros conceptos relacionados tales como humanismo, empatía o compasión y evita confusiones entre éstos, pero se hizo evidente la necesidad de operacionalizarla. El riesgo de no hacerlo hubiese sido volver a caer en vaguedades en el momento de intentar otorgar atención humana de manera deliberada. Por ello, propuse establecer un “Código humano” definido como el “Conjunto de acciones explícitas que conducen hacia una atención humana para crear confianza en los pacientes y evitarles daños”. A través, nuevamente, de entrevistas, grupos focales (focus groups) y revisión de la literatura propuse seis acciones concretas. Cada una de ellas con definiciones de por qué, qué y cómo. Después de diez años de investigación y desarrollo se llegó al punto de concretar las deficiones en una estrategia denominada originalmente “Cruzada por una Atención Humana en Salud” que, a partir de diciembre de 2023, ha aterrizado en una “Certificación en Atención Humana en Salud” (CAHUSA), que integra el desarrollo de habilidades individuales del personal de salud y el sustento organizacional de los espacios en los que laboran, indispensable para que esas acciones sean implementadas y continuamente mejoradas.

El enorme desafío para los médicos hoy se deriva, entonces, por una parte del embate tecnológico que ha ido deshumanizando la atención médica paulatinamente, aunque no únicamente debido a la irrupción de la inteligencia artificial; la configuración de los sistemas de salud cada vez más burocrática; y la incapacidad de la educación médica para que, a través de la formación de pregrado, posgrado y educación continua se provea a futuros médicos y médicos ya en el ejercicio profesional de los elementos necesarios para, como señaló Steiner, aprender de nuevo a ser humanos. CAHUSA podría ser una herramienta concreta que contribuya a este rescate de la naturaleza propia de quienes, como humanos, atienden a otros humanos.

Paradójicamente y para concluir, habría que seguir la recomendación de la propia inteligencia artificial en “voz” de Chat GPT: “En un futuro donde la tecnología será cada vez más omnipresente, los médicos que fortalezcan su empatía y cuidado compasivo serán los más valorados, diferenciándose de las máquinas y ofreciendo un enfoque verdaderamente humano en la atención médica”.

El Humanismo y su enseñanza en la medicina

Dr. Ramón Ignacio Esperón Hernández



La medicina contemporánea se encuentra en una intersección paradójica: mientras avanza a pasos agigantados en su capacidad tecnológica y científica, enfrenta una creciente crítica por su aparente deshumanización (Sánchez González, 2017). Esta tensión ha revitalizado el debate sobre el papel del humanismo en la formación de los profesionales de la salud. Lejos de un adorno cultural, la enseñanza del humanismo emerge como un pilar fundamental para formar médicos capaces de prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades y sus secuelas, además de comprender y cuidar a las personas.

Como señala Lifshitz (1997), es crucial distinguir entre lo humano (la naturaleza propia de la persona), lo humanitario (la benevolencia), lo humanista (la cultura y el saber) y lo humanístico (la orientación filosófica), pues la medicina debe aspirar a integrar todas estas dimensiones, desde la importancia de la enseñanza del humanismo en el ejercicio médico, sus corrientes filosóficas, su manifestación en la educación centrada en las personas y la responsabilidad social, para su necesaria expansión hacia una sola salud con una perspectiva planetaria, hasta ahora, y los retos contemporáneos que enfrenta en un mundo tecnificado y cada vez más complejo.

Las Corrientes Filosóficas del Humanismo Médico

El humanismo en medicina no es un concepto monolítico, sino una confluencia de corrientes filosóficas que han evolucionado a lo largo de la historia. En su origen, el humanismo renacentista exaltaba la dignidad del ser humano y su capacidad de elección y realización, considerándolo "el más afortunado de todos los seres" (Sánchez González, 2017, p. 215). Esta visión antropocéntrica sentó las bases para valorar al ser humano como un fin en sí mismo, un principio que sigue siendo central en la ética médica.

Sin embargo, el humanismo moderno trasciende la simple erudición en artes o letras, Tizón (2019) argumenta de manera crítica que el verdadero desafío no es "humanizar" la medicina como si fuera un componente externo que se añade, sino "impedir el reduccionismo que la despoja de su valor humano" (p. 2).

Esta perspectiva aboga por un modelo que integra las técnicas psicológicas y psicosociales como parte esencial de la práctica clínica. En esta línea, De Micheli-Serra (1999) promueve un "humanismo integral" que reconoce una dualidad de materia y espíritu, donde la técnica no es un fin en sí misma, sino un medio al servicio de valores superiores. Este enfoque busca incorporar todos los elementos de la vida contemporánea en una concepción holística de la persona, evitando la "anarquía tecnicizante" y cultivando la ciencia dentro de una cultura filosófica universal. Como extracta González Blasco, et al. (2025), el humanismo que se necesita hoy es uno moderno, "con cara de siglo XXI en las formas, sin omitir la densidad antropológica de fondo" (p. 41).

Por lo tanto, las corrientes filosóficas actuales convergen en una visión del humanismo no como un conjunto de conocimientos aislados, sino como una praxis integradora que reconoce la subjetividad del médico y del paciente, valora la compasión y el entusiasmo como fundamentos de la relación clínica, y exige una formación que equilibre la competencia técnica con una profunda comprensión de la condición humana (Lifshitz, 1997; González Blasco, et al., 2025).

Sin embargo, ¿esto será suficiente?, ¿el médico solo atiende pacientes, o también familias y comunidades?, ¿el médico no participa en el diseño de políticas y sistemas de salud que afectan a miles o millones de individuos?, ¿el médico no investiga datos de cientos o miles de casos, e integra reportes que impactan en miles o millones de personas?, ¿el médico no educa sobre salud a la sociedad?, ¿el médico no forma a los médicos del mañana que atenderán a miles?, ¿el médico reduce su humanismo al encuentro íntimo con el paciente?, sin duda el humanismo debe expresar plenamente en todos los actos del médico.

Educación Médica Centrada en las Personas y la Comunidad

Una manifestación concreta del humanismo médico es la transición de un modelo educativo centrado en el hospital a uno enfocado en la comunidad. Como afirman Katz, et al. (2021), "la atención a la salud centrada en la persona comienza con una educación médica centrada en la comunidad" (p. 116).

Este enfoque exige que la formación médica trascienda para responder a las necesidades reales de la población a la que sirve, prestando especial atención a las cuestiones de justicia social, equidad en salud y diversidad cultural. Ya que el modelo tradicional, derivado del Informe Flexner, que concentra la enseñanza en los hospitales y en una ciencia biomédica reduccionista, ha demostrado ser insuficiente (Abreu-Hernández, et al., 2020) y la pandemia de COVID-19 evidenció la necesidad de formar

profesionales capaces de actuar en múltiples escenarios, incluyendo la atención domiciliaria, la telemedicina y la educación comunitaria.

La responsabilidad de las escuelas de medicina, por ende, es "reconocer que un sistema de salud sólido debe estar basado en un enfoque firme de atención primaria de la salud" dispuesto al cuidado de las personas (Abreu-Hernández, et al., 2020, p. 312).

Este llamado a la acción se alinea con el Marco Mundial de Competencias para la Cobertura Sanitaria Universal de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), que sitúa a las personas y comunidades en el centro del sistema de salud. Dicho marco promueve competencias como la colaboración, la comunicación adaptada a las necesidades culturales y emocionales, y la promoción de la capacidad de acción a nivel individual y comunitario.

La educación centrada en las personas y la comunidad no es solo un cambio de escenario, sino una reorientación que prepara a los médicos del futuro, para ser capaces de abordar las disparidades, y construir colaborativamente e interdisciplinariamente sistemas de salud más justos y relevantes.

Salud Planetaria y Sostenibilidad

Un humanismo integral, que se preocupa por el bienestar humano en todas sus dimensiones (De Micheli-Serra, 1999), no puede ignorar la crisis ecológica que amenaza las bases mismas de la salud global y por ende la supervivencia de las especies, incluida la nuestra. La salud de las comunidades está intrínsecamente ligada a la salud de los ecosistemas que habitan, ignorarlo sería una sentencia.

La inclusión explícita de los determinantes ambientales formaliza el vínculo entre la práctica médica y la sostenibilidad. La responsabilidad social de las escuelas de medicina en la obligación de atender los problemas prioritarios de salud (Abreu-Hernández, et al., 2020), debe incluir la mitigación de los efectos del cambio climático, la contaminación y la pérdida de biodiversidad.

La enseñanza del humanismo médico, por lo tanto, debe fomentar una conciencia de interdependencia no solo entre los seres humanos, sino entre la humanidad y el planeta. Esto implica formar médicos que comprendan las conexiones entre la degradación ambiental y las patologías emergentes, que aboguen por políticas públicas sostenibles y que promuevan prácticas de salud que minimicen el impacto ecológico.

Responsabilidad Social de las Escuelas de Medicina

La responsabilidad social es una piedra angular del humanismo médico, la obligación de las escuelas de medicina de dirigir sus actividades de educación, investigación y servicio hacia los problemas de salud prioritarios de la comunidad (Abreu-Hernández, et al., 2020). Por lo que es necesario pensar en un nuevo modelo que incluya cuatro pilares: previsión de las necesidades de la comunidad, atención interprofesional centrada en las personas, formación integral de las personas en el área de la salud, y una colaboración más estrecha entre instituciones y sociedad.

Este llamado a la acción resuena con la instancia de Katz, et al. (2021) de que la educación médica confronte las tensiones entre la "significación comunitaria" y la "significación privilegiada" (p. 116). Esto significa permitir que la comunidad participe activamente en la definición de las prioridades y el desarrollo de las competencias médicas, mediante su interacción. Una escuela de medicina socialmente responsable, por tanto, es aquella que no solo responde a las necesidades de salud, sino que también trabaja para corregir las injusticias y disparidades sistémicas, generando un impacto positivo en la sociedad que la alberga. Por lo que última instancia, donde haya una escuela de medicina, debe encontrarse una sociedad saludable, ¿o no?.

Retos Éticos, Emocionales y Pedagógicos Contemporáneos

La implementación de un enfoque humanista en la educación médica enfrenta múltiples desafíos en el siglo XXI. Uno de los más prominentes es la integración de la tecnología, fundamentalmente la inteligencia artificial (IA). Si bien la IA ofrece herramientas prometedoras para personalizar el aprendizaje y simular escenarios clínicos, también plantea riesgos significativos como la pérdida de habilidades humanas fundamentales como la empatía, la propagación de desinformación y dilemas sobre la privacidad de los datos. El reto pedagógico consiste en utilizar la IA como un "apoyo, sin reemplazar el juicio médico" (Chávez-Martínez & Ragacini, 2025, p. 4), asegurando que la tecnología complemente, y no suplante, la interacción humana. (Chávez-Martínez & Ragacini, 2025).

Seguidamente, el reto emocional es indistintamente indispensable. Los estudiantes de medicina enfrentan altos niveles de estrés, depresión y agotamiento, lo que puede mermar su capacidad empática y su bienestar (Esperón Hernández, 2018). La formación en competencias emocionales se vuelve indispensable, no como una asignatura aislada, sino como un eje transversal, tal como señalan Maidana Maldonado, et al. (2025), los docentes con alta inteligencia emocional crean ambientes de aprendizaje positivos y motivadores. Además, estrategias lúdicas como el "Tablero de

las Emociones" y la meditación por ejemplo, pueden ser herramientas efectivas para fomentar la autoexpresión y la regulación emocional desde el aula (Mendoza-Espinosa & Domínguez-López, 2025).

Finalmente, el reto ético y pedagógico reside en superar el reduccionismo biomédico. Tizón (2019) advierte contra la simplificación de "añadir" humanidades a un currículo técnico. En su lugar, propone un "cambio copernicano" hacia un modelo que integre de forma transversal las habilidades de comunicación, la empatía y la aproximación biopsicosocial, por citar algunas de las habilidades ahora llamadas esenciales o de poder, de poder generar cambio y transformación social, de poder aportar al desarrollo del bienestar humano, del poder de cuidarnos para cuidar.

Conclusión

La enseñanza del humanismo en la medicina vive un momento crucial. No se trata de un retorno nostálgico al pasado ni de una simple adición de asignaturas de "letras" al currículo, sino de una reestructuración fundamental de la educación médica para responder a las complejidades del siglo XXI.

Para lograrlo, es imperativo abordar los retos contemporáneos de frente: integrar la tecnología de manera ética y crítica, priorizar el bienestar emocional de estudiantes y docentes, adoptar modelos pedagógicos que fomenten la reflexión, la empatía y la compasión. Por lo que, la formación de médicos humanistas requiere un compromiso institucional profundo. Solo así se podrá formar una nueva generación de profesionales de la salud que, armados con la mejor ciencia disponible, nunca olviden que su misión principal es el cuidado de las personas y de sí mismo.

Referencias

Abreu-Hernández, L. F., Valdez-García, J. E., Esperón-Hernández, R. I., & Olivares-Olivares, S. L. (2020). El reto de COVID-19 respecto a la responsabilidad social de las escuelas de medicina: nuevas perspectivas profesionales y humanas. *Gaceta Médica de México*, 156, 311-316.
<https://doi.org/10.24875/GMM.20000306>

Chávez-Martínez, O., & Ragacini, L. A. (2025). Educación médica e inteligencia artificial: perspectivas y desafíos éticos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 63(5), e6736.
<https://www.google.com/search?q=https://doi.org/10.5281/zenodo.16748310>

De Micheli-Serra, A. (1999). Humanismo en medicina. Homenaje a la memoria del maestro Ignacio Chávez en el vigésimo aniversario de su fallecimiento. *Gaceta Médica de México*, 135(5), 523-526.

Esperón Hernández, R. I. (2018). ¿Las Escuelas de Medicina se deben ocupar en las competencias emocionales de sus estudiantes? *Investigación en Educación Médica*, 7(26), 10-12.
<http://dx.doi.org/10.22201/facmed.2007865x.2018.26.02>

González Blasco, P., Rozenfeld Levites, M., De Benedetto, M. A. C., Moreto, G., Morales López, H., & Irigoyen Coria, A. E. (2025). Reflexiones sobre la Pan American Academic Summit 2024: Humanism and Medical Education. *Archivos en Medicina Familiar*, 27(1), 41-43.
<https://www.google.com/search?q=https://doi.org/10.62514/amf.v27i1.119>

Katz, J. D., Rose, E., Poladian, K., & Torralba, K. D. (2021). La Atención a la Salud Centrada en la Persona Comienza con una Educación Médica Centrada en la Comunidad: La educación médica debe responder al llamado de la diversidad. *Medicina Social*, 14(3), 116-120.

Lifshitz, A. (1997). Lo humano, humanístico, humanista y humanitario en medicina. *Gaceta Médica de México*, 133(3), 237-243.

Maidana Maldonado, Y. M., Vargas Vargas, I. M., & Zapana Calderon, H. Y. (s.f.). Inteligencia emocional en la docencia médica universitaria: un estudio sobre las percepciones estudiantiles. *Revista Educación Superior*, 11(2), 57-68. <https://doi.org/10.53287/qpft5439tb85k>

Mendoza-Espinosa, M. A., & Domínguez-López, J. A. (2025). Salud emocional: aspectos fisiológicos y estrategias educativas. *Investigación en Educación Médica*, 14(54), 133-134.
<https://www.google.com/search?q=https://doi.org/10.22201/fm.20075057e.2025.54.24694>

Organización Mundial de la Salud. (2022). Marco mundial de competencias para la cobertura sanitaria universal. OMS.

Sánchez González, M. Á. (2017). El humanismo y la enseñanza de las humanidades médicas. *Educación Médica*, 18(3), 212-218.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2017.03.001>

Tizón, J. L. (2019). Humanismo y medicina. No es "humanidad y humanismo" lo que necesitamos para variar el rumbo de la medicina actual. *Educación Médica*.

Humanismo en la Profesión Médica

Dr. Christian Trigoso Agudo



Marco de Referencia

Hace pocos días atrás perdí a mi padre, había logrado acumular inolvidables noventa y cuatro años y solamente cuando advertí que el trato recibido como paciente era definitivamente vergonzoso pude retomar las palabras de Paulo Coehlo: “Para la sociedad, la vejez es un estigma, y no una señal de sabiduría. Todo el mundo piensa que alguien que ha superado la barrera de los cincuenta, ya no está en condiciones de seguir la velocidad con la que las cosas pasan en el mundo de hoy”⁽¹⁾.

Esta visión considera que los ancianos deberían hacerse a un lado en la senda de la vida ya que perjudican a quienes están muy ocupados en la contienda diaria y que, lastimosamente, lejos de ser personas se empiezan a convertir en problemas.

En la mirada cansada de mi padre pude descubrir una tristeza tan profunda que aún hoy me duele cuando la recuerdo.

Y es que nuestra profesión médica parecería responder sólo a situaciones emergentes de la “téchne” (τέχνη) es decir del conocimiento práctico, el saber hacer, y que abarca tanto el arte como la técnica, la habilidad y el oficio. De esta manera entramos en un territorio peligroso, en el que el maltrato se convierte en el elemento principal. Decía Lain Entralgo que la relación médico-paciente es el encuentro entre dos menesterosos, dos necesitados, uno que quiere curar y otro que quiere que lo curen⁽²⁾. Enfocada esta relación solamente en la necesidad del “curar” obviando el “cuidar”, resulta conflictiva tanto para el médico como para el paciente.

En el Diccionario Panhispánico de Términos Médicos⁽³⁾, la palabra maltrato esta definida como: “Acción lesiva de carácter físico, psíquico, sexual o de cualquier otro tipo que afecta a una persona y, por extensión, también a cualquier ser vivo”. Olvidamos la raíz de la vocación por la cual iniciamos, seguimos y concluimos los estudios médicos y empezamos a ver a nuestros pacientes como la vesícula de la pieza nueve o el apéndice de la pieza catorce, es más empezamos a hacer apuestas

públicas o personales de cuánto habrá de vivir la señora que irremediablemente ingresará en el servicio de terapia intensiva.

