



FLACSO
ARGENTINA

PROGRAMA DE BIOÉTICA FLACSO
MAESTRÍA EN BIOÉTICA

**Educación en Salud: metodología activa para la enseñanza
de la bioética**

Tesista: Leonardo Savian Batistella

Directora de Tesis: Dirce Guilhem

**Tesis para optar por el grado académico de Magíster en
Bioética**

Fecha:

25 de noviembre de 2021

Índice

Introducción	5
1. Aprendiendo de la historia	8
1.1 El eslabón perdido	8
1.2 El surgimiento de la medicina y la bioética	12
1.3 El derecho a la salud y la función social de los profesionales de la salud	14
2. La evolución de la relación médico-paciente	20
2.1 El juramento hipocrático	20
2.2 Paternalismo	21
2.3 Autonomía	24
2.4 La transición moderna. ¿Medicina de resultados o medicina de medios?	26
2.5 Slow Medicine: el médico virtuoso	29
3. Herramientas de apoyo: comunicación sanitaria y tipos de vulnerabilidad	32
3.1 La importancia de la comunicación en las relaciones sanitarias	33
3.2 Vulnerabilidad	35
3.2.1 Capas de vulnerabilidad	36
3.2.2 Vulnerabilidad disposicional y vulnerabilidad en cascada	39
4. Enseñanza de las ciencias de la salud	41
5. Metodologías Activas (MA)	45
5.1 Metodologías activas: reflexiones...	45
5.2 Algunos ejemplos	49
5.3 Metodología activa en la enseñanza de la bioética	50
5.3.1. Poniendo en práctica	51
6. Conclusión	66
Bibliografía	69

Decía mi mamá: Hay cosas que no se compran en la botica de la esquina. Hay que hacer la enorme y costosa diligencia de adquirirlas con el espíritu, y eso cuesta.

Atahualpa Yupanqui

Resumen: El vínculo entre el profesional de la salud y el paciente es, quizá, el pilar más importante para el éxito de la prestación de los servicios sanitarios. El choque entre el paternalismo médico, aún presente en la actualidad, y la autonomía irrestricta del paciente, genera una creciente desarmonía entre estos actores. Los orígenes de esta desarmonía son muchos, pero la formación académica en salud es en parte responsable de ello. Es necesario repensar y actualizar algunos modelos metodológicos de enseñanza, dotando a los estudiantes de competencias humanísticas y bioéticas vinculadas a la práctica clínica/técnica. Las metodologías de enseñanza activa son herramientas útiles para lograr dicho objetivo, dado que fomentan la reflexión crítica de los estudiantes ante los problemas reales, por lo tanto, son una herramienta importante en la formación práctica para el desarrollo de las competencias clínicas y bioéticas junto con la prestación de los servicios sanitarios. Al emplear dicha metodología se busca obtener no solo ventajas para la relación entre el profesional de la salud y el paciente, sino también beneficios en la calidad de la prestación de los servicios, lo que implica mejoras para la salud de la población, que a su vez se refleja en los índices de desarrollo socioeconómico del país.

Introducción

La enseñanza bioética y humanística en las carreras del área de la salud, confieren habilidades especiales a los estudiante y futuros profesionales, ya que ayudan a comprender al individuo y la sociedad bajo sus diferentes vertientes, ampliando el conocimiento más allá de los factores meramente biológicos.

Estas cualidades y habilidades posibilitan la promoción de acciones dirigidas a mejorar la salud y la calidad de vida de los pacientes y de la población, convirtiendo a los trabajadores de la salud en importantes agentes de transformación y desarrollo socioeconómico. Dado que el nivel de atención en salud y la calidad de vida impactan directamente en la capacidad laboral de cualquier individuo, lo que se refleja en la fuerza laboral física e intelectual de la nación. (LOPES, 2009).

Además de los aportes sociales que la formación bioética es capaz de brindar, también existen beneficios directos para los profesionales de la salud, ya que adquieren cualificaciones para gestionar conflictos bioéticos, reducir la carga de trabajo, evitar errores clínicos o infracciones éticas, etc.

Sin embargo, recibir una formación humanística y bioética no es suficiente, es necesario asegurarse de que el estudiante comprenda su importancia y que sepa aplicar dichos conocimientos de manera práctica en el ejercicio de su profesión.

Por lo tanto, dado que los trabajadores de la salud son agentes importantes para la transformación socioeconómica, por ser claves para la atención de la salud de la población, las instituciones educativas tienen un rol fundamental en el desarrollo de las habilidades de estos profesionales. (MELO, 2020).