Aparejado con el maltrato surge otro problema cuál es el de la violencia que ejercemos, probablemente sin percatarnos, y que se abre camino para alcanzar su máxima instancia cuando ésta se envuelve en actos discriminatorios inclusive. El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española la define, entre otras acepciones, como: “Acción injusta con la que se ofende o perjudica a alguien”⁽⁴⁾.

A partir de esta maligna simbiosis, las condiciones están dadas para que en un acto de deshumanización nuestra práctica médica y más aún nuestro comportamiento, no se conviertan en el acto más ético y hermoso de entrega a los demás, es decir en una entelequia humana difícil de alcanzar⁽⁵⁾.

Desaparece el concepto de enfermo de Miguel de Unamuno: “Un ser humano de carne y hueso que sufre, piensa, ama y sueña”⁽⁶⁾. Esta deshumanización termina llevando al agotamiento, al desánimo, al cinismo, falta de eficacia en el trabajo y a la desesperanza; estableciéndose así el mal de crónico del desgaste profesional que tanto daño causa en quienes trabajan fundamentalmente en el área de la salud.

Propuesta

La propuesta es sencilla y a la vez compleja, radica en añadir al paradigma de nuestra medicina, el precioso acto de escuchar⁽⁷⁾, es decir, añadir a la evidencia que es el resultado de la disquisición para llegar al diagnóstico desde la perspectiva de la biología, aquello que nos distingue como Homo sapiens, o sea el establecer un puente de comunicación con el paciente desde la biografía de la persona; no del órgano afectado o del síntoma, sino desde la vasta percepción del ser humano. Y decía que es simple y a la vez compleja pues significa despojarnos del endiosamiento que a veces nos inunda cuando la verborrea de los términos médicos confunde al paciente o cuando el manejo de tecnología avanzada pareciera ser el fin último de nuestra práctica médica. Significa asumir la humildad como herramienta fundamental a la par que la enorme capacidad de escuchar y empatizar con el paciente-persona.

Se necesita inquirir en los sentimientos antes que en un listado de signos y síntomas. Se necesita llegar a la persona y no a la patología, se necesita escuchar antes que interrogar, se necesita estrechar la mano de quien sufre y hacerle sentir ser humano atendido por otro ser humano.

Y es simple porque, sin entrar en un ánimo reduccionista, si consideramos el origen de la medicina, ésta se convirtió en la respuesta, aún sin

medicamentos ni procedimientos quirúrgicos sofisticados, al dolor del paciente. Todavía está latente en mi memoria aquel tiempo en el que visitábamos al médico de cabecera, al médico que en realidad era el amigo de la casa, el que sabía no sólo de nuestras dolencias sino fundamentalmente de los problemas que teníamos y de las preocupaciones que nos embargaban. Con sólo escuchar su voz, el hijo que hasta hace unos momentos se quejaba de dolor, ahora parecía que enrababa en trance y el dolor empezaba a desaparecer, por otra parte, la serenidad que nos transmitía con sólo “escucharnos” y la esperanza que parecía renacer cuando abrazándonos nos decía que todo tenía solución y que debíamos tener paciencia y fe.

Todavía sigo pensando... ¿Cómo lo hicieron antes?, cuando no había antibióticos, ni antiinflamatorios, ni analgésicos, ni expectorantes o antialérgicos; creo que el sólo hecho de acompañar y escuchar, tomar la mano del paciente o envolverlo en la tibieza de una mirada cariñosa eran suficientes para provocar efectos terapéuticos, y estoy consciente de que no siempre triunfaban pero también estoy consciente de que el agradecimiento era la moneda corriente que usaban pacientes y familiares para corresponder, aunque todo saliera mal.

En conclusión, y volviendo a las fuentes, uno de los aforismos de Hipócrates lo revela con claridad meridiana: “Muchos enfermos se curan solamente con la satisfacción de un médico que los escucha”⁽⁷⁾.

Posicionamiento

“Al leer en nuestra conciencia, quedamos un poco aturcidos. El yo, no obstante las traiciones y eclipses de la memoria, sigue considerándose como eje de nuestra vida interior y exterior, a despecho de un cuerpo decrepito que nos sigue jadeante y como a remolque en nuestras andanzas fisiológicas e intelectuales”⁽⁸⁾.

Todavía estamos a tiempo para inculcar todo esto en nuestros jóvenes estudiantes de medicina, todavía estamos a tiempo para demostrar que no estamos en contra del adelanto tecnológico y menos científico, somos parte de estos adelantos en la medida que nos aportan más opciones para poder salvar vidas, pero también es necesario entender de que lo único que debemos *sentipensar* es que cuando nos corresponda ser pacientes o tengamos un familiar en situación crítica, quien le atienda no vea solamente un paciente sino que recuerde que es un ser humano, que sufre, que llora, que ama, que cree, que duda, que suplica por conservar algo de la dignidad con la cual transitó por la vida.

Todavía estamos a tiempo para redimir nuestra profesión y volverla a poner al servicio de la humanidad, al servicio de nuestras propias concien-

cias y al servicio del otro. Cuando me reflejo en el otro encuentro mi propia imagen, cuando escucho al otro me escucho finalmente, cuando siento al otro recién empiezo a sentirme yo.

Soy el resultado evolutivo de un proceso de cooperación y empatía, no solamente de un conflicto de competición. Soy el resultado del amor entre dos seres humanos. Soy el resultado de la inspiración de maestros que estuvieron antes que yo y a quienes intenté seguir. Soy el resultado de mis años prolongados por la llegada de los ansiados hijos y por el sentimiento acompañado de mi esposa. Vengo del amor, camino por él y voy finalmente a él. ¿Por qué no puedo recubrir mi desnudez imperfecta con la piel - heredada de miles de años - de tibieza del humanismo en cada uno de mis actos?

Finalmente, siempre seguiré parafraseando a Charles Dickens cuando nos deleitaba con su frase: *“La verdadera grandeza consiste en hacer que todos se sientan grandes”*.

Buscando el bienestar de los demás, buscando escucharlos, buscando servir, buscando ser útil, buscando centrar en la persona - como sujeto y no como objeto - la finalidad de mi práctica y mis desvelos médicos.

Tempus hiernum australe.

Referencias

- 1) Paulo Coelho. El vencedor está solo. Buenos Aires: Planeta; 2009.
- 2) Lain Entralgo: “La relación médico-enfermo”. Acento, Madrid, 1990
- 3) Diccionario panhispánico de términos médicos. RANME. 2023.
- 4) Diccionario de la lengua española, 23.^a ed., [versión 23.8 en línea]. <<https://dle.rae.es>> [29/07/2025].
- 5) De La Gálvez Murillo A. Aspectos éticos de la violencia y el maltrato en establecimientos de salud. En: Comité Nacional de Bioética. Boletín Nº 20. La Paz; 2025:4-9.
- 6) Unamuno M de: “El sentido trágico de la vida”. Espasa-Calpe, Madrid, 1961.
- 7) Maglio F. El “escuchatorio” en la relación médico-paciente. INTRAMED. 2012. <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=74516>.
- 8) Ramón y Cajal, Santiago. El mundo visto a los ochenta años: Impresiones de un arteriosclerótico. Tipografía Artística, 1934.

Evolución del concepto ético en medicina

Dr. Gustavo Adolfo Landazábal Bernal



“No puedo enseñar nada a nadie, solo puedo hacerles pensar”

Sócrates.

Marco de referencia

La evolución del concepto ético en medicina se inscribe dentro del desarrollo histórico, filosófico y biológico del ser humano. Desde el inicio del ser humano (*homo sapiens*) se interpretó lo que está bien y lo que está mal. Factores que han aparecido en los seres humanos por evolución biológica, les permiten alcanzar el concepto ético. Entre estos tenemos: a- La capacidad de prever las consecuencias de sus propias acciones, implica la posibilidad de imaginar el futuro. Desde el punto de vista evolutivo se relaciona con la evolución a la marcha bípeda que permitió a las extremidades superiores construir objetos o herramientas para la caza, pesca u otros menesteres que aseguraban la alimentación y la supervivencia humana. b-La capacidad de formular juicios de valor sobre las acciones, ejemplo: ayudar a un amigo es bueno, robar es malo, depende de la capacidad de abstracción. c-La capacidad de elegir entre modos alternativos de acción y la elección de determinadas opciones en función de las consecuencias esperadas de antemano. Todo esto favorecido por la selección natural, permitió el aumento de estas capacidades intelectuales, lo cual ocurrió lentamente en el transcurso de 3 – 4 millones de años.

En el año 1750 a. c. el Código de Hammurabi en Mesopotamia que consta de 282 leyes inscritas en una piedra cilíndrica de 2,4 mts. de altura, colocada en lugar público que pudiera ser visualizada por todos, estas leyes dictan los principios morales, los derechos y obligaciones de los médicos y la sociedad. En el antiguo Egipto, en la sabiduría de Amenemope del siglo XII a. c. que consta de 30 capítulos en los cuales se dan consejos de integridad, honradez, autodomínio, amabilidad, ejemplo: se considera que se debe pensar y actuar correctamente sin esperar recompensas. Como podemos ver en los escritos más antiguos se resalta el interés y la importancia que se tenía de conceptos que posteriormente se involucran dentro de los principios de ética y moral, que además

definían las relaciones y responsabilidades de los médicos de la época con sus pacientes.

Posteriormente en la Grecia Clásica (500 a. c. al 323 a. c.) los grandes filósofos iniciando con Sócrates (468 – 399 a. c.) a quien se le atribuyen la primera teorización de los conceptos éticos y morales sobre lo bueno y la virtud, conceptos que él no plasmó en escritos y solo se conocen por la redacción de sus discípulos especialmente Platón (428 – 347 a. c.) y Aristóteles (384 – 322 a. c.). Para esta escuela clásica el máximo nivel del desarrollo humano es la virtud que implica el más alto nivel de la sabiduría en cualquier área y este nivel es el que permite alcanzar la felicidad al lograr el mejor servicio a la comunidad.

En la medida en que avanza la civilización el desarrollo científico lleva a la realización de diferentes tipos de investigaciones que en muchas oportunidades rompieron los principios éticos en su afán de lograr descubrir la causa y la evolución de diferentes patologías, son muchos los ejemplos entre ellos están:

Giuseppe Samarillo (1897) Higienista y bacteriólogo italiano radicado en Montevideo quien postuló que la fiebre amarilla estaba producida por un bacilo que él manifestaba haber descubierto y para probarlo inyectó sin consentimiento, cultivos del supuesto bacilo a cinco individuos internados por otras causas, tres de los cuales murieron por este propósito.

Albert Neisser (1898) quien vivía en lo que en aquella época correspondía a Prusia, buscando un método para prevenir la sífilis, inyecta suero libre de células de pacientes con sífilis a pacientes hospitalizados por otra enfermedad, algunas personas adquirieron la enfermedad, lo que desencadenó debates públicos concluyendo que la validez científica de un experimento no mitigaba el daño causado, además los derechos y la moralidad tenían la misma importancia para el género humano que el progreso científico.

Otros ejemplos: Hallervorden (Alemania 1939) con el análisis de los tejidos cerebrales de víctimas del Holocausto Nazi sin importar de donde provenían los tejidos por estudiar. El imperio japonés (1937 – 1945) en la guerra de la Manchuria con China, donde se realizaron experimentos médicos con miles de víctimas, provocando heridas de bala en prisioneros para el entrenamiento de cirujanos del ejército o estudios de fisiología exponiendo a bajas temperaturas, incluso a bebés, para verificar la respuesta de los tejidos a estos cambios que en ocasiones producían necrosis de los tejidos.

Los estudios en Tuskegee (Alabama 1932 – 1972) y Guatemala (1946 – 1948) en relación con la sífilis, contaminando personas, sin administrar el

tratamiento ya conocido, solo para observar la evolución de la enfermedad. En el asilo de Willowbrook (New York 1963 – 1966) donde se infectó con los virus de la hepatitis a niños con neuro discapacidad, permitiendo diferenciar la hepatitis A y la hepatitis B, pero con las posibles consecuencias que conlleva para estos niños el adquirir estas infecciones. Estudios del Ejército norteamericano en soldados, investigando agentes psicotrópicos sin que fueran suficientemente informados.

En el siglo XX, la investigación del Psicólogo Stanley Milgram (1933 – 1984) demostró sobre la obediencia que hasta un 75% de las personas cumplen ordenes que pueden comprometer principios éticos cuando provienen de una persona con autoridad, hallazgo que tiene mucha importancia en grupos de investigación.

Propuesta

Todos estos experimentos poco éticos realizados en diferentes partes del mundo motivaron la creación de normas internacionales como: el Código de Núremberg, la Declaración de Helsinki y el Reporte Belmont, pilares de la bioética actual que permiten regular la investigación como actividad científica y establecen las normas para su implementación no solo del investigador principal, sino de todos aquellos que participen en las investigaciones.

Son muchas por no decir todas las actividades de la salud las que requieren establecer si estamos cumpliendo con el componente ético con relación con la atención de los pacientes. Ejemplos: La aplicación del consentimiento informado, dando el tiempo y la explicación suficiente de su contenido al paciente que se enfrenta temeroso a un procedimiento. En la docencia definir claramente la supervisión indicada para cada nivel del aprendizaje, logrando la independencia en el actuar solo cuando la capacitación y experticia logran el nivel adecuado. Dar el tiempo necesario a las nuevas tecnologías y a los productos farmacológicos, para que decanten su real potencial antes de incluirlos en el ejercicio profesional diario, logrando un adecuado control del gasto con el mejor beneficio para la población atendida.

Posicionamiento

En la década de 1970 se destacó la importancia que planteaba la autonomía de los pacientes y la gestión del propio cuerpo, por lo que se consagró la doctrina del consentimiento informado y se iniciaron las primeras declaraciones de los derechos de los enfermos.

En la década de 1980 se destaca la problemática desencadenada por la falta de equidad y se profundiza en el derecho a la asistencia sanitaria, destacando el concepto del llamado “mínimo decente”.

En la década de 1990 toma importancia el gasto económico que crece exponencialmente en los servicios de sanidad, requiriendo plantear la justicia distributiva de los recursos en un presupuesto limitado, buscando armonizar la justicia con la eficiencia, dando importancia a las prioridades y al análisis individual de los casos médicos. Al final de esta década se destaca el concepto de “Atención Primaria de la Salud” donde la asistencia sanitaria no es el único determinante de la salud, entran a tomarse en cuenta las políticas económicas y sociales aplicadas a la comunidad.

En el siglo XXI, debates sobre experimentación animal, eutanasia, aborto, embarazo subrogado, internet en la educación médica, la inteligencia artificial aplicada en los estudios diagnósticos y en la atención sanitaria, el transhumanismo, etc., requieren reinterpretar principios éticos universales: beneficencia, autonomía, justicia, no maleficencia e integralidad para su aplicación en la docencia y la atención médica.

Medicina centrada en la persona

Dr. Álvaro Rodríguez Gama



La medicina, en el mundo, está sufriendo múltiples transformaciones. Existen 3 475 escuelas de medicina y 12 700 000 médicos, al igual que consultorios, hospitales, clínicas, médicos y universidades en la mayoría de los países del planeta. Ahora bien, aunque durante mucho tiempo la relación médico-paciente ostentó un valor profesional y humano significativo, y en esa medida gozó de gran trascendencia y utilidad, la situación es distinta hoy. En contraposición a lo anterior, están apareciendo situaciones de deshumanización en el ejercicio médico.

Las causas de este problema son múltiples. La primera que comentaremos yace en el cambio tecnológico.

Mientras que antaño existían muy pocas herramientas y aparatos al servicio de la salud de las personas, en la actualidad hay más de 10 000 de estos elementos. Sin duda alguna, la disponibilidad y masificación de estos dispositivos ha traído consigo una mejora ostensible en los diagnósticos y tratamientos médicos, pero también ha acarreado impactos negativos. Entre estos, se destaca la disminución progresiva del trato personal con los enfermos, situación que se traduce en una deshumanización de la práctica médica. Al respecto, es común que en los países donde se encuesta y evalúa la calidad de los servicios médicos se presenten quejas de pacientes sobre el rol y la conducta de dichos profesionales, tal como la siguiente: «El doctor no me prestó atención, no me miró, no me tocó, no me examinó, no respondió mis preguntas, se la pasó frente a la pantalla del computador escribiendo».

A lo anterior, se suma la progresiva e inexorable comercialización de la medicina. Hay un encarecimiento universal de los costos de la atención médica a los pacientes, que, involuntariamente, se han tornado en clientes de entidades con motivaciones puramente financieras, y son muchos los enfermos —y sus familias— que se someten a quiebras económicas, personales y familiares con el afán de ser atendidos.

La tercera de las causas de la mencionada deshumanización en el trato al paciente radica en la inmensa cantidad de algoritmos, guías y protocolos que se deben cumplir a rajatabla, sin establecerse diferencias en relación con las circunstancias particulares de cada persona. Contribuye a esto el hecho de que el lenguaje de la medicina se ha tornado cada vez más complejo e incomprensible, saturándose de siglas, abreviaturas, acrónimos, epónimos, topónimos, fórmulas médicas y matemáticas y palabras especializadas de difusión restringida y oscura, circunstancia que configura una Torre de Babel tanto para los profesionales de la salud como para los pacientes, sus allegados y la sociedad en general.