Sin embargo, existe una especie de vacío en la delicada transición entre la vida académica y profesional, lo que indica que el sistema educativo en ciencias de la salud debe evolucionar en esta dirección. Existe un desajuste constante, pero no generalizado, entre la formación académica y la prestación de servicios profesionales, a veces la teoría y la práctica no van de la mano, a pesar

de que es evidente que es necesario que haya armonía entre ellas, para evitar que ocurran daños irreparables.

Este vacío está relacionado con las numerosas dificultades que enfrentan muchos profesionales después de graduarse, como la formación de vínculos saludables con sus pacientes, el manejo de conflictos éticos y bioéticos, cumplir con el objetivo profesional, entre otros. Se espera que al principio el profesional se enfrente a esos desafíos, pero el problema radica en que en muchos casos acaban acompañándolo durante un largo periodo de tiempo.

Las consecuencias de este problema conllevan un aumento del estrés laboral (síndrome de Burnout), un aumento del número de demandas por errores médicos y violaciones éticas, insatisfacción y enfermedad física/mental de los trabajadores, etc.

El origen del problema puede estar en la precariedad de la formación académica de los trabajadores de la salud, especialmente en lo que respecta a las materias humanísticas y bioéticas, cuyo foco y metodología de enseñanza, a veces, no se adapta a los desafíos actuales y futuros.

Este trabajo de investigación tiene como objetivo, por un lado, demostrar la brecha que hay entre la enseñanza y la práctica de las ciencias de la salud, específicamente en el ámbito de las materias humanísticas y bioéticas; y, por otro lado, demostrar el papel que juegan los profesionales de la salud en el desarrollo socioeconómico del país, y cómo la brecha entre docencia y praxis puede afectar negativamente al profesional de la salud, al paciente y a la sociedad. Finalmente, a modo de ejemplo, se discutirá cómo las metodologías de enseñanza activa pueden ayudar a llenar el vacío entre la teoría y la práctica, específicamente con las materias humanísticas y bioéticas.

Por lo tanto, este trabajo pretende analizar en el tiempo la teoría y la práctica de la bioética y las ciencias de la salud, especialmente de la medicina, para situar el paradigma actual de esta relación; reafirmar y detallar la brecha que existe entre la formación y la prestación de servicios de salud; caracterizar la relevancia del profesional de la salud, desde el punto de vista micro, en su relación con el paciente, hasta el punto de vista macro, en su relación con el estado y la sociedad como agente necesario para el desarrollo de políticas

públicas; proporcionar conceptos y herramientas bioéticas útiles para los profesionales de la salud; y, finalmente, demostrar metodológicamente un camino posible, entre muchos, para acercar la enseñanza y la práctica de la bioética a los profesionales de la salud.

Para profundizar en los temas planteados anteriormente, así como también en los posibles caminos a seguir para superar estas dificultades académico-profesionales, se abordarán algunos temas introductorios, tales como: el papel que tuvieron los primeros cuidadores en la formación de la sociedad actual; el contexto en el que surgió la medicina y la bioética y; la importancia del derecho a la salud y de los profesionales de la salud para el desarrollo socioeconómico.

En la segunda etapa, se hará un seguimiento de la evolución de la relación médico-paciente, destacando el paternalismo, la autonomía y el paradigma actual de esta relación. Se demostrará que cada época tiene sus características, y que la construcción de la relación médico-paciente se forjó en base a grandes desafíos, aunque todavía necesite evolucionar hasta alcanzar una interacción armoniosa.

Después del recorrido histórico, en la tercera etapa del presente trabajo se dilucidarán algunos conceptos bioéticos, que a su vez serán utilizados como herramientas para la aplicación metodológica descrita en el quinto punto de este texto.

Algunas de las herramientas son: la comunicación en las relaciones de salud y los conceptos de vulnerabilidad, capas de vulnerabilidad, vulnerabilidad disposicional, vulnerabilidad en cascada.

En la cuarta etapa, se realizará un análisis crítico de la enseñanza de la bioética en las carreras de salud y de las dificultades que enfrentan los profesionales de la salud para aplicar la bioética en su rutina de trabajo.

Finalmente, para sugerir un enfoque metodológico que invite a la enseñanza y al aprendizaje de la bioética, se planteará el concepto de metodología activa y sus variantes, en el que se demostrará un ejemplo de enseñanza bioética a través de este enfoque metodológico, reuniendo las herramientas presentadas en el punto tres de esta disertación.

1. Aprendiendo de la historia

No cabe duda de que la historia es una de las grandes fuentes de conocimiento de la humanidad. Analizar los hechos históricos significa comprender el tiempo presente y proyectar el futuro.