Causas adicionales a las citadas pueden hallarse en otros fenómenos, entre los que cabe mencionar los siguientes:

- La atención al bienestar de los profesionales de la salud parece soslayarse hoy, lo que compone una extraña paradoja: quienes cuidan de manera sobresaliente la salud de otros muestran, al mismo tiempo, poco interés por cuidar su propia salud.
- La educación médica ha descuidado aspectos fundamentales, tales como: la enseñanza de la comunicación terapéutica, el ejercicio de la ética médica, la utilización racional de la tecnología, los costos reales del ejercicio médico y el cuidado de la salud del personal médico, entre otros temas básicos.
- La tremenda fragmentación del conocimiento médico —existen más de 140 especialidades y subespecialidades— hace que el enfermo deba «peregrinar» por la atención que brindan los diferentes expertos, y esto hace que en numerosas ocasiones no exista atención integral biopsicosocial para quien la necesita.
- En muchos servicios médicos no hay suficiente tiempo para escuchar las preocupaciones, incertidumbres y preguntas de los familiares de la persona enferma.
- El progreso impresionante de la industria farmacéutica ha hecho creer a todas las poblaciones que la única terapia médica es la administración de medicamentos. Esto ha traído consigo una disminución en el uso e importancia de otras formas terapéuticas, al tiempo que ha encarecido los costos de la atención médica.
- La asombrosa cantidad de publicaciones referidas al tema de la atención médica ha propiciado la aparición de conceptos y procedimientos de insuficiente sustentación científica, cuya aplicación trae riesgos innecesarios para los pacientes.

Ante el panorama descrito ha surgido un importante movimiento médico internacional que busca rescatar la importancia de la medicina centrada en la persona. En este propósito, resulta imperativo que las esferas pública y privada aúnen voluntades y esfuerzos para luchar en pro de la humanización de la atención médica en busca del bienestar de los pacientes, de los profesionales de la salud y de la comunidad en general.

Relación de la Industria Farmacéutica con el cuerpo médico: ¿en qué lugar nos encontramos cada uno de nosotros?

Dr. Ricardo Millán González



Introducción

Existe una amplia evidencia científica que sustenta la influencia que ejercen las compañías farmacéuticas en los patrones de prescripción del cuerpo médico.¹ Esto usualmente se logra a través de la visita que realizan los representantes médicos con la entrega de muestras de fármacos o mediante los patrocinios a actividades de educación médica mediante cenas o asistencia a congresos.² Los gastos de mercadeo de medicamentos son significativamente mayores al rubro de investigación y desarrollo.³ Existe también evidencia de que la interacción entre el cuerpo médico y la industria farmacéutica se asocia con un aumento inadecuado en la prescripción y un descenso en la calidad de la misma, así como un aumento en los costos.⁴ Es evidente, si no existiera un negocio de fondo no se invertirían billones de dólares en estas actividades.

El objetivo del presente escrito es facilitar un ejercicio introspectivo para cada miembro del personal médico, con la intención de que cada quién identifique la relación que mantiene con la industria farmacéutica y si sus patrones de prescripción podrían estarse viendo influenciados por estas estrategias y en qué medida. Se espera que con esta acción el clínico pueda definir el lugar donde desea ubicarse con respecto a su relación con las compañías farmacéuticas.

Espectro de la relación entre el Cuerpo Médico y la Industria Farmacéutica

Existe una posición, consciente o no, que define cómo cada miembro del cuerpo médico se relaciona con la industria farmacéutica. La misma podría estar determinada por la educación médica y el entrenamiento recibido al respecto,⁵ la historia de vida personal, la ética y los valores—y el consecuente grado de conflicto interno generado—, el rol de los mentores y el tipo de vinculación y retribución recibida de la industria,^{1,2} así como por la normalización de este tipo de relaciones—es usual que existan y por lo tanto serían consideradas como aceptables. Es posible que a más cercanía con la industria exista mayor probabilidad de que se sesgue el acto de la prescripción.²

En la figura 1 se expone el espectro de la relación del cuerpo médico con la industria farmacéutica. Uno de los extremos se define por la total ausencia de relación con las compañías farmacéuticas (lo que no necesariamente significa que deje de existir influencia sobre el hábito prescriptivo, aunque se asume que esta sería mínima), en donde no se recibe visita médica, no se tiene acceso a muestras médicas, no se cuenta con patrocinios para actividades de “educación médica”, congresos u otros. En el medio costarricense es usual que las personas cercanas a este grupo laboren en la seguridad social y no ejerzan la práctica privada de la medicina.

En el otro lado del espectro se encuentran profesionales con los que existe un vínculo económico regular o de cantidades significativas de dinero, de modo que se pueden identificar dos posibles escenarios. El primero consta de médicos a los que la industria misma ha definido como “líderes de opinión”, por lo que usualmente son considerados como conferencistas tanto en congresos organizados por asociaciones médicas como en simposios o encerronas promovidos por la propia industria farmacéutica;² o bien, se constituye por personas que reciben becas de investigación por parte de estas mismas compañías. Es deseable que estos profesionales tanto en sus presentaciones como en sus publicaciones médicas expongan una declaración detallada de sus conflictos de interés, tanto a nivel económico como intelectual.⁶

El segundo grupo se identifica por personas que aceptan de forma regular regalías que pueden ir desde utensilios para el consultorio, cupones de descuento para distintas actividades, hasta viajes de placer, a cambio de patrones de prescripción específicos. En este extremo es donde resulta más fácil identificar el grave irrespeto a las normas éticas de la profesión.

Siguiendo una secuencia propia de la curva de distribución normal, es posible que la mayoría del cuerpo médico se encuentre en un punto intermedio, en donde hay invitaciones a diversos eventos que ocasionalmente se aceptan. Este grupo en particular podría ser el menos consciente de la influencia que la industria farmacéutica ejerce sobre sus patrones de prescripción, en buena medida porque asume que está libre de dilemas éticos. En este escenario es usual que se replique un discurso que contiene un mensaje similar al siguiente: “yo acepto los patrocinios, pero yo defino lo que es ético y no porque me inviten a un viaje cambian mi forma de prescribir medicamentos”, o “yo fui al congreso y sigo sin prescribir el medicamento que me patrocinó”. Es como si le mensaje fuera “eso le ocurre a otros, pero a mí no”, a pesar de que la evidencia científica y la sostenibilidad del negocio puedan decir lo contrario.

Vale la pena analizar una serie de intangibles que están implícitos dentro de estas posiciones, porque es viable que la motivación para participar en

estas actividades no parta exclusivamente del interés académico. Por ejemplo, se asocia con una sensación de prestigio el ser reconocido por una compañía para exponer en un congreso o simposio, ser reconocido como “líder de opinión” o incluso formar parte de una delegación que viaja al extranjero a un evento en particular, lo que con frecuencia es incluso expuesto en las redes sociales personales. Es usual que en los encuentros de camaradería entre colegas se escuchen expresiones como “¿vos también vas a ir al congreso en Madrid?” (por citar tan solo una posibilidad), delimitando los que están adentro de los que están afuera de un determinado círculo que se asume que es prestigioso. Es, a fin de cuentas, como si el posicionamiento profesional estuviera definido por las decisiones del personal administrativo de la industria –lo que está directamente relacionado con el número de recetas generadas–, y como si aquello equivaliera a un desempeño sobresaliente a nivel clínico o académico. Conviene recordar que la cultura médica promueve la competencia y comparación constante entre colegas,⁸ y que estas serían oportunidades en que inconscientemente el personal médico podría intentar la reafirmación de su buen desempeño con algo objetivable: ser o no invitado a un determinado evento, pertenecer o no a un grupo –que se presupone que es selecto.

También es posible que inconscientemente se prefiera no analizar con detalle estas dinámicas, como parte de un mecanismo de exposición selectiva (a personas que piensan de forma similar, como quienes participan en estos eventos) o que exista un sesgo de confirmación (se descarta cualquier comentario o exposición a información que es disonante con la propia posición); estas serían formas de lidiar con la disonancia cognitiva.⁹ Esto permitiría no confrontarse con el conflicto interno, el cual se resuelve de una forma superficial con argumentos como los mencionados anteriormente. Adicionalmente, existen otros beneficios tangibles: se viaja, se conocen lugares y se comparte con colegas de forma gratuita o con mínimos gastos.

Uno de los ejercicios introspectivos y de generación de consciencia que propone la organización no gubernamental chilena Médicos Sin Marca¹⁰ es hacerle la siguiente pregunta a personas que no están en el ámbito médico: ¿qué opinaría usted si se entera que su médico tratante fue patrocinado para asistir a un evento médico por la compañía que distribuye el medicamento que este profesional le prescribió? Implementar esta dinámica, si bien incómoda, podría ayudar a conocer otros puntos de vista que resulten enriquecedores para la propia práctica profesional.

Cada médico sustenta su práctica en el estudio a profundidad de los temas que suele atender diariamente. Sería impensable que, por ejemplo, un

médico psiquiatra desconociera sobre la clínica y los tratamientos de la depresión. Consecuentemente, en un escenario que plantea dilemas diarios con repercusiones directas sobre el ejercicio de la medicina, es deseable que la posición que cada profesional desee desempeñar sea un acto consciente, estudiado e informado. Se ha demostrado que el entrenamiento sobre estos temas puede promover patrones de prescripción más objetivos,⁵ con el consiguiente beneficio directo para los pacientes, que es el principio fundamental de la profesión.

Otras oportunidades que brindan la toma de consciencia sobre este tema son: independencia de criterio prescriptivo y en la decisión de cuáles áreas son las que se desean estudiar (no se delega la elección de la temática a los gerentes de la compañía), aprendizaje de aspectos poco promovidos por la industria farmacéutica, adquisición de conocimiento en técnicas o tratamientos no farmacológicos para diversas condiciones médicas, la gratificación por no sentirse parte de un negocio que ha sido severamente cuestionado,¹ la pertenencia a otros grupos en donde existe una menor posibilidad de sesgo, y la expresión libre de restricciones de la posición personal en eventos médicos y espacios sociales con colegas.

Conclusiones

La relación entre el cuerpo médico y la industria farmacéutica se puede identificar por un espectro que va desde la ausencia de lazos hasta los graves conflictos éticos que influyen los hábitos prescriptivos. En medio, quizás donde se encuentra la mayoría del personal médico, se identifican una serie de dilemas que suelen ser poco estudiados y trabajados por parte de los mismos profesionales.

A pesar de que siempre existen conflictos de interés, es deseable que la posición en que cada miembro del cuerpo médico desee ubicarse sea definida en atención a una decisión consciente, estudiada, introspectiva, empática, que identifique las motivaciones reales de fondo, y que guíe una toma informada de decisiones para generar hábitos prescriptivos sanos y objetivos.

Declaración de conflictos de interés: el autor del escrito no participa ni es expositor en actividades educativas directamente organizadas la industria farmacéutica ni tiene vínculos comerciales de algún tipo.

Bibliografía

1. Angell M. The truth about the drug companies: how they deceive us and what to do about it. New York: Random House; 2004.
2. Fugh-Berman A, Homedes N. How drug companies manipulate prescribing behavior. Colombian Journal of Anesthesiology. 2018;46:317-321.

3. Gagnon MA, Lexchin J: The cost of pushing pills: a new estimate of pharmaceutical promotion expenditures in the United States. *PLoS Med* 2008, 5(1):e1. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050001> PMID: 18177202.
4. Brax H, Fadlallah R, Al-Khaled L, Kahale LA, Nas H, El-Jardali F, Akl EA. Association between physicians' interaction with pharmaceutical companies and their clinical practices: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2017 Apr 13;12(4):e0175493. doi: 10.1371/journal.pone.0175493. PMID: 28406971; PMCID: PMC5391068.
5. Farah S, Bilszta JL. Teaching medical students how to interact with the pharmaceutical industry: A scoping review. *GMS J Med Educ*. 2022 Nov 15;39(5):Doc57. doi: 10.3205/zma001578. PMID: 36540557; PMCID: PMC9733477.
6. El conflicto de intereses en la profesión médica: omnipresente e inevitable. *Acta méd. costarric*. [Internet]. 2023 Sep. 29 [cited 2025 Aug. 2];65(3):1-4. Available from: https://actamedica.medicos.cr/index.php/Acta_Medica/article/view/1307
7. Wallacea JE, Lemaireb J. Physician well being and quality of patient care: An exploratory study of the missing link. *Psychology, Health & Medicine* 2009; Vol. 14, No. 5, 545–552.
8. Bohman B, et al. Physician Well-Being: The Reciprocity of Practice Efficiency, Culture of Wellness, and Personal Resilience. *NEJM Catalyst* August 7, 2017.
9. Cognitive Dissonance Theory: Navigating Conflicting Attitudes in Media Consumption. Journalism University, 1 de diciembre de 2023. Accesado el 3 de agosto de 2025 en: https://journalism.university/media-and-communication-theories/cognitive-dissonance-theory-media-attitudes/?utm_source=chatgpt.com
10. Médicos sin marca. Accesado el 3 de agosto de 2025 en: <https://medicossinmarca.cl/>

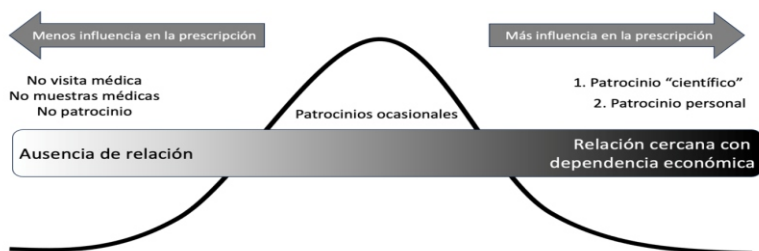


Figura 1. Espectro de la relación del cuerpo médico con la industria farmacéutica. Se representan los extremos, así como el punto intermedio que podría ser mayoritario siguiendo una curva de distribución normal.

Fármacos, genética y bioética: La Declaración de Mérida

Dr. Enrique Terán



Marco de referencia

Con motivo de la realización del “5th Working Group Meeting on Clinical Research in Resource-limited Settings” de la CIOMS (Consejo Internacional de Organizaciones de Ciencias Médicas), que analiza la Investigación clínica en situaciones de nivel económico bajo-medio, el 8 de septiembre del 2019 en la ciudad Mérida, España, la Red Iberoamericana de Farmacogenética y Farmacogenómica (RIBEF) llevó a cabo un simposio con el objetivo de sensibilizar a dicho comité sobre la problemática de la investigación científica sobre medicamentos en poblaciones autóctonas de América Latina.

Como antecedentes, en el año 2006 como un proyecto del Programa Iberoamericano de Ciencia y Tecnología (CYTED), se crea la **Red Iberoamericana de Farmacogenética y Farmacogenómica (RIBEF)**, conformado por 13 grupos de investigación de Iberoamérica, con el objetivo principal de estudiar su impacto en Salud Pública.

En septiembre del 2008 un grupo de científicos, profesionales de la salud y de la cooperación, reunidos por la Red RIBEF, proclamaron la “Declaración de Cartagena de Indias”, reclamando la necesidad de realizar estudios científicos sobre medicamentos en poblaciones autóctonas de América Latina, para aumentar la eficacia y seguridad del uso de estos. Para ello, se recomienda la incorporación de la Farmacogenética como componente del desarrollo de Estrategias de Farmacovigilancia y Ensayos Clínicos.

En consonancia con esa Declaración, la Red RIBEF con el apoyo de la Agencia Extremeña de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AEXCID) creó un consorcio de 14 grupos de Investigación, llamado CEIBA, para desarrollar el proyecto MESTIFAR que hasta la fecha es el mayor estudio farmacogenético sobre poblaciones autóctonas y mestizas de América Latina (Naranjo y cols., 2018). El estudio MESTIFAR demostró la variabilidad de polimorfismos genéticos relacionados con respuesta a fármacos en estas poblaciones y fueron presentados en la SEGIB el 14 de febrero de 2017.

Posteriormente, con estudios de ancestría molecular (Rodríguez-Soares et al., 2019) se ha corroborado la hipótesis formulada en 2006 por la Red y su consorcio CEIBA de estudio de poblaciones: el componente étnico (poblacional) se relaciona con la presencia de polimorfismos genéticos de relevancia en la respuesta a fármacos. Por tanto, *es necesaria la adaptación en pautas y dosis de los medicamentos a estas poblaciones, para aumentar su eficacia y seguridad; el componente diferencial debe incluirse en las pautas de uso de medicamentos en estas poblaciones.*

Como continuación de estos proyectos se ha realizado IBEROFEN (estudio geno/fenotipo) para la propuesta de una metodología específica adaptada a las poblaciones autóctonas, de tal manera que estas puedan beneficiarse del avance biotecnológico. En estos momentos, se ejecuta el proyecto PATLI en el que se promueve la implementación clínica en pacientes (diabéticos y salud mental) y la promoción del marco regulatorio.

Propuesta

La presente Declaración contiene tres principios con el objetivo de sensibilizar sobre la problemática de la investigación científica sobre medicamentos en estas poblaciones.

1. **Variables biológicas poblacionales.** La variabilidad farmacogenética poblacional (ligada a la ancestralidad), como factor determinante de la respuesta a medicamentos y de la salud, debería ser considerada en el proceso de investigación e implementación clínica. En este sentido, la RIBEF, ha desarrollado desde 2006, una serie de proyectos que ha demostrado la existencia de una variabilidad en la respuesta a medicamentos en poblaciones originarias de América.
2. Otro aspecto por considerar es el **contexto socio-cultural de los pacientes**, relacionado con las creencias, los valores, la estructura social y familiar, la lengua, los hábitos, etc. Especialmente relevante es la cada vez más común coexistencia de la salud entendida según la visión occidental (alopática) con prácticas de medicina tradicional. En este entorno, en muchos casos la medicina tradicional es considerada más efectiva, menos costosa y más accesible, por lo que se utiliza frecuentemente, también de manera simultánea sin conocimiento de los profesionales sanitarios. Consecuentemente, sería de gran utilidad evaluar este factor en el diseño y análisis de Ensayos Clínicos, e incluir el conocimiento de la Medicina Tradicional en la educación sanitaria con el fin de aumentar la eficacia de la prescripción en general y de la investigación clínica con medicamentos en particular.
3. **Educación en valores de los profesionales sanitarios y equipos de investigación clínica.** Por todo lo anterior, en el proceso educativo del

personal sanitario y los investigadores clínicos, deberían incluirse el desarrollo de habilidades y actitudes que les permitan abordar estudios en estos contextos socioculturales complejos, donde conviven la medicina tradicional con la alopática. De los componentes básicos del proceso educativo, la formación en actitudes suele estar menos desarrollada respecto de la adquisición de conocimientos y habilidades en los programas en ciencias de la salud en general, y en la formación en investigación clínica en particular. La formación en valores universales relacionados con actitudes sostenibles que promuevan el compromiso, la responsabilidad, apertura, armonía, calidad de vida, empatía, comunicación, asertividad, cooperación, y reconocimiento de las emociones y otras características personales de los clínicos e investigadores, es imprescindible para aumentar la calidad de la investigación clínica en general y en poblaciones vulnerables en particular.