Hoy en día, mucha gente vive centrada en el presente, en este mundo globalizado e informatizado (informática = información + automatización) hay una gran cantidad de información que aparece constantemente. Mucha de esa información es superficial y falsa, y desvía la atención de los hechos realmente importantes y esenciales.

Por otro lado, que la sociedad esté interconectada es un importante logro tecnológico. Por ejemplo, sin la interconectividad actual, la pandemia de Covid-19 tendría efectos más devastadores en todos los sentidos.

Independientemente de la generación a la que se pertenezca, ya sea *Baby Boomer*, X, Y (*millennials*), Z o *Alpha*, es importante alejar la vista de las pequeñas pantallas que tenemos en nuestras manos para poder ver con más claridad la gran pantalla de la historia.

1.1 El eslabón perdido

La evolución del ser humano está estrechamente ligada al acto de cuidar de sí mismo y de los demás. El hombre primitivo vivía en un entorno peligroso, muchas amenazas atentaban contra su paz, durante un tiempo la propia existencia de la raza humana fue puesta en jaque. Si no fuera por algunos acontecimientos históricos, el mundo tecnológico en el que vivimos hoy podría no ser posible. (HARARI, 2018).

Muchos estudiosos debaten ampliamente sobre qué condiciones y acontecimientos posibilitaron la evolución humana y la vida en sociedad. Algunos dicen que el descubrimiento del fuego fue fundamental para esta evolución, otros dicen que, además del fuego, fue importante la fabricación de herramientas. De todos modos, esta es una discusión extensa, con numerosos hechos y acontecimientos que, en su momento, surgieron para ayudar al desarrollo de la vida humana.

Sin embargo, la antropóloga Margaret Mead¹ emitió una opinión bastante peculiar sobre el tema. Cuando una estudiante le preguntó cuál era el primer signo de civilización en una cultura, la antropóloga dijo que el primer signo de individuos que organizaron y posibilitaron la evolución y perpetuación de la especie está en un fémur fracturado de 15 mil años, encontrado en un sitio arqueológico.

Hace quince mil años, una fractura de fémur habría significado la muerte, ya que el individuo no podría buscar comida, agua, escapar del peligro o acompañar al grupo de personas si eran nómadas, además, obviamente, de las consecuencias inmediatas que podría acarrear una lesión no tratada.

Sin embargo, este fémur se curó de una fractura, lo que revela que otra persona se dedicó a la atención constante del individuo enfermo, a pesar de la escasez de recursos y conocimientos para brindar dicho cuidado.

En una época en que la gente moría con facilidad y un individuo herido era visto como una vulnerabilidad para el clan, este gesto marcó una gran diferencia en el curso de la humanidad en la historia, especialmente para la formación de vínculos emocionales entre las personas y, por lo tanto, para la vida en sociedad.

Por ende, según Margaret Mead, este hallazgo arqueológico revela que, además del fuego, las herramientas, etc., la evolución de la especie humana se basó en el acto de cuidar. Si no fuera por la sensibilidad de las personas que se dedicaron al cuidado físico y psicológico de los individuos vulnerables, probablemente no viviríamos en el mundo organizado y evolucionado de hoy.

Puede parecer forzado admitir que el acto de cuidar, practicado hace miles de años, fue la chispa que hizo posible la sociedad tecnológica actual. Al fin y al cabo, ¿qué relación hay entre la curación de esa fractura de fémur y la formación de las ciudades, las naciones, las leyes que rigen nuestras vidas, la tecnología como los satélites que orbitan la tierra, las supercomputadoras, la ingeniería genética o incluso la inteligencia artificial que, *a priori*, no está dotada

¹ Blumenfeld, Remy. 2020. Como um osso humano de 15.000 anos pode ajudá-lo durante a crise do Coronavirus. Revista Forbes. Disponible en: <https://www.forbes.com/sites/remyblumenfeld/2020/03/21/how-a-15000-year-old-human-bone-could-help-you-through-the--coronavirus/?sh=6151e2bc37e9>

de sentimientos? ¿No sería posible la vida social y tecnológica actual si no fuera por esos actos de solidaridad entre humanos en el pasado?

Pues bien, más allá de la reflexión, parece que hay un vínculo entre estas realidades. Nótese que la motivación del cuidador en el pasado puede haber sido el afecto familiar o la amistad; la necesidad de curar a ese enfermo, porque era importante para la supervivencia del grupo, al ser un excelente cazador; o incluso el sentimiento de empatía, aunque no fuera alguien cercano al cuidador o importante para la supervivencia de los demás.