Los ejes de esta propuesta, para la mejora de la Investigación clínica en poblaciones vulnerables, fundamento de la Declaración de Mérida, son:

- a) mejorar la formación del componente humano del equipo investigador, específicamente en valores y actitudes;
- b) considerar el entorno sociocultural donde se realiza la investigación (la lengua, su coincidencia con otras terapéuticas ancestrales, el ayurveda en la India, la medicina autóctona-chamanes, yerberos y otros en América Latina);
- c) incluir los biomarcadores farmacogenéticos poblacionales como factores determinantes de la Investigación clínica y de los cuidados en salud, favoreciendo su implementación clínica y la promoción de la regulación;
- d) Por último, asumimos el compromiso de aumentar la conciencia sobre la necesidad de aumentar la cantidad y calidad de los proyectos de investigación clínica en las poblaciones vulnerables.

La Declaración de Mérida resume los principios que la RIBEF propone para la regulación e implementación clínica de la farmacogenética (poblacional). Otros dos puntos que se creen fundamentales para aumentar la calidad de la investigación en poblaciones vulnerable considerando el entorno social y cultural de la población, desde una óptica del respeto a su dignidad y al saber ancestral presente en estas poblaciones. En este sentido, desde punto de vista clínico, es imprescindible considerar que los fármacos van a ser utilizados e investigados en un entorno con sus propias reglas y su propia Medicina Tradicional, incorporando el saber ancestral y considerando que en cada

población suele coincidir medicamentos y terapéutica tradicional, realidad que no debería obviarse tanto en el proceso de investigación como en el de implementación clínica.

Posicionamiento

Por tanto, la optimización del uso de los medicamentos pasa por conocer y apoyar esta interacción de la medicina alopática y la medicina tradicional, con el fin de obtener lo mejor de ellas para el beneficio de los pacientes y su comunidad. Hay un componente bastante olvidado, la formación de los profesionales, específicamente en actitudes y valores, hecho determinante en la Salud en general, pero más específicamente en aquellos que realizan tareas en contacto con poblaciones vulnerables, donde la capacidad de ponerse en el otro, respetar su cultura y su saber, puede ser determinante, no solo como efecto terapéutico, sino al menos, para evitar hacer daño (*"Primum non nocere"*). Por último, la Academia Ecuatoriana de Medicina invita a las academias iberoamericanas de medicina a adherirse a la Declaración de Mérida y comprometerse a aumentar la consciencia sobre la necesidad de aumentar la cantidad y calidad de los proyectos de investigación clínica en las poblaciones vulnerables de la región (favor hacerlo utilizando el siguiente vínculo: <https://lnkd.in/eYyhXyT>).



Refere

1. Peñas-Lledó E, Terán E, Sosa-Macías M, Galaviz-Hernández C, Gil JP, Nair S, Diwakar S, Hernández I, Lara-Riegos J, Ramírez-Roa R, Verde I, Tarazona-Santos E, Molina-Guarneros J, Moya G, Rågo L, Llerena A. Challenges and Opportunities for Clinical Pharmacogenetic Research Studies in Resource-limited Settings: Conclusions from the Council for International Organizations of Medical Sciences-Ibero-American Network of Pharmacogenetics and Pharmacogenomics Meeting. *Clinical Therapeutics* 2020;42(8):1595-1610.e5
2. Rodrigues-Soares F, Peñas-Lledó EM, Tarazona-Santos E, Sosa-Macías M, Terán E, López-López M, Rodeiro I, Moya GE, Calzadilla LR, Ramírez-Roa R, Grazina M, Estévez-Carrizo FE, Barrantes R, Llerena A; CEIBA-Consortium of the Ibero-American Network of Pharmacogenetics and Pharmacogenomics RIBEF. Genomic ancestry, CYP2D6, CYP2C9 and CYP2C19 among Latin-Americans. *Clinical Pharmacology & Therapeutics* 2020;107(1):257-268.
3. Naranjo MG, Rodrigues-Soares F, Peñas-Lledó EM, Tarazona-Santos E, Fariñas H, Rodeiro I, Terán E, Grazina M, Moya GE, López-López M, Sarmiento AP, Calzadilla LR, Ramírez-Roa R, Ortiz-López R, Estévez-Carrizo FE, Sosa-Macías M, Barrantes R, Llerena A; CEIBA-Consortium of the Ibero-American Network of Pharmacogenetics and Pharmacogenomics RIBEF. Interethnic Variability in CYP2D6, CYP2C9, and CYP2C19 Genes and Predicted Drug Metabolism Phenotypes Among 6060 Ibero- and Native Americans: RIBEF-CEIBA Consortium Report on Population Pharmacogenomics. *OMICS*. 2018;22(9):575-588.
4. Sosa-Macías M, Teran E, Waters W, Fors MM, Altamirano C, Jung-Cook Hm Galaviz-Hernández C, López-López M, Remírez D, Moya GE, Hernández F, Fariñas H, Ramírez R, Céspedes-Garro C, Tarazona-Santos E, Llerena A. Pharmacogenetics and ethnicity: relevance for clinical implementation, clinical trials, pharmacovigilance and drug regulation in Latin America. *Pharmacogenomics* 2016;17(16):1741-1747
5. Sosa-Macias M, Moya GE, Llerena A, Ramírez R, Terán E, Peñas-Lledó EM, Tarazona-Santos E, Galaviz-Hernández C, Céspedes-Garro C, Acosta H. Population pharmacogenetics of Ibero-Latinoamerican populations (MESTIFAR 2014). *Pharmacogenomics* 2015;16(7):673-6.
6. Rodeiro I, Remírez-Figueredo D, García-Mesa M, Dorado P, Llerena A, Teran E, et al. Pharmacogenetics in Latin American populations: regulatory aspects, application to herbal medicine, cardiovascular and psychiatric disorders. *Drugs Metabolism and Drugs Interactions* 2012;27:57-60.

Certificación médica como compromiso ético y social en las profesiones de la salud

Dr. José Ignacio Santos Preciado



Sinopsis

En México la certificación de especialistas se ha consolidado como un valioso instrumento de calidad en salud, que además de su objetivo inmediato en la evaluación y validación de conocimientos, habilidades y destrezas, constituye un mecanismo para el ejercicio directo de la responsabilidad ética de los médicos.

El Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas, CONACEM, consolida el conocimiento médico más sólido y actualizado de sus 47 Consejos asociados y funciona en la práctica como garante del derecho a la salud de las personas que requieren la atención de profesionistas especializados.

Desde hace varios años existe el interés de extender a más países de la región lo que se ha aprendido en México acerca de los procesos de certificación y recertificación de médicas y médicos especialistas, buscando promover el intercambio de experiencias con otros países y teniendo como horizonte la homologación de certificaciones que permita el ejercicio de la profesión más allá de las fronteras individuales.

Este objetivo ha involucrado comunicación con la Organización Panamericana de la Salud y con organismos certificadores de Chile, Uruguay, Colombia, Argentina, Brasil y Canadá, que mantienen un trabajo muy interesante en el fortalecimiento de la medicina especializada en sus respectivos países.

En julio pasado fuimos invitados a presentar el tema en el “Foro Internacional sobre Recursos Humanos para la Salud en las Américas”, organizado por la OMS y llevado a cabo en Brasilia, en donde expusimos en detalle el modelo mexicano de certificación y recertificación de especialidades médicas y sus alcances en la atención en salud, como una propuesta para la implementación exitosa de políticas de movilidad de recursos humanos en salud en la región.

En la reunión se reconoció que existen importantes coincidencias en los temas considerados en ese marco global y los principios fundamentales del CONACEM, incluyendo:

- el profesionalismo médico como pilar fundamental de la práctica médica especializada
- la dimensión ética de los procesos de certificación y recertificación como garantía de calidad para la sociedad
- la necesidad de establecer estándares uniformes y de alta calidad en la formación y evaluación de especialistas
- la responsabilidad social intrínseca del compromiso de los consejos de especialidades médicas con el acceso equitativo a la atención especializada
- la importancia de la armonización internacional de sistemas de certificación

De hecho una de las Orientaciones Estratégicas de la OMS/OPS en el tema de movilidad de recursos humanos en salud dice textualmente *“Se debe fortalecer el compromiso entre los países de origen y de destino junto con las principales partes interesadas, incluidos los consejos profesionales (...) a fin de aplicar eficazmente los objetivos y principios del Código en materia de contratación ética”*.

En la charla se hablará de ejemplos concretos de avance con algunos de los países miembros de ALANAM y la invitación para que este Simposio acelere el diálogo sostenido y las acciones de replicación del modelo mexicano en la región, rumbo al eventual reconocimiento mutuo de certificaciones de especialidades médicas cruciales para la salud de Latinoamérica.

¿Qué significa ser un especialista competente en el siglo XXI? Profesionalismo, competencias y juicio clínico

Dra. Ana Carolina Sepúlveda Vildósola



Ser un especialista competente en el siglo XXI implica mucho más que dominar conocimientos técnicos y habilidades clínicas. Se trata de un concepto que fusiona el profesionalismo, las competencias multifacéticas y un juicio clínico crítico, todo en un contexto que demanda una ética del cuidado, responsabilidad social y una constante adaptación a los avances científicos y tecnológicos.

En el marco del simposio sobre la certificación de especialistas médicos en el siglo XXI, estos aspectos adquieren una relevancia central para definir qué significa ser un profesional de la salud en la actualidad y cuáles son las demandas que impone una sociedad cada vez más informada, exigente y con nuevas problemáticas de salud.

El profesionalismo en la medicina del siglo XXI

El profesionalismo es el conjunto de valores, conductas y actitudes que deben caracterizar a un médico. En el siglo XXI, este concepto ha evolucionado para incluir no solo la competencia técnica, sino también cualidades humanas como la empatía, la comunicación efectiva, la responsabilidad ética y la sensibilidad cultural. La confianza en la relación médico-paciente está en el núcleo del profesionalismo, y este se ve reflejado en la ética del cuidado, la honestidad y la dedicación por el bienestar del paciente. La globalización y el acceso a la información también han puesto en evidencia la necesidad de que los médicos actúen con integridad y transparencia, promoviendo una cultura de mejora continua y aprendizaje permanente.

Competencias en el contexto contemporáneo

Las competencias de un especialista en la actualidad abarcan un amplio espectro, desde conocimientos científicos y habilidades clínicas, hasta competencias interpersonales, jurídicas y organizacionales. La competencia técnica, aunque fundamental, ya no es suficiente. Se requiere además la capacidad de trabajar en equipos multidisciplinarios, manejar tecnologías digitales, interpretar datos complejos y aplicar la medicina basada en evidencia. La formación en habilidades de

comunicación, liderazgo, gestión del cuidado y adaptabilidad ante los cambios son elementos esenciales que garantizan una atención de calidad y centrada en el paciente.

Asimismo, la competencia cultural se ha vuelto crucial en un mundo globalizado. Los especialistas deben ser capaces de entender y respetar las diferencias culturales, ideológicas y sociales de sus pacientes, promoviendo un enfoque inclusivo y ético. La formación en ética y en juicio clínico se convierte en un pilar clave, donde se capacita al médico para tomar decisiones responsables, equilibrando la ciencia, la ética y las preferencias del paciente.

En las últimas décadas se han propuesto diversos modelos para determinar las competencias que un profesionista médico debe de desarrollar. A nivel internacional uno de los más relevantes es el propuesto por el Royal College of Physicians de Canadá (CANMEDS 2015) (<https://canmedsproject.ca/en>) que incluye los siguientes roles: comunicador, colaborador en equipos multidisciplinarios, líder, gestor de recursos y sistemas de salud, investigador y aprendiz continuo, científico analítico y profesionista ético. La Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Medicina (AMFEM) (<https://www.amfem.edu.mx/index.php/publicaciones/libros/13-competencias-medico-general>) propone el desarrollo de competencias en los siguientes ejes: bases científicas de la medicina, ética y profesionalismo, participación en el sistema de salud, atención comunitaria y atención médica general, calidad de la atención y trabajo en equipo y capacidades metodológicas e instrumentales en ciencias y humanidades. Ambos modelos se encuentran actualmente en revisión de acuerdo a los avances culturales, tecnológicos y científicos desde que fueron planteados.

El Plan Único de Especialidades Médicas de la UNAM, creado en 1994, tiene como objetivo formar médicos(as) especialistas competentes en los diversos campos disciplinarios del saber y el quehacer de la medicina, capaces de desarrollar una práctica profesional de alta calidad científica, con un profundo sentido humanista y vocación social de servicio, que integren a su trabajo experto de atención médica las actividades de investigación y de educación. (<https://www.fmposgrado.unam.mx/index.php/programa-academico-puem-grafico>). Las actividades están planeadas alrededor de las tres funciones sustantivas del médico:

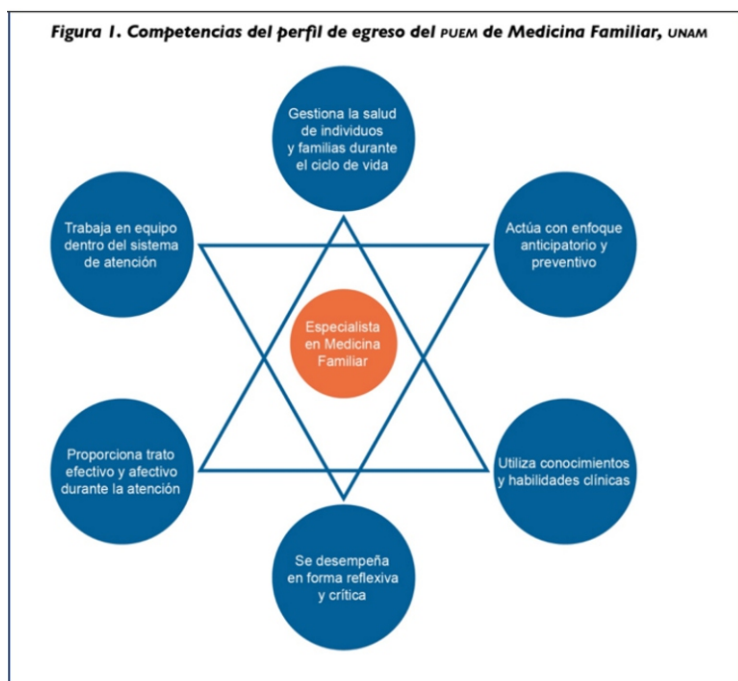
- a) la prestación de la atención médica, que comprende el conjunto de actividades que, a través de medios directos e indirectos sobre las personas promueven la salud y permiten la prevención, el diagnóstico,

el pronóstico y el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación del paciente. Se desarrolla a través del Seminario de Atención médica y el Trabajo de Atención médica;

- b) el desarrollo de la investigación, entendida como el conjunto de actividades realizadas bajo un proceder sistemático, controlado, reflexivo y crítico, orientado hacia el desarrollo de un cuerpo organizado de conocimientos acerca del origen, expresión y detección de los problemas de salud, así como los mejores recursos y procedimientos para preservarla y restaurarla. Se desarrolla a través del Seminario de Investigación.
- c) las actividades educativas, entendidas como el conjunto de actividades destinadas a la formación e información de las personas acerca de los contenidos culturales propios del saber y quehacer de la medicina. Se desarrolla a través del Seminario de Educación

Particularmente el Programa de Medicina Familiar plantea el siguiente perfil de competencias

(figura 1) (<https://medfam.fmposgrado.unam.mx/index.php/puem/>)



Juicio clínico y toma de decisiones en la actualidad

El juicio clínico, entendido como la capacidad de analizar, evaluar y tomar decisiones respecto a la atención del paciente, es una competencia central que distingue a un especialista competente. En un contexto de avances tecnológicos acelerados y disponibilidad de información, el juicio clínico se fortalece mediante la integración de la evidencia científica con la experiencia clínica y las circunstancias específicas del paciente.

El desarrollo del juicio clínico exige habilidades de reflexión, ética y pensamiento crítico. Los médicos deben ser capaces de discernir qué información es relevante, cómo aplicarla y cuándo optar por una intervención oportuna. La toma de decisiones compartida, en la que el paciente participa activamente, también enriquece este proceso, promoviendo una atención más humana y respetuosa.

Ética del cuidado y responsabilidad social

En el siglo XXI, ser un especialista competente también conlleva cumplir con una ética del cuidado que prioriza el bienestar del paciente en un marco de responsabilidad social. La atención médica ya no puede limitarse a lo individual; implica una visión más amplia que considera los determinantes sociales de la salud, las desigualdades y los impactos ambientales.

La responsabilidad social del médico se manifiesta en la sensibilidad por la equidad en el acceso a los servicios, en la participación en actividades comunitarias, y en la promoción de políticas saludables. La ética del cuidado también implica respetar la autonomía del paciente, brindar información comprensible y actuar con honestidad en toda interacción profesional.

A 30 años de haberse planteado el modelo, el PUEM se encuentra en fase de evaluación y modificación de acuerdo con los avances científicos, culturales y tecnológicos.

Conclusión

Ser un especialista competente en el siglo XXI es un proceso dinámico, que requiere una integración equilibrada de conocimientos, habilidades y valores. El profesionalismo, las competencias actualizadas y un juicio clínico sólido forman la base de una práctica médica ética y responsable. En un escenario donde la ciencia y la tecnología avanzan rápidamente, los médicos deben adaptarse continuamente, manteniendo su compromiso con la ética del cuidado y la responsabilidad social. Los programas formativos deben contemplar mecanismos de flexibilidad y actualización

constante que permitan mantenerse a la vanguardia y satisfacer las necesidades de la población y el sistema de salud. Solo así podrán responder a las expectativas de una sociedad que demanda no solo excelencia técnica, sino también humanidad, equidad y compromiso social en el ejercicio de la medicina.

Estandarización en certificación de especialistas: La ruta de la calidad

Dra. Carmen Zavala García



La certificación de especialistas siempre tendrá como su centro a los pacientes a quienes damos la certeza de que son atendidos por médicos con profesionalismo, actualizados en su área de la medicina y capacitados para realizar la práctica independiente basada en la evidencia científica. Todo lo anterior, influye en buenos desenlaces en la atención de la salud, con calidad y seguridad hacia sus pacientes.

La certificación permite hacer una reflexión sobre la práctica, analizar el desempeño y su correlación con las áreas de oportunidad de conocimientos que se deben fortalecer y tomar decisiones que incidan en la mejora continua.

Así como las evaluaciones por pares tienen como parte fundamental la medicina basada en evidencias, la certificación idealmente debe tener como base la evaluación basada en evidencias que permita emitir juicios de valor adecuados, ser justa, equitativa y transparente con los sustentantes mediante un proceso de calidad.

- **Calidad:** de acuerdo con la definición de la ISO-9001-2015, es el grado en que un conjunto de características inherentes a un objeto o servicio cumple con los requisitos.
- **Estándar:** modelo, norma o referencia para determinar si un sistema, programa o institución cumple con los objetivos y resultados esperados.

Tomando en cuenta estas dos definiciones, las buenas prácticas en evaluación y su relación con la certificación de especialistas, mediante un proceso estandarizado basándose en un modelo de gestión de calidad y la toma de decisiones basadas en la evidencia garantiza la validez, la mejora continua, la transparencia y una evaluación profesional.

Cada Consejo de Certificación tiene sus particularidades y una autonomía local en los procesos de evaluación. Las evaluaciones que aplican incluyen desde exámenes de opción múltiple, prácticos ante paciente, oral ante sinodales o incluso examen clínico objetivo estructurado. De manera que,

al homologar los criterios a evaluar, permite adoptar un lenguaje común reduciendo la heterogeneidad en los procesos y promover prácticas sólidas en el desarrollo y aplicación de cada una de las diferentes modalidades.

Un modelo de gestión de calidad en evaluación, promueve y facilita que la planificación de dichas evaluaciones sea rigurosa y que siga un proceso secuencial de actividades para que el producto obtenido sea el insumo del siguiente. Al seguir estos pasos los resultados obtenidos permiten un proceso reflexivo que lleva a un plan de mejora y profesionalización continuas. Además de que al contar con resultados que puedan ser analizados, permitirá conocer el impacto real que estos tienen en la atención a la salud en nuestro país.

Conclusión y propuestas.

Debemos enfatizar que la certificación de especialistas es un componente indispensable de un sistema de salud que asegura la competencia clínica y en la medida que los mecanismos que la sustenten sean basados en la evidencia, estandarizados y dentro en un sistema de gestión de calidad, reflejan su importancia y validez en una atención de calidad que impacte en la salud de la población, con médicos competentes, humanistas y éticos en la práctica independiente.

- Habrá que permear los trabajos realizados por el CONACEM en estándares de evaluación hacia todos los consejos de certificación
- Crear una comunidad para compartir el conocimiento en cuanto a las buenas prácticas en evaluación
- Reforzar los trabajos mediante la colaboración de expertos en evaluación
- Participar de manera conjunta en la mejora continua de los procesos de evaluación que sea congruente con las principales patologías de la población y de las políticas de salud
- Finalmente ver el reflejo del impacto de los estándares en la certificación de médicos especialistas en la sociedad mediante un análisis del impacto en la calidad de la atención a la salud

Retos para la certificación médica en América Latina: pluralismo institucional, recursos limitados y armonización internacional

Dr. Melchor Sánchez Mendiola



La certificación de médicos especialistas en América Latina enfrenta una serie de retos estructurales, éticos y operativos que requieren atención desde una perspectiva humanista, profesional y bioética. En esta participación se exploran tres tensiones fundamentales que atraviesan los procesos de evaluación de competencias en la región: la heterogeneidad institucional, las limitaciones de recursos, y la presión por armonizar estándares con marcos internacionales.

1. Pluralismo institucional y marcos regulatorios fragmentados

A diferencia de modelos más centralizados como el estadounidense o el canadiense, en América Latina coexisten múltiples esquemas de certificación, en ocasiones superpuestos o con atribuciones ambiguas entre ministerios de salud, universidades, colegios profesionales y academias nacionales. Este pluralismo refleja la diversidad y riqueza del contexto regional, pero también puede traducirse en inequidades, falta de transparencia y debilidades normativas. Es necesario avanzar hacia mecanismos de coordinación, interoperabilidad y reconocimiento mutuo entre entidades certificadoras, con respeto a la autonomía local pero bajo principios compartidos de ética, validez y equidad.

2. Desigualdades de recursos técnicos, humanos y financieros

Varios Consejos de Especialidades Médicas en la región enfrentan importantes limitaciones presupuestarias, no cuentan con personal con formación en evaluación sumativa de alto impacto o psicometría, y dependen del voluntariado profesional. Esto limita su capacidad para diseñar, aplicar y analizar exámenes con elevado rigor técnico y justicia evaluativa. Además, la implementación de prácticas como el establecimiento formal de estándares de aprobación, la validación de contenidos o el análisis estadístico post-examen suele ser escasa. Es necesario promover la profesionalización de los procesos evaluativos, mediante formación especializada, cooperación técnica regional y apoyo institucional continuo.

3. Tensiones entre lo local y lo global: ¿hacia un modelo latinoamericano?

Existe una creciente presión por alinear los procesos de certificación con estándares internacionales, como los promovidos por la World Federation for Medical Education (WFME), el National Board of Medical Examiners (NBME), o el American Board of Medical Specialties (ABMS). Si bien esta convergencia puede elevar la calidad y la comparabilidad, también corre el riesgo de imponer modelos ajenos al contexto regional. La certificación no puede limitarse a replicar estándares importados; debe responder a las necesidades de salud locales, respetar la diversidad cultural y reconocer trayectorias formativas diferenciadas. Se propone avanzar hacia un modelo latinoamericano de certificación médica, basado en principios de justicia social, calidad académica, rendición de cuentas y ética del cuidado.

Conclusión y propuestas

La certificación de médicos especialistas no es únicamente un proceso técnico, sino un acto de responsabilidad ética compartida ante la sociedad. Frente a los desafíos descritos, se plantean tres líneas de acción para el futuro:

- Fortalecer las capacidades institucionales de los Consejos de Certificación mediante formación, colaboración y financiamiento.
- Generar consensos regionales sobre estándares mínimos éticos y técnicos en evaluación, con énfasis en la transparencia, el respeto a los sustentantes y la validez de los resultados de los instrumentos.
- Articular redes académicas y profesionales que promuevan un modelo latinoamericano propio, ético, eficaz y centrado en el paciente.

Humanismo médico y su enseñanza en pre grado de medicina: ¿por qué, qué y cómo enseñarlo?

Dr. Emilio Roessler Bonzi



En este artículo usaremos el termino humanismo dentro del contexto de “humanismo Médico”, que significa “Que mira o se refiere al bien del género humano”, es decir ser benigno, caritativo, benéfico, y que sus actos tienen como finalidad aliviar los efectos que causan las enfermedades en las personas que las padecen.

En corto, el humanismo médico se refiere al lado humano de la medicina, o dicho de otra forma, como nos gustaría ser tratados cuando tengamos la misma enfermedad del enfermo que estamos viendo.

Por que el humanismo en medicina

Los médicos no somos científicos puros como lo son los biólogos, fisiólogos, etc. Para nosotros esas disciplinas son las herramientas que usamos con un fin superior; cuidar, curar, aliviar seres humanos enfermos.

El ser humano es la encarnación temporal e irrepetible de cuatro grandes abstracciones, la biológica, la psíquica, la espiritual y la social.¹, las que están íntimamente ligadas de tal manera que al enfermar una de ellas el daño se extiende en menor o mayor grado a las otras. Por ello una enfermedad no solo es física, el daño por ella producido se extiende a las esferas anímica, espiritual, existencial y repercute en lo que el individuo aporta a la sociedad.

Para Heidegger, los seres humanos no existen en un vacío; siempre están situados en un contexto o entorno. Esto implica que el ser humano es inseparable de su mundo, interactuando activamente con él a través de experiencias cotidianas. El mundo no es simplemente un conjunto de objetos, sino un espacio de significados y relaciones en el que el *Dasein* se mueve, el “*estar allí*”.

Entendiendo así las cosas, el sentido de la medicina va más allá de curar el cuerpo, ya que el cuerpo es sólo el instrumento para que la mente, el espíritu, se expresen en toda su inmensa grandeza.

El centro de nuestro actuar es ese ser humano enfermo. Las enfermedades ocurren en personas afectadas por las dolencias propias de

la patología que las aquejan, y además pierden la alegría de vivir apareciendo angustias, miedos, problemas familiares y económicos.

Por otro lado las decisiones médicas pueden colisionar con principios bioéticos, situación económica del paciente y su situación social, por lo cual el médico que ve al paciente como un todo las debe considerar².

El enorme avance del conocimiento científico y tecnológico han obligado a las escuelas de medicina a centrar la enseñanza de la medicina en esos aspectos dando como resultado médicos que son buenos técnicos en el manejo de los aspectos biológicos de las enfermedades, pero se ha olvidado que el “enfermo” es mucho más que la “enfermedad”. Además en las profesiones biosanitarias, donde se debe atender gran cantidad de personas en unidades de tiempo acotadas, se corre el riesgo de despersonalizar al humano y convertirlo en un número, una cama o una enfermedad, por estar así al alcance de la mano de manera rápida, pero insensible, en el quehacer diario tanto en la práctica clínica como en la docencia e investigación³

¿Hay humanismo en el ejercicio de la medicina?

La percepción de los enfermos, de la sociedad, y de estudios académicos, es que el actuar médico es absolutamente técnico, olvidando que atiende a un ser humano.

Alejandro Goic en un estudio prospectivo, observacional⁴, efectuado en una sala de un hospital docente, en la que se incluyeron observadores anónimos, demostró que actitudes médicas como respeto a los pacientes, compartir con ellos las toma de decisiones y la comunicación se cumplían entre el 50% y 33 % de las atenciones médicas:

- Respeto al paciente 50 %
- Compartir información 41 %
- Comunicación adecuada 33 %

En cambio los estándares técnicos se cumplieron en el 71 % de las atenciones.

¿De qué se quejan los enfermos y la sociedad al evaluar a los médicos?

Entre 2012-2022 la Superintendencia de Salud de Chile recibió 18.363 reclamos, de ellos 21 % por no trato digno y 16 % por mala información clínica⁵, el resto de las quejas no dependían de los médicos si no de los sistemas de salud o de los prestadores, como son los tiempos de espera, costos, falta de coordinación entre los Servicios.

En otros estudios ⁶ las quejas son por:

- Falta de información sobre los procedimientos a los que serán sometidos
- Falta de atención a las necesidades del paciente
- Actitud descortés o impaciente
- Falta de respeto por la privacidad del paciente.

Espinoza y cols⁷ comunican un estudio efectuado en una clínica universitaria en el que revisan los reclamos llegados a Auditoría Médica en un período de cuatro años durante el cual se acumularon 602 reclamos y de ellos el 21 % eran de responsabilidad médica, por falta de comunicación o mala empatía. Lo mismo fue detectado en estudio de Marqueting Qservice , mostrando que el 51% de las quejas de usuarios son por mala comunicación médico paciente⁸.

En el mismo sentido un estudio sueco efectuado sobre las quejas de 692 pacientes oncológicos,⁹ mostró que el 51% reportaron fallas de comunicación desde el diagnóstico hasta el final de su vida, al no haber recibido información sobre su diagnóstico o resultados de exámenes. Relataron que los profesionales de la salud tenían tanta prisa que no tenían tiempo para escuchar a los pacientes ni responder preguntas. Se les proporcionó información sensible por carta, por teléfono, cuando se encontraban en lugares públicos, por la noche o cuando no había ningún familiar o amigo presente. Los pacientes reportaron no ser escuchados y sentir que sus síntomas y preocupaciones se trivializaban o no se tomaban en serio, se sintieron incomprendidos, cuestionados, discriminados y rechazados, y no se sintieron parte de las decisiones sobre su atención.

En suma atentan contra una relación médico paciente el no mirar al otro, la mala comunicación, el no compartir información, decisiones no compartidas, falta de respeto por el otro sin considerar su intimidad.

Lo que piden los pacientes es un trato humano, poder contar sus vivencias asociadas a la enfermedad, no solo sus síntomas, tomar en cuenta su cultura y sus valores cuando estos pueden colisionar con decisiones médicas, las que deben ser compartidas con el enfermo. Además el médico debe tener claro que la enfermedad tiene repercusiones económicas y sociales, y que el medio social influye en su enfermedad.

La primacía del valor de la persona humana deben ser reconocida por todos los médicos y ser enseñada en las escuelas de medicina¹⁰

¿Qué atenta contra el humanismo?

Muchos estudiantes de medicina ingresan a la carrera con la ilusión de servir al otro, al enfermo, pero esa ilusión se va extinguiendo con el tiempo.

Algunos de los factores que intervienen en la deshumanización de la medicina son:

Factores socioculturales:

La cultura actual, orientada a lo técnico, al consumo y al privilegio de lo científico-técnico sobre lo humanista, juega un papel importante. Además, el ser humano está inmerso en una sociedad que ha perdido el sentido espiritual de la existencia, sustituyéndolo por logros materiales. A esto se suma una hipertrofia del Yo en las nuevas generaciones, donde las personas están llenas de derechos pero con muy pocos deberes. Todo esto dificulta la visualización del prójimo, impidiendo comprender y trabajar por el otro y el bien común, lo que es el sentido último de ser médico.

Orientación de los programas universitarios:

El avance de las bases científicas y tecnológicas de la medicina, ha llevado a currículos de las carreras de medicina dominados por estos temas, dejando de lado la dimensión humana del ser enfermo.

Por otro lado, los estándares de calidad universitaria dependen fuertemente de las actividades de investigación y publicaciones en revistas de alto impacto que ellas tienen, ya que esto eleva la posición de las instituciones en los rankings, permitiendo obtener financiamiento, todo ello en detrimento de las humanidades.

Además, la especialización y subespecialización llevan a formar especialistas que ven al enfermo en forma segmentaria, importa el órgano o sistema que estudia, lo que impide verlo como un ser humano integral.

Por otra parte, la falta de una carrera docente sólida también contribuye a este fenómeno. La tendencia a privilegiar a los investigadores ha dejado en segundo plano a los docentes dedicados exclusivamente a la enseñanza, quienes son los encargados en el día a día de enseñar como humanizar la atención del paciente. La ausencia de tutores con dedicación exclusiva y el reconocimiento profesional para la docencia, hacen que prevalezca la visión segmentada del enfermo, sin docente que pueda integrar los aspectos científicos, psíquicos, espirituales, existenciales y sociales del paciente.

Factores económicos:

Los costos de la carrera de medicina son muy elevados y, en la mayoría de los países, no asumidos por el Estado. Los estudiantes deben buscar financiamiento, a menudo endeudándose, y al graduarse, una parte significativa de sus ingresos se destina a pagar esa deuda.

Además, las exigencias socioeconómicas actuales llevan a que parte del ejercicio profesional se oriente a obtener beneficios económicos, lo que implica atender a muchos enfermos en diferentes lugares, tomar cargos en unidades de cuidados críticos y en turnos nocturnos, donde el tiempo dedicado solo alcanza para lo técnico, dejando de lado el vínculo humano.

Organización administrativa de la medicina:

Los administradores de salud han incrementado la carga de trabajo de los médicos, aumentando el número de pacientes por unidad de tiempo. Además de atenderlos, los médicos deben llenar formularios, informes y utilizar la historia clínica electrónica, lo que consume mucho tiempo y limita la posibilidad de conversar con el enfermo, para explorar sus aspectos psíquicos, espirituales, familiares, más la repercusión económico-social de su enfermedad.

La ficha clínica electrónica¹¹, aunque bien diseñada sería un avance, en el formato actual dificulta la relación cara a cara, ya que los tiempos de atención son cortos y el proceso de documentación consume gran parte del tiempo. Esto hace que muchos pacientes sientan que el médico “solo escribe en la computadora” y no los miran a los ojos, generando una sensación de desconexión y que el profesional no cumple con sus expectativas.

Gutierrez¹² midió los tiempos de atención de un enfermo en un centro de atención primaria, los que fueron: anamnesis 8 minutos, examen físico 8 minutos y para explicaciones y confección de receta y órdenes de exámenes 6 minutos, luego en total 22 minutos. A la atención médica del paciente se debe sumar el tiempo empleado en escribir la FCE, formularios, informes, visualizar toda la información almacenada en los diferentes subsistemas como radiología, laboratorio, informes clínicos, abriendo ventana tras ventanas para acceder a estos campos, recuperar la información allí almacenada y transcribirla a la historia clínica que se está escribiendo. Posteriormente el médico debe anotar las indicaciones en diversos campos, medicamento, dosis, vía, etc. y lo mismo para solicitar exámenes. Y, si el tiempo asignado para atender cada enfermo es de 15 a 20 minutos ¿en qué momento se conversa con el paciente y se le explica su situación su tratamiento y se exploran los otros aspectos de la enfermedad?

Decenas de pacientes me refieren haber sido atendida por un médico que “escribía y escribía en el computador y nunca me miró a los ojos. Sentí que ese profesional no era lo que buscaban en un médico; tenían la sensación de estar frente a un vendedor de seguros”. Los enfermos buscan otra cosa.