Cuidar a alguien vulnerable requiere un esfuerzo extra si se compara con los vínculos afectivos cotidianos, requiere dedicación constante, paciencia, saber escuchar y hablar con quien sufre, etc. Estas cualidades pulieron las emociones y los lazos de confianza entre los humanos primitivos, transmitiendo a las generaciones futuras el sentimiento de unidad y, sobre todo, de cooperación. (FERGUSON, 2018).

Hace 15.000 años, un pequeño corte en la planta del pie o un esguince de tobillo podían provocar una discapacidad total y permanente, o la muerte. Hoy en día, incluso una limitación física o mental, por muy transitoria que sea, puede eliminar la capacidad plena de trabajo o afectar el estado de ánimo y la calidad de vida de una persona.

Al fin y al cabo, lo que realmente siempre fue importante es la seguridad de la salud de los individuos del clan o de la sociedad. La invención de la rueda, el automóvil, el tren o el avión no fue sólo para llevarnos más rápido del punto A al punto B, el hombre creó estas obras para tener más seguridad y comodidad para sí mismo y para el grupo social. Estar a salvo y protegido es un sentimiento primitivo, pero que aún habita en el subconsciente individual y colectivo.

Más que remediar una fractura de fémur, el hombre social desea prevenir la fractura del fémur, todos los inventos tienen este vínculo motivacional inseparable de estar a salvo y repeler las amenazas. Incluso las armas, que se utilizan para herir, son ejemplos de inventos que el hombre desarrolló para garantizar su propia seguridad y la de su grupo.

Por lo tanto, el vínculo entre el inicio de las sociedades primitivas y la formación de la sociedad actual, radica en esta necesidad fraternal de seguridad de la salud individual y colectiva, que en última instancia se traduce en sentimientos de empatía y amor. (FERGUSON, 2018).

El desarrollo del intelecto elevó el nivel tecnológico de la vida humana, pero fue la inteligencia emocional y afectiva la que hizo posible la vida social, posibilitando la creación de normas escritas que garanticen la protección y la convivencia cooperativa, lo que a su vez creó un terreno fértil para que la humanidad desarrollara las maravillas tecnológicas que les ayudan a lo largo de su vida. (HARARI, 2018).

Pero, paradójicamente, poco a poco se va perdiendo el vínculo de comunión que hizo posible la vida social y tecnológica actual. El sentimiento de unidad, que fue fundamental para la perpetuación de la especie, está dando paso hoy al individualismo. Aunque vivimos rodeados de un gran número de personas, el dolor del otro ya no nos afecta tanto.

Un piloto de Fórmula 1, que conduce su vehículo a casi 300 km/h, necesita tener una visión de túnel, centrándose sólo en lo que tiene enfrente, la velocidad no le permite mirar el paisaje o el público que lo rodea. La mayoría de las personas también tiene visión de túnel, pues vive una rutina acelerada, viendo sólo sus propios problemas, siendo indiferente incluso a sus familiares, olvidando el vínculo que es la base de la existencia humana.

Este razonamiento no es sólo filosófico, sino que es un problema real que afecta a una parte importante de la población, desencadenando problemas de relación, enfermedades físicas y mentales, desigualdades sociales, violencia, contaminación e incluso guerras, (FERGUSON, 2018). Al poner las necesidades individuales por encima de las colectivas, el hombre da los primeros pasos hacia el autoexterminio.

Hace quince mil años, una fractura de fémur era una sentencia de muerte. Los hombres primitivos simplemente aceptaban esa realidad, la mayoría de ellos ni siquiera intentaban curar una lesión tan grave. En el siglo XXI una fractura de fémur sigue siendo algo grave, pero remediable. La sentencia de muerte del hombre posmoderno está en su comportamiento acelerado e

individualista, situación que la mayoría de la gente simplemente acepta, pensar diferente no es una posibilidad para las masas asalariadas.

1.2 El surgimiento de la medicina y la bioética

Aquellos primeros cuidadores, que asistieron a la curación de una fractura de fémur y de otras muchas lesiones potencialmente mortales, fueron inicialmente madres, padres o personas cercanas, que les brindaban atención a sus familiares enfermos, puliendo los vínculos afectivos sociales.

Pero, poco a poco, a medida que las sociedades primitivas crecían, algunos individuos se empezaron a destacar en el oficio de la sanidad del clan, y se les confió la responsabilidad de ayudar a la curación de enfermedades y heridas.

Estos "curanderos" comenzaron a ocupar una función destacada, ascendiendo a un nivel jerárquico de prestigio dentro del clan. Tal vez tan esenciales como los excelentes cazadores que aseguraban el sustento