Breinbauer¹³ describe claramente lo que debe ser un médico:

“Débiles, incapaces y temerosos buscamos a quien sepa y nos pueda explicar qué nos pasa y, sobre todo, que nos pueda aliviar. Recurrimos a un médico en particular, distinto de los otros, que vea nuestro problema, escuche y atienda nuestro dolor, que quiera saber qué nos pasa y que trate de ayudarnos de manera especial. Buscamos un profesional comprometido, en quien podamos confiar y a quien podamos recurrir cuando lo necesitemos, porque nos da la confianza necesaria y sabemos que él estará siempre allí.”

Esta forma de ver a los pacientes, en poco tiempo, un alto número de enfermos por jornadas, completando formularios y trabajando en una ficha electrónica, anula la relación médico paciente.

Desde el contacto inicial, la relación que debería basarse en la confianza y en la entrega mutua, se ve afectada. Como señala Goic en su libro *Conversaciones con Hipócrates*¹⁴, la relación médico- paciente en medicina es diferente a la de prestador-cliente en otras actividades.

“En el caso de la medicina es una relación de servicio al prójimo basada en la confianza mutua: La del enfermo en la idoneidad y honorabilidad del médico y, el médico en la disposición y voluntad del enfermo en recuperar su salud. Se podrá decir y es cierto, que en cualquier tipo de prestación de servicios es necesaria algún grado de confianza mutua entre las partes, pero en ninguna es tan intensa, extensa y plena como en medicina”.

El vínculo médico paciente se basa en la confianza y entrega del paciente al médico y la acogida, respeto y entrega por el médico.

El médico entrega sus conocimientos científicos, sus condiciones humanas y su tiempo en una relación que resulta mucho más personal, íntima y trascendente que en otros servicios. El enfermo necesita que el médico lo conozca como persona, que comprenda su entorno y las consecuencias de su enfermedad en su vida familiar, laboral y social.¹¹

Como introducir el humanismo, en forma eficaz, en el currículo de la carrera de medicina

Sana Lue¹⁵ señala que a los estudiantes de medicina se les enseña a desenvolverse en una cultura profesional con sus propias actitudes, comportamientos, rituales, conocimientos especializados y jerarquías institucionales, pero existe una tensión entre esas competencias profesionales y el cuidado, de modo que la competencia técnica a menudo parece desplazar el cuidado. El cuidado del enfermo, que va más allá de un diagnóstico y tratamientos correcto, implica además la atención, apoyo y protección que se brindan a la persona durante su enfermedad, recuperación, si la hay, o sus vivencias en enfermedades incurables y en el

proceso de la muerte en otros. En todas esas situaciones el manejo del paciente incluye la atención emocional, la vigilancia de signos y síntomas, la asistencia en las actividades diarias, la higiene, alivio del sufrimiento y la creación de un ambiente que promueva su bienestar y comodidad.

El objetivo final de este esfuerzo es formar médicos con actitudes humanas, éticas y cultas. Ello no se logra con un currículo que contenga uno o dos semestres de una asignatura que se llame humanismo o antropología y bioética. Ese método no deja huellas y se convierte sólo en un requisito, el de una asignatura que hay que aprobar, para tener el título de médico.

La enseñanza del humanismo debe estar transversalmente a lo largo de la carrera, una pequeña parte como asignatura y trabajos prácticos, y otra, la más importante, transmitida en el día a día durante las prácticas clínicas. Ello requiere facultades de medicina con una misión y visión de unir la ciencia con el humanismo en el día a día, empleando además de la formación teórica, un currículo invisible, ese que se trasmite en sala de hospital o en consulta ambulatoria, cuando el alumno observa a sus docentes y médicos asistenciales, que tienen un trato humano con los pacientes, es decir que cuando atiende un enfermo tienen con él un trato digno, le explica que ocurre con su enfermedad, el porqué de tal o cual procedimiento, sus riesgos y ventajas, alternativas, responde preguntas, lo hace participar en toma de decisiones, y cuando hay colisiones entre tratamientos u acciones médicas y los grandes principios de la bioética, sabe emplear esta última para resolverlas. Nuevamente la importancia de los tutores

Cuáles son los grandes conceptos a entregar

a. Que es el ser humano:

Comprender que el ser humano es la integral de una compleja maquinaria biológica, y el sentido de esta es permitirle tener funciones que no existen en otros seres vivos como tener conciencia de su existencia, vivir la experiencia humana, desarrollar el intelecto, el amor, y aquello que trasciende lo físico o material. Toda nuestra maquinaria biológica nos permite además algo que se llama espiritualidad, que es aquello relacionado con la búsqueda de significados, propósitos, y conexión con algo más grande que uno mismo, abarcando valores, ética, y la percepción de una conexión con el universo o una fuerza superior, y poder que aflora lo espiritual.

Entender así lo que significa la existencia de un hombre, que cada ser es único, irrepetible y que su existencia es para él su única posibilidad dentro de lo posible, da sentido al ser médico y poder aliviar dolores que al invadir lo psíquico, empañan o anulan todo lo anterior, por tanto, la vida que defendemos y cuidamos, no puede estar teñida de

sufrimientos físico o síquico². La ética es una derivada de las consideraciones anteriores, como también lo es, el que el médico debe tratar al paciente como el desearía ser atendido.

b. Que es un enfermo

El alumno debe entender y sentir que es el enfermo: “La persona enferma es un ser que en lo general es igual a nosotros, con expectativas, igual que nosotros, con proyectos, igual que nosotros, con afectos, igual que nosotros y además con sus angustias, sufrimientos e incertidumbres que imprime una enfermedad. Las enfermedades ocurren en seres humanos: quienes al enfermar pierden la alegría de vivir y aparecen angustias, miedos, incertidumbres.”² Por tanto debemos enseñar que:

- Las enfermedades ocurren en seres humanos quienes pierden la alegría de vivir y aparecen angustias, miedos .
- Que no todas las enfermedades se viven igualmente en los distintos estratos socio-económicos-culturales , sin duda una misma enfermedad , además de tener mejor atención en los más altos, su vivencia es peor en los socio económicos bajos.
- El ser humano es una integral de un substrato biológico, psíquico, espíritu, y todo esto inmerso en un medio social, que penetra en su yo, y cuando enferma una de estas partes, su dolencia repercute en mayor o menor grado en el resto.
- Las decisiones médicas pueden colisionar con:
 - Problemas bioéticos
 - Problemas económicos, no macros, si no micro
 - Situación social del paciente

c. Cual es el sentido de la medicina:

El sentido de la medicina va más allá de curar el cuerpo, ya que el cuerpo es sólo el instrumento para que la mente y el espíritu se expresen.

Por tanto atender un paciente, no es sólo buscar el diagnóstico exacto y luego la mejor terapia, sino además, el médico debe explorar el impacto de la enfermedad en ese todo: cuerpo, mente, espíritu y la interacción desde y hacia el medio social del enfermo

El centro del quehacer es el enfermo, buscando el mayor bien para él.

- ## **d. Valores a respetar:**
- debemos enseñar a nuestros estudiantes, día a día, a lo largo de toda su carrera que los seres humanos tenemos valores, algunos universales para nuestra especie como el valor de la vida, y

otros propios de cada cultura, todos ellos a ser respetados por el médico e integrados a su quehacer. Ello obliga en el día a día que en un enfermo se debe:

- Respetar su dignidad.
- Respetar la privacidad
- Compartir la Información disponible.
- Tomar de decisiones compartidas
- Tener en cuenta su contexto social y cultural
- Respetar la diversidad
- atender el contexto social y cultural del paciente
- Analizar si una decisión médica está en conflicto con estos principios los bioéticos, y en caso que si lo están, saber cómo resolverlos o pedir ayuda
- Considerar necesidades espirituales-religiosas del paciente

e. Comprender y el porqué de los grandes principios de la Bioética Clínica y aplicarlos en el día a día:

- Beneficencia
- No maleficencias
- Respeto a la autonomía
- Justicia

Todo lo anterior obliga a tener compasión por el otro. En ocasiones, los médicos “deben ver a través de los ojos de quienes atienden para atender mejor sus necesidades”. Al estar “al otro lado del estetoscopio” los profesionales pueden aprender a empatizar mejor con los pacientes y, en última instancia, a aliviar de manera más efectiva el dolor de vivir con una enfermedad¹⁶

f. Técnicas de comunicación:

- Empatía
- Comunicación efectiva con los pacientes
- Comunicar malas noticias
- Comunicación con resto del equipo de salud

Metodología Docente.

El currículo de las escuelas de medicina está extremadamente recargado y esa carga es mayor en las escuelas que han comprimido la carrera a seis años. La pregunta es cómo y dónde agregar la temática humanista.

La primera herramienta, que no recarga el currículo y posiblemente la más efectiva, es como ya se señaló, el ejemplo que día a día dan los tutores. Si

los alumnos ven que ellos respetan y aplican a diario lo que aquí hemos analizados, harán lo mismo cuando sean médicos. El tutor debe ser un modelo para el alumno, ya que es los al reconocer modelos, aparece el efecto imitación. Este es el currículo oculto, el que entrega día a día el tutor, eso que trasuda día a día del docente al alumno y no está en el programa de clases, y es el más formador. Es una gran herramienta.

De allí la importancia que las universidades valoren fomenten y ofrezcan una carrera docente, tan digna como la de investigador, como lo hemos comentado en este artículo.

Existen además algo que llamaría “Herramientas Cautivadoras”, por ejemplo un par de tardes al mes una sesión de cine arte, con un moderador, se ve el film y se abre una discusión sobre los problemas humanos que hay encerrados en el, como los conflictos de un hombre solo en “La gran belleza” de Sorrentino, o los conflictos ante el fin de vida en enfermedades incurables y terminales, como en “La habitación del lado” de Almodovar, o los conflictos teológicos y existenciales en el “Séptimo Sello de Bergman” o la brutalidad de la guerra y el olvido, como en “Hiroshima mon amour” de Resnais Clubs de lecturas, sin gran recarga, hechos en forma entretenida, con un moderador que permita desentrañar los conflictos humanos que hay en la lectura, como las tribulaciones de Fausto de Göthe, o los niños de Mistral. Analizar el sentido, mensaje y emociones de una obra musical, como el Himno a la Alegría de la IX Sinfonía de Beethoven o el 5º movimiento de la 2ª sinfonía de Mahler.

Se ha sugerido que el uso de métodos basados en las artes puede ser crucial para el desarrollo de la personificación, ya que anima a las personas a cuestionar sus suposiciones personales y las narrativas culturales dominantes, a desarrollar una mayor comprensión y a reconocer las emociones¹⁴.

Cantabra y cols¹⁷ comunicaron su experiencias con la utilización de relatos literarios como actividad formativa para la enseñanza de la medicina en la Universidad de Oviedo. Los estudiantes han mostraron su satisfacción con la actividad y sintieron que la formación humanista, la descripción de enfermedades, la relación médico-paciente, la dimensión social y la actitud del paciente ante la enfermedad pueden adquirirse mediante el análisis de textos literarios.

Dr. Edmund Pellegrino. (Citado por Risse¹⁸) señala «el lenguaje ocupa un lugar central en la práctica y la cultura médica. A través de las experiencias sustitutivas de la literatura imaginativa, el joven médico puede ampliar y complementar su bagaje de experiencia».

El Departamento de Historia de las Ciencias de la Salud de la Universidad de California, San Francisco, programó en 1976 una asignatura optativa, «Poesía en Medicina». Ese curso examinó el uso de la poesía para expresar cualidades y emociones humanas que surgen en torno a temas de salud y enfermedad¹⁸.

Andrea Quadrelli¹⁹ ha insistido en la necesidad de promover una participación regular de profesionales humanistas en las actividades clínicas como en reuniones clínicas, discusión de casos clínicos, lo cual podría reducir la distinción entre profesores médicos y no-médicos, o *insider-outsider*, mejorando la credibilidad de las humanidades médicas y sus docentes

Bibliografía

1. de Rivera JL. El Cincuentavo Congreso de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y los Tres Núcleos de la Psicosomática. Psicosomática y Psiquiatría. 2024 Mar 6(28).
2. Roessler Emilio “Educación Médica: Reflexiones de un docente” Bol Acad Chilena de Medicina 2015; 51: 258- 282
3. González AM. “Claves éticas para la bioética”. Módulo de sensibilización y reflexión en la ética en la atención médica IMSS, México, D.F. 2004, pp. 1-19.
4. Alejandro Goic, Patricia Orellana, Alicia Aravena, Ana Repetto, y José J. Rodríguez “Evaluación de la relación médico-paciente en una salsa de un hospital docente” Rev Med Chile 1985;113:639 - 646
5. El Mercurio de Santiago, Reclamo de pacientes a Superintendencia de Salud. Diario El Mercurio de Santiago, 23-11-23 página 1 cuerpo C
6. Appsmedical Abordando las 6 quejas principales de los pacientes: Estrategias para una atención médica mejorada.
<https://www.appsmedical.com/6-quejas-pacientes> Bajado 15-6-25
7. Espinoza-González R, Salcedo X, San Martín-Ramírez S. Reclamos por atención en salud. Experiencia en un centro privado [Analysis of healthcare claims received at an audit unit of a clinical hospital]. Rev Med Chil. 2021 Sep;149(9):1311-1316. doi: 10.4067/S0034-98872021000901311. PMID: 35319684.
8. <https://blog.qservus.com/las-4-mayores-quejas-de-los-pacientes-en-hospitales-y-clinicas/#respond>. Bajado 7-julio 2025
9. Hult A, Lundgren E, Fröjd C, Lindam A, Jangland E. Patient complaints about communication in cancer care settings: Hidden between the lines. Patient Educ Couns. 2023 Sep;114:107838. doi: 10.1016/j.pec.2023.107838. Epub 2023 Jun 3. PMID: 37295042.
10. Pinto ME, Dagnino J, , Armas R , Beherens I, Kleinstaub K , López G, Novoa F, Orellana A, Roessler E, Valdivieso V “Artes, Humanidades y Ciencias en la Clínica y en la Educación Médica” Gráfica LOM, Chile,

Santiago, 2024.

11. Roessler Emilio “¿La tecnología al servicio del hombre o el hombre al servicio de la tecnología? El registro clínico electrónico: un modelo” Boletín Academia 10 Chilena de Medicina 2017; 54:289 – 302 Anales del instituto de Chile 2017; 36:161-179.
12. Gutierrez Rodas Javier et al “Evaluación de la historia clínica sistematizada en la relación médico paciente de las IPS adscritas a Susalud, Medellín 2002” Revista CES Medicina 2003; 17 (N°);, 17-30.
13. Breinbauer H; Araya L. “El Médico Tratante: ¿Concepto arcaico o necesidad imperiosa de la medicina actual?” Boletín Hospital San Juan de Dios, 2025; 52,(4) 201 – 211.
14. Goic, Alejandro. Conversaciones con Hipócrates.– Santiago, Chile: Editorial Mediterráneo Ltda.; 2009, pg 97.
15. Loue S. Teaching and Practicing Humanism and Empathy through Embodied Engagement. Medicina (Kaunas). 2022 Feb 22;58(3):330. doi: 10.3390/medicina58030330. PMID: 35334506; PMCID: PMC8954701.
16. <https://www.mcw.edu/mcwknowledge/mcw-stories/on-the-other-side-of-the-stethoscope-when-doctors-become-patients>.
17. Cantabrana B, González-Rodríguez S, Bordallo J, Hidalgo A. Utilización de relatos literarios como actividad formativa para la enseñanza de la medicina en la Universidad de Oviedo. FEM: Revista de la Fundación Educación Médica. 2016 Aug;19(4):205-15.
18. Risse GB. Literature and medicine. West J Med. 1992 Apr;156(4):431. PMID: 1574896; PMCID: PMC1003294.
19. Quadrelli A. La enseñanza de humanidades en medicina: reflexiones a partir de una mirada antropológica. Páginas de Educación. 2013 Jun;6(1):127-37.

Del consentimiento informado a la toma de decisiones compartidas: Propuesta para dignificar la atención de salud

Dra. Togarma Elisa Rodríguez Aquino



En el campo de la bioética clínica, el respeto por la autonomía del paciente ha sido una conquista en la práctica contemporánea, garantizado su ejercicio mediante el **consentimiento informado (CI)**. Sin embargo, este modelo presenta limitaciones que pueden reducir la autonomía a un acto formal, técnico o incluso burocratizado dejando de lado la dignidad de la persona que enferma. Frente a ello, **la toma de decisiones compartidas (TDC)** emerge como una alternativa relacional, dialógica y moral que permite el ejercicio real de la autonomía.

En esta reflexión se plantea un análisis comparativo entre ambos enfoques, explorando sus fundamentos, tensiones y posibilidades, especialmente en contextos de atención médica compleja.

Marco de referencia

Consentimiento informado (CI): ¿acto autónomo o burocracia institucional?

El concepto moderno de consentimiento informado nace como respuesta a las atrocidades cometidas durante la Segunda Guerra Mundial, cuando médicos nazis realizaron experimentos en humanos sin su consentimiento, causando sufrimiento y muerte. Es a raíz de estas atrocidades cuando se comienza a normar la investigación en seres humanos. La primera de dichas normativas es el código de Nüremberg (1947), cuyos principios se actualizaron y complementaron con la Declaración de Helsinki (1964), el Reporte Belmont (1978) y, más tarde, las normas CIOMS (2002).

Pero lo más significativo es que Helsinki abre la puerta a aplicar estos principios no solo en investigación, sino también en la práctica clínica, especialmente cuando se introducen tratamientos experimentales o decisiones complejas.

Beauchamp, miembro de la Comisión Nacional que redactó el Informe Belmont, en el cual ya se planteaban tres principios éticos para la investigación con seres humanos: respeto por las personas, beneficencia y

justicia; junto a Childress ampliaron y adaptaron estos principios para el campo clínico y biomédico en general, sumando la autonomía como cuarto principio, no con la intención de crear los mandamientos de un nuevo credo, sino tratando de aportar un marco práctico para abordar dilemas morales, que con los avances tecnológicos, se hacen cada vez más frecuentes y complejos.

El consentimiento informado, en la clínica, surge como respuesta a prácticas médicas paternalistas, donde el médico decidía unilateralmente, actuando como padre bueno frente a su hijo menor. Su propósito original era reconocer al paciente como sujeto moral, titular de derechos, y no como un objeto sobre el que se interviene. De igual modo, buscaba garantizar que las decisiones médicas fueran comprendidas, voluntarias y contextualizadas, promoviendo una relación clínica basada en el diálogo y el respeto mutuo, como acto de reconocimiento de la dignidad del otro.

Es, a penas, que a mitad del pasado siglo, surgen las primeras cartas de derechos de pacientes donde se incluye el derecho de autonomía y, por consecuencia el derecho a consentir con previa información.

El «Manual de Ética» del Colegio de Médicos Americanos, en su edición de 1984, define que el «El consentimiento informado consiste en la explicación, a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de esta y los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos. La presentación de la información al paciente debe ser comprensible y no sesgada; la colaboración del paciente debe ser conseguida sin coerción; el médico no debe sacar partido de su potencial dominancia psicológica sobre el paciente.»

La transición del consentimiento informado desde la investigación hacia la atención médica no ha sido sencilla. En la práctica clínica, surgen desafíos como: el tiempo limitado del que disponen los profesionales médicos para explicar las opciones terapéuticas, el lenguaje técnico que se emplea dificulta la comprensión del paciente, la relación jerárquica que existe entre el médico y el paciente y la presión institucional, termina por convertir el consentimiento informado en trámite defensivo.

Así, lo que en investigación se exige como proceso ético riguroso, en clínica se ha asumido como una formalidad burocrática, donde el respeto por la autonomía pasa a ser pura simulación.

Hoy por hoy, este documento, ya estandarizado, se usa más como escudo protector ante posibles demandas, que como herramienta de ejercicio

moral y legal, resumiéndose a un momento puntual, sin proceso deliberativo, ni diálogo empático, lo que ha derivado en una paradoja: el consentimiento, que debía proteger la autonomía, termina protegiendo a un sistema autoritario y represivo.

Autonomía simulada e injusticia epistémica

Un documento de consentimiento que se firma sin previo diálogo, sin traducción de lenguaje técnico, sin tiempo para empatizar, no permite hacer ejercicio de la autonomía. Cuando el paciente no comprende plenamente las implicaciones de su decisión, no participa en la deliberación, cuando siente que se le niega una opción real, el acto de firmar reemplaza el acto de decidir.

Más aún, cuando el lenguaje técnico no se traduce a marcos comprensibles para el paciente, se impide una comprensión real, lo que conlleva a una injusticia epistémica (término, acuñado por la filósofa Miranda Fricker en 2007). Es decir, traduce una injusticia asociada al tipo de conocimiento que maneja el paciente de cara a consentir y firmar el “consentimiento informado”. Siendo así, no solo vulneramos el derecho a la autonomía del paciente, sino también cometemos un acto atroz de injusticia.

Más allá del consentimiento: hacia la toma de decisiones compartidas

La toma de decisiones compartidas (TDC) ofrece una alternativa más adecuada de cara al ejercicio de la autonomía, pues reconoce al paciente como codecisor, no solo como receptor de información. Esta práctica implica un proceso dialógico, para construir la decisión en conjunto. Ello requiere desarrollar confianza mutua, hacer uso efectivo del tiempo y, por, sobre todo, la empatía de ambos interlocutores.

La TDC propone un modelo donde el profesional y el paciente deliberan juntos sobre opciones clínicas, se reconoce la experiencia vivida del paciente como fuente válida de conocimiento para construir una decisión conjunta, que respeta valores, contexto y preferencias.

La TDC no elimina el consentimiento informado, lo transforma en acto relacional, donde la autonomía se vuelve eje en la conversación. La TDC no reemplaza el consentimiento, pero sí lo ubica en un rol secundario, pues prioriza el diálogo empático, lo convierte en proceso, no en trámite. Logra que el CI pase de ser una firma para proteger al médico, a una palabra que protege al paciente.

Propuesta para la práctica clínica

Recuperar el sentido moral del respeto a la autonomía implica resistir la

burocratización, formar profesionales sensibles y construir espacios clínicos, donde la autonomía no se simule, sino se viva.

Para esto, es necesario desarrollar competencias comunicacionales en los profesionales de salud, que integren el saber hacer con el saber escuchar, interpretar y explicar a los pacientes y sus más cercanos. De igual forma, avanzar hacia la elaboración de bitácoras de decisiones compartidas, donde se registre no solo la decisión final, sino el proceso que la construyó.

Una parte fundamental para el proceso es el asignar tiempo para la deliberación, así como reconocer la historia del paciente, sus valores, sus miedos, su proyecto de vida; pues el consentimiento debe ser parte de una relación de cuidado, no de una estrategia defensiva.

Volver al origen del consentimiento informado implica recordar que fue creado para proteger al padeciente frente al poder médico y científico. Nació del reconocimiento de que el saber no justifica el daño. Se fundamenta en la idea de que toda intervención debe ser precedida por una decisión libre, informada y situada.

Posicionamiento

Respetar la autonomía del paciente no es simplemente obtener una firma, es crear las condiciones para que esa autonomía se exprese plenamente, por lo que la toma de decisiones compartidas representa un modelo más justo, digno y moral, donde el diálogo se hace parte esencial del cuidado, y la toma de decisión parte del reconocimiento mutuo.

El consentimiento informado no puede seguir siendo un trámite administrativo más, una simulación más, un abuso más. Debe transformarse en una garantía de la dignidad de la persona en momentos de vulnerabilidad. Su origen en la investigación biomédica nos recuerda que el respeto por la autonomía no es opcional, sino esencial. Aplicarlo en la práctica clínica requiere recuperar su sentido profundo: no como firma, sino como diálogo; no como trámite, sino como reconocimiento; no como defensa, sino como justicia.

Humanismo y Ética en la medicina contemporánea

Dr. Fernando Hamuy Díaz de Bedoya



El humanismo en la medicina contemporánea se centra en preservar la dignidad, el respeto y la empatía hacia el paciente como núcleo de la práctica médica. Esta corriente valora la relación médico-paciente más allá de la enfermedad, integrando aspectos éticos, psicológicos y sociales en el diagnóstico y tratamiento. Por ejemplo, se enfatiza la importancia de escuchar activamente al paciente y considerar sus valores y preferencias, lo que puede mejorar significativamente los resultados en salud.

Esto acarrea en sociedades desarrolladas y más aún en subdesarrolladas dificultades marcadas que limitan la aplicación de protocolos Médicos de Forma eficiente.

Humanismo Médico Contemporaneo

La Crisis actual enfrenta una clara fragmentación que provoca un claro distanciamiento entre el Médico y el Paciente: Especialización excesiva sin Visión integral del Paciente. La creciente tecnificación que deshumaniza la Medicina y sobre todo la pérdida del compromiso con el Paciente.

Por todo esto se debe preconizar una solución Humanitaria que implique recuperar la dimensión Humanista mediante la centralización de la atención dirigida a la Persona. Recuperando la dignidad y aplicando la ética del ejercicio. El Fundador de la ética Medica Hipocrates afirmaba en el 460 AC: Donde quiera que se ama el arte de la Medicina se ama también a la Humanidad. En el mundo Clásico Aristoteles afirmaba : La ética es la Ciencia Práctica de la Enfermedad. Galeno afirmaba que el mejor Médico es también un Filósofo. Seneca :No hay Medicina para el Miedo sino para la Esperanza. En la etapa Medieval los Médicos integraron Fé, Humanismo, y razón en su practica. Destacandose Avicena, Averroes, Maimonides y Santo Tomás, integrando la Filosofía Aristotélica con la práctica Humanista.

Se destaca Kant entre los filósofos Modernos quien defendia el respeto absoluto a la dignidad Humana.

El humanismo en medicina implica poner al ser humano en el centro de la

atención médica, reconociendo su dignidad, valores, emociones y necesidades individuales. Esto significa que los profesionales de la salud no solo deben tener conocimientos técnicos y científicos, sino también cualidades como la empatía, la compasión, la comunicación efectiva y el respeto por la autonomía del paciente

El humanismo en medicina se basa en un conjunto de principios esenciales que guían la práctica clínica:

- Empatía: Comprender y compartir las emociones del paciente.
- Respeto por la autonomía: Valorar las decisiones informadas del paciente.
- Comunicación efectiva: Fomentar el diálogo abierto y comprensible.
- Compasión: Actuar con consideración hacia el dolor y sufrimiento.

Integrar humanismo en la práctica médica mejora significativamente la experiencia del paciente, fortaleciendo la confianza y mejorando los resultados clínicos. Indicadores clave:

- Reducción del estrés y ansiedad en pacientes
- Mayor adherencia a tratamientos
- Mejor satisfacción y percepción del cuidado recibido

Ética en la medicina contemporánea

La ética médica establece principios y normas que guían la conducta de los profesionales de la salud, garantizando que actúen en beneficio de los pacientes y de la sociedad. Los principios éticos fundamentales son:

- Autonomía: respetar las decisiones del paciente sobre su salud.
- Beneficencia: actuar siempre en beneficio del paciente.
- No maleficencia: evitar causar daño.
- Justicia: tratar a todos los pacientes de manera equitativa y justa.

En la medicina contemporánea, la ética se enfrenta a nuevos retos como:

- Avances tecnológicos (inteligencia artificial, genética, telemedicina).
- Toma de decisiones al final de la vida (eutanasia, cuidados paliativos).
- Distribución de recursos sanitarios limitados.

Cual es la Relación entre humanismo y ética

Ambos conceptos están profundamente ligados. Un médico ético actúa con humanismo, y viceversa. La ética proporciona los principios, mientras que el humanismo da el enfoque personal y compasivo. En conjunto, ayudan a que la medicina sea no solo una ciencia, sino también un arte al servicio de la humanidad.

Cuál es la relevancia en la práctica actual

- Mejoran la calidad de la atención y la satisfacción de los pacientes.
- Favorecen la toma de decisiones compartidas.
- Fortalecen la confianza en el sistema de salud.
- Promover la reflexión crítica ante dilemas modernos.

En resumen: El humanismo y la ética son pilares indispensables en la medicina contemporánea, orientando la práctica médica hacia el respeto, la dignidad y el bienestar integral del paciente, en un contexto de grandes avances y desafíos tecnológicos y sociales.

Es necesario dentro de este proceso: Reconocer, luego transformar y finalmente integrar. Esto permitirá incorporar de forma más humana al reto de la Privacidad Digital y al reto de la equidad tecnológica representado por la Inteligencia artificial, la Telemedicina y la Brecha digital. Siendo necesario actualizar los conceptos éticos adecuados a los conflictos actuales. Si fuera posible establecer etapas:

Etapas 1: Integración de inteligencia artificial para diagnóstico, manteniendo la empatía médica

Etapas 2: Medicina personalizada basada en valores individuales

Etapas 3: Educación continua en humanismo y ética médica

Etapas 4: Expansión del cuidado centrado en el paciente a nivel global

Por último cabe preguntarse ¿Sigue siendo la Medicina de este siglo la que hace la esperanza del Ser Humano Enfermo?. Sigue siendo el Médico de este siglo la persona que acompaña al paciente por la vereda de la Angustia ?. Si la respuesta es Afirmativa, la Medicina del siglo XXI sigue inmutable desde el comienzo de los tiempos, siendo necesario Generar Esperanza y acompañamiento.

Inteligencia Artificial y humanismo en medicina

Dr. Agustín Iza Stoll



La inteligencia artificial (IA), y con mayor difusión después de la aparición del Chat GPT, se ha incorporado a la vida diaria, tanto en la forma como nos comunicamos, como cuando accedemos a la información en general, y en el aspecto profesional, en la predicción, prevención, diagnóstico, tratamiento y especialmente en la relación médico paciente, en lo que parece ser un camino sin retorno. Las relaciones entre la inteligencia artificial y la medicina, que consideramos una profesión humanista, han despertado un gran interés, por sus aplicaciones no sólo en la educación médica sino asimismo en el ejercicio profesional. Pero asimismo han aparecido preocupaciones sobre problemas éticos en su implementación, en la seguridad de sus datos y en el peligro que sustituya a los profesionales de la salud, en la docencia y en la práctica de la medicina. Esta aparición de la IA encuentra a la medicina, en lo que se considera una deshumanización, no exclusivamente de la medicina, sino de la sociedad. Esta situación se complica con la velocidad con que la IA se amplía y profundiza y la aparente lentitud con que se obtienen resultados contra la deshumanización de la medicina y de la sociedad. Esta disyuntiva debería intentar solucionarse al incorporar a los médicos, y otros profesionales, en la construcción y supervisión de los diferentes sistemas de IA, para lograr que se respete la equidad, el respeto a la privacidad de los datos, entre otros, y que, asimismo, expresen la heterogeneidad de nuestras poblaciones. Es trascendente, que, como médicos, mantengamos un marco humanista que evite la despersonalización del cuidado de las personas y que integremos el desarrollo humano a través de las capacidades, de tal manera que la IA sea mas precisa, pero importantemente más justa, más empática y más humana. Este puede ser el camino en el que la IA y el humanismo se engancen en conseguir mejores personas, evitando ser adversarios y, más bien, colaboradores en beneficio de la humanidad.

Humanismo y tecnología en medicina

Dra. Sonia M. Boudrandi Constantín



La coexistencia del humanismo y la tecnología aplicada a la medicina, involucra a muchos actores: a los profesionales de la salud y a la población en general.

Son temas que parecen contraponerse, pero son sinérgicos pues ambos buscan ofrecer lo mejor para el paciente.

El Humanismo busca poner a la persona en el centro de la profesión, aún contando con los grandes avances tecnológicos.

En Medicina el enfermo es y seguirá siendo el centro y el objetivo de nuestra profesión, como un ser único, indivisible, bio-psico-social y espiritual; que además es portador de una enfermedad.

Hemos pasado de una medicina centrada en la enfermedad (patología); a una medicina centrada en el enfermo, con un enfoque holístico de éste.

En Uruguay las Escuelas de Medicina pública y privadas enseñan y estimulan la formación integral del futuro médico, con una fuerte vertiente humanista, otra biológica y una tecnológica.

La Facultad de Medicina de la Universidad de la República principal centro formación de médicos en el país incorporó en el plan de estudios del año 1969 materias como sociología y psicología, que nos permitieron comprender al enfermo como un todo.

En 1985, se creó el Departamento de Psicología Médica de la Facultad de Medicina de la Udelar, su profesor y fundador fue el Académico Dr. Ricardo Bernardi.

Simultáneamente se fomentó la investigación mediante la incorporación de herramientas como métodos cuantitativos, bioestadística y metodología de la investigación.

El Colegio Médico del Uruguay trabaja en el tema desde la comisión de ética y la publicación periódica de los cuadernos de bioética.

El año pasado se realizó en Montevideo el VIII Foro Franco Latinoamericano Bioética y Ética de las Ciencias, liderado por el Prof. Christian Bick con el patrocinio de la Unesco y el MEC; la ANM participó junto a entidades publicas y privadas.

Los temas centrales giraron en torno a la inteligencia artificial y su aplicación en medicina, su implicancia bioética, así como la necesidad de una gobernanza y legislación adaptadas a la nueva realidad.

Indudablemente que estamos transitando una era o revolución científico tecnológica, abrumadora y que ha llegado para quedarse.

De la cual debemos seleccionar aquellas innovaciones y adelantos, que permitan brindar más y mejor la calidad de vida a nuestros pacientes.

El médico es garante de una asistencia segura y adecuada; respetando su dignidad y integridad, así como valores y creencias del enfermo.

Una adecuada relación médico-paciente es fundamental para lograr nuestro objetivo.

Durante la entrevista es imprescindible la empatía, la utilización de un lenguaje comprensible con voz y tono adecuados.

Transmitir tranquilidad y seguridad; de que se dispondrán de los recursos necesarios para tratar de solucionar su situación.

Nuestro país cuenta con la cobertura de un seguro nacional integrado de salud, pero nos cuestionamos si es una salud igualitaria, cuando los especialistas y los recursos tecnológicos están centralizados en la capital.

La necesidad de desplazamientos y el pago de costes extras en exámenes y tratamientos, llevan a litigios mediante recursos de amparo. (ej. cirugía laparoscopica de avanzada, medicamentos de alto).

Es necesario el contacto físico, y no nos referimos a examinar al paciente, sino al contacto visual con el enfermo.

La historia electrónica facilita las consultas pero es un elemento distractor, que interpone un objeto entre el médico y el paciente, y además su llenado insume tiempo... “No me miró a la cara”.

Para la consulta son necesarios: un ambiente y tiempo adecuados.

Ambos muy importantes; el tiempo que disponemos para la consulta esta asignado por el prestador de salud y los convenios laborales, 4 a 6 enfermos por hora, lo que genera una fuerte presión durante la entrevista.

Finalmente debemos asegurarnos de que el paciente entendió lo que se le explicó y además obtener el consentimiento informado previo a la realización de cualquier procedimiento.

La relación médico paciente es dinámica pero hay principios que son inamovibles, entre ellos el derecho a la salud, la equidad, la privacidad y el derecho del paciente a estar bien informado.

Los avances científicos y tecnológicos en el último medio siglo han sido muy importantes.

En los años 70 la asistencia se basaba en la anamnesis, un examen físico exhaustivo, el análisis clínico y semiológico con una elaboración diagnóstica; contábamos con escasa paraclínica: exámenes básicos de sangre, estudios radiográficos simples y o contrastados.

Los avances tecnológicos se lograron por la investigación en materias básicas y clínicas sumado a la investigación e innovación en múltiples áreas del conocimiento.

Hoy nos permiten corroborar la sospecha diagnóstica mediante imágenes, estudios moleculares, genéticos y farmacológicos, con celeridad, precisión diagnóstica y terapéutica.

Hemos asistido al gran desarrollo de la imagenología: ecografías, tomografía computada, resonancia magnética con y sin contraste, centellografías.

Disponemos de aparatos cada vez más sofisticados, con menos efectos ionizantes, mayor número y definición de imágenes, apoyados en programas de computación e inteligencia artificial que permiten analizar las imágenes con precisión y rapidez.

Los avances en anatomía patológica con la tipificación inmunohistoquímica; de los conocimientos en genética que permiten identificar las alteraciones genómicas responsable del desarrollo de innumerables patologías; y evaluar la existencia de riesgo de desarrollo de enfermedades, por ej cáncer de mama. Realizar el consejo genético que puede implicar tratamientos preventivos médicos y o quirúrgicos (de reducción del riesgo). El desarrollo de la farmacodinamia y la fármaco genética hoy nos permiten ajustar la dosis de la medicación a los requerimientos personalizados del paciente.

Estos avances del conocimiento nos llevan a una medicina más personalizada y de precisión.

En cirugía hay grandes avances en el conocimiento de la etiopatogenia y fisiopatología de las enfermedades.

Muchos son los progresos en el instrumental de sala de operaciones en la calidad, el diseño y disponibilidad que permitieron pasar de la cirugía convencional a la miniinvasiva.

Sea ésta abdominal, pelviana, torácica, o articular permiten realizar los procedimientos quirúrgicos con los mismos resultados terapéuticos; menor agresión parietal, uso de analgésicos, menos días de internación, posoperatorios más cortos y reintegro más precoz a las actividades habituales.

La cirugía Robótica con beneficios similares, en nuestro país esta en desarrollo en centros de referencia, aún con costos muy elevados y solo al alcance de una población reducida.

El desarrollo de los procedimientos percutáneos guiados por imágenes que permiten drenar colecciones o biopsiar tumores evitando un abordaje quirúrgico.

Otro gran avance es en la enseñanza de la cirugía, con el uso de simuladores que permiten aprender y reproducir las maniobras quirúrgicas.

Se han facilitado las consultas mediante telemedicina, y las interconsultas entre especialistas, compartiendo imágenes y hasta la cirugía a distancia.

¿ En medicina se contraponen el humanismo y la tecnología?

La ejercicio de la profesión medica es arte y ciencia .

Los adelantos científicos y tecnológicos que hoy disponemos son productos de años de investigación, en centros de referencia con la aplicación del método científico y la innovación en búsqueda de mejorar la vida.

El diagnóstico clínico es más que una enumeración de signos y síntomas, se requiere saber escuchar, interpretar, razonar con intuición y experiencia siendo que estas habilidades que no se aprenden en los libros.

El arte de la medicina es la capacidad de adaptar el tratamiento y el enfoque que se le da a cada paciente; donde la comunicación es clave, el poder explicar el diagnostico y el tratamiento, ofrecer apoyo emocional y generar confianza, así motivar al paciente a seguir el tratamiento.

Aprender a dar malas noticias, a escuchar con empatía.

La medicina incluye decisiones difíciles, dilemas éticos y morales que son partes fundamentales del arte de curar.

La ciencia proporciona las herramientas y el conocimiento; pero el arte en la medicina es como aplicar estas herramientas con empatía y sabiduría buscando sanar al individuo en su totalidad.

Es ésta combinación del conocimiento científico, con experiencia, intuición y compasión que convierten a la medicina en una disciplina compleja y fascinante.

Bioética en Adolescencia en UTIP

Dr. Huníades Urbina-Medina



La Medicina Intensiva es la parte de la medicina que se ocupa de la atención de los pacientes con una alteración fisiopatológica, de tal gravedad, que pone en peligro su vida actual o potencialmente, siempre que el proceso sea reversible; por tanto, sus bases son el conocimiento y el control de las que pueden llevar a la muerte.

Los cuidados intensivos pediátricos son una especialidad relativamente nueva, que ha ganado importantes avances tecnológicos en los últimos años.

La práctica médica se centra en un individuo o individuos, de esta forma surge, de modo inevitable, una relación médico-paciente cargada de posibles conflictos éticos. La bioética es la herramienta que poseen los profesionales para hacer frente a estos retos. Esta disciplina nos permite afrontar con acierto los dilemas médicos que, a la práctica profesional, plantea un paciente concreto o una determinada sociedad⁽¹⁾.

La bioética en el contexto de la atención a adolescentes en terapia intensiva es un campo complejo que requiere un enfoque multidisciplinario, basado en principios éticos sólidos y una comunicación abierta y respetuosa entre todos los involucrados. Se centra en la autonomía, el consentimiento informado, la confidencialidad y la toma de decisiones complejas que involucran al paciente, la familia y el equipo médico.

Los dilemas éticos comunes incluyen la limitación del esfuerzo terapéutico, la negativa de ingreso a la unidad de cuidados intensivos y la toma de decisiones sobre tratamientos invasivos. La comunicación efectiva, el respeto a la dignidad del adolescente y la promoción de la autonomía son fundamentales en este contexto⁽²⁾.

En atención pediátrica, los principios éticos fundamentales son la beneficencia, la no maleficencia, la autonomía y la justicia. Estos principios guían la toma de decisiones médicas para asegurar el bienestar del niño, respetando su individualidad y considerando el contexto social.

- **Beneficencia:** Este principio implica actuar en el mejor interés del niño, buscando activamente su bienestar y promoviendo su salud y desarrollo.
- **No Maleficencia:** Se refiere a evitar causar daño al niño, ya sea físico, emocional o psicológico. Implica tomar decisiones que minimicen los riesgos y complicaciones.
- **Autonomía:** Aunque los niños no tienen la capacidad legal para tomar decisiones médicas por sí mismos, este principio se refiere a respetar su derecho a participar en las decisiones que les conciernen, en la medida de sus posibilidades y con el apoyo de sus padres o tutores. Conforme crecen, se les debe involucrar más en el proceso de toma de decisiones, respetando su capacidad progresiva de autonomía.
- **Justicia:** Este principio implica tratar a todos los niños de manera equitativa, sin discriminación por su origen, raza, género, nivel socioeconómico u otras características. Se debe garantizar el acceso equitativo a la atención médica y a los recursos necesarios para su salud y bienestar^(3, 4).

Aspectos clave de la bioética en adolescentes en terapia intensiva:

.- Autonomía y consentimiento informado:

Aunque los adolescentes son considerados menores de edad, su capacidad de participación en la toma de decisiones debe ser evaluada y respetada, especialmente en decisiones sobre su salud. El consentimiento informado, aunque a menudo requiere la participación de los padres o tutores, debe incluir la opinión del adolescente y ser explicado en un lenguaje comprensible.

.- Confidencialidad:

La confidencialidad es un principio ético importante, pero puede entrar en conflicto con la necesidad de informar a los padres o tutores sobre la salud del adolescente, especialmente en situaciones de riesgo.

.- Toma de decisiones complejas:

Los dilemas éticos en terapia intensiva pediátrica y de adolescentes pueden ser complejos, incluyendo la limitación del esfuerzo terapéutico, la decisión de no reanimar, o la negativa de ingreso a la unidad de cuidados intensivos. Estos dilemas a menudo requieren la deliberación entre el equipo médico, el paciente (si es posible) y la familia.

.- Comunicación efectiva:

Una comunicación clara y honesta entre el equipo médico, el paciente y la familia es esencial para construir una relación de confianza y facilitar la toma de decisiones.

.- Consideraciones sobre la familia:

La familia juega un papel crucial en la atención del adolescente en terapia intensiva. Es importante involucrarlos en el proceso de toma de decisiones, brindarles apoyo emocional y mantenerlos informados sobre el estado del paciente.

.- Desarrollo de la autonomía:

La bioética en adolescentes también implica promover su desarrollo como individuos autónomos, capaces de tomar decisiones informadas sobre su propia salud ⁽⁵⁾.

.- Formación del equipo médico:

El equipo médico que atiende a adolescentes en terapia intensiva necesita formación específica en bioética para abordar los dilemas éticos que puedan surgir y tomar decisiones basadas en principios éticos sólidos.

.- Apoyo psicológico:

Los adolescentes en terapia intensiva, y sus familias, pueden experimentar ansiedad, depresión y angustia moral. El equipo médico debe brindar apoyo psicológico y emocional para ayudarles a afrontar estas situaciones difíciles.

La formación ética de los profesionales de la salud es fundamental para garantizar una atención pediátrica de calidad. Se debe promover la reflexión sobre los dilemas éticos y la importancia de aplicar los principios éticos en la práctica clínica (5,6).

Dilemas éticos comunes:

- Decisiones sobre tratamientos invasivos: El equilibrio entre la esperanza de vida y la calidad de vida puede ser complejo, especialmente en casos de enfermedades graves o discapacidades.
- Consentimiento informado: La información proporcionada a los padres debe ser clara, comprensible y adaptada a sus capacidades de comprensión.

- Limitaciones al esfuerzo terapéutico: En situaciones donde el tratamiento no es efectivo, puede ser necesario limitar los esfuerzos terapéuticos y priorizar el confort del niño.
- Confidencialidad: Es fundamental proteger la privacidad del niño y mantener la confidencialidad de la información médica.

Los comités de ética en los servicios de salud juegan un papel importante en la resolución de dilemas éticos y en la promoción de una atención centrada en el paciente.

En resumen, la atención a niños de alto riesgo requiere una cuidadosa reflexión ética que involucre a todos los actores (médicos, padres, niño) y que se centre en el respeto, la justicia y el bienestar del niño^(4, 6).

Cuando un paciente precisa de ingreso en UCI lo habitual es que presente alguna condición que amenaza su vida de forma más o menos inmediata. En esta situación, la pertinencia del ingreso o no en UCI, es una de las primeras medidas que podrían considerarse Limitación de Tratamientos de Soporte Vital (LTSV) o Adecuación del Esfuerzo Terapéutico (AET) (14). Además, durante el ingreso del paciente, y tras haber podido objetivar la futilidad de las medidas aplicadas, no es infrecuente la aplicación de medidas de AET en los pacientes críticos. Esta decisión, tomada de forma consensuada por todo el equipo de intensivistas, debe dar paso, de forma inmediata, a la aplicación de cuidados paliativos⁽¹⁾.

Una parte fundamental del trabajo de un médico es la toma de decisiones ante un determinado paciente y situación clínica. En la UCI, es habitual que muchas de estas decisiones se tomen en equipo, de forma consensuada, tras la discusión del caso, tanto entre los propios intensivistas como con otros especialistas. No es infrecuente, sin embargo, que surjan diferencias de criterio, a pesar de que todos los profesionales estén correctamente formados y se rijan por los mismos principios bioéticos. Los avances en la Medicina Crítica dieron lugar a la prolongación del proceso de morir, con el consiguiente sufrimiento adicional para los pacientes y sus familias, creando situaciones complejas y dando lugar a una extensión muchas veces dolorosa de la vida.

Los avances tecnológicos en el área de la medicina crítica han proporcionado resultados favorables significativos, mejorando los índices de sobrevivencia, con la consiguiente disminución de la mortalidad en las UCI. Sin embargo, éstos indicadores son cuestionables,

en lo que respecta a la calidad de las vidas preservadas, en el caso de los pacientes recuperables, y la calidad del morir en el caso de los pacientes irrecuperables. El proceso de toma de decisiones como la cuestión de que



Marco de referencia

La medicina ha cambiado de forma rápida y profunda en el siglo XXI. Lo primero que viene a la mente son las nuevas herramientas que utilizan la inteligencia artificial y que pueden facilitar un diagnóstico preciso o personalizar un tratamiento. Pero lo que realmente está cambiando la medicina es la aplicación del conocimiento genómico tanto a nivel individual como poblacional. Es la conocida como medicina 4P —Predictiva, Preventiva, Personalizada y Participativa— pero también medicina personalizada, de precisión, en definitiva, medicina genómica.

La medicina genómica está destinada a producir cambios profundos en la concepción y en la metodología de la práctica médica en los próximos años, lo que tendrá un impacto elevado en la actividad asistencial y en la relación médico enfermo. La Medicina genómica también es aplicable al ámbito de la salud pública a través de la identificación de riesgos usando cribados.

Todos estos cambios suponen una oportunidad para crear sistemas sanitarios más eficientes, sostenibles y, sobre todo, centrados en el paciente. Sin embargo, también implican una serie de retos éticos y necesidades normativas con implicaciones sobre la actividad asistencial.

Tanto la medicina personalizada de precisión, 4P, como la medicina preventiva, a través de la evaluación de riesgos utilizando la puntuación de riesgos poligénicos. (PRS), implica un conocimiento del genoma del paciente, así como de la población, lo que plantea retos éticos que son cruciales para su desarrollo y aplicación responsable tanto por el médico, del paciente y de los legisladores.

Propuesta

Siguiendo los principios básicos en Bioética sobre autonomía del paciente, beneficencia, no maleficencia y justicia, los principales dilemas éticos pueden resumirse en 1) privacidad y confidencialidad, 2) consentimiento

informado, 3) discriminación, 4) no maleficencia -incertidumbre, uso de los DTC- y 5) equidad en el acceso,

Privacidad y confidencialidad: La información genética es extremadamente sensible. Garantizar que los datos de los pacientes se mantengan privados y seguros es fundamental ya que los datos genómicos son únicos y permanentes. Incluso anonimizados, existen riesgos de reidentificación mediante cruces con otras bases de datos. Un problema adicional es el hecho de que los datos clínicos pertenecen al paciente y puede reclamarlos, pero hay que advertir que la información genética de un individuo revela datos sobre sus familiares biológicos, que pueden revelarse sin su consentimiento explícito.

Consentimiento informado: Todo estudio genético requiere un consentimiento informado, especialmente en la secuenciación completa del genoma. Es esencial que los pacientes comprendan completamente los riesgos y beneficios de los procedimientos genómicos antes de dar su consentimiento, conociendo los alcances, limitaciones, riesgos e implicaciones de las pruebas genéticas, explicando los riesgos, beneficios, limitaciones e implicaciones, incluyendo hallazgos incidentales y que la información genética afecta a la familia.

Discriminación: El conocimiento genómico de una persona o de un grupo de población puede propiciar la discriminación, sobre todo cuando la información predictiva sea utilizada para discriminar a individuos en ámbitos como el empleo o los seguros, sin olvidar que la posibilidad de utilizar la información genética para fines no terapéuticos, como la selección de características en embriones, plantea preocupaciones éticas sobre la manipulación genética y la eugenesia.

No maleficencia: Conocer la predisposición a enfermedades graves puede tener un impacto psicológico significativo en los pacientes, generando ansiedad y estrés. Pero si unos resultados positivos pueden causar ansiedad, estigma o alterar la identidad personal; falsos negativos pueden dar falsa seguridad. Además, la medicina genómica plantea un problema de incertidumbre, por lo que comunicar esta incertidumbre sin generar ansiedad o falsas expectativas es crucial.

Justicia o equidad en el acceso: Existe el riesgo de que las tecnologías genómicas y su aplicación clínica solo estén disponibles para aquellos con suficientes recursos económicos, creando desigualdades en el acceso a recursos y tratamientos avanzados

Posicionamiento

La medicina genómica se está desplegando vertiginosamente en todos los aspectos de la salud, pero plantea una serie de problemas éticos y legales que habrá que reforzar e implementar.

Formación del médico: encaminada a cómo utilizar los datos genómicos, como plantear un consejo genético adecuado informando, sobre la incertidumbre de algunos datos, la posibilidad de recontactar a los pacientes, el impacto psicológico sobre los resultados de los índices de riesgo, evitando la sobrevaloración de factores genéticos que hagan descuidar determinantes sociales, ambientales y de estilo de vida de la enfermedad. La capacitación de los profesionales de la salud en genética puede ser un desafío en términos de recursos y formación. Esta formación debe de fomentar la interdisciplinariedad.

Las autoridades sanitarias, los sistemas de salud y la sociedad en general, deben de asegurar el acceso equitativo a la medicina genómica evitando la discriminación. Para ello, es necesario tener suficiente número de genetistas clínicos para asegurar los consentimientos informados y la interpretación de los resultados genómicos.

Deberá regularse el almacenamiento de los datos genómicos, su confidencialidad y el acceso a ellos. En esta regulación deben incluirse los denominados DTC (pruebas directas al consumidor).

Finalmente, se debe facilitar el diálogo entre científicos, médicos, pacientes y la sociedad para resolver los desafíos éticos que se vayan planteando.

La Ceremonia de la Bata Blanca es mucho más que un rito de paso

Prof. Duarte Nuno Vieira



La Ceremonia de la Bata Blanca es mucho más que un rito de paso. Es un hito simbólico y profundamente significativo en la trayectoria de quienes han elegido dedicar su vida al servicio de la salud y la dignidad humana. Al vestir la bata blanca por primera vez, los estudiantes de medicina no solo se comprometen con el conocimiento y la ciencia, sino sobre todo con la ética, la compasión y la escucha activa.

Este momento solemne representa una entrada consciente al mundo de la responsabilidad clínica, pero también a la antigua tradición de la medicina que se construye día a día sobre la base de valores humanísticos. La bata blanca, símbolo de pureza, confianza y cuidado, nos recuerda que detrás de cada diagnóstico se esconde una historia de vida; y que, más allá de la técnica, es el vínculo humano el que transforma el acto médico en un verdadero arte de cuidar.

En esta ceremonia, se invita a los futuros médicos a reflexionar sobre el profundo significado de su vocación y a abrazar, desde sus primeros pasos, una medicina centrada en la persona, el respeto, la empatía y la humildad. También es una oportunidad para reunir a la comunidad académica, las familias y los profesionales de la salud para reafirmar su compromiso con una medicina más justa, sensible y humana.

La Ceremonia de la Bata Blanca es, por lo tanto, un punto de partida. Es un gesto que honra el pasado de la medicina, celebra el presente de la formación y prepara el futuro para una atención más completa, consciente y humanizada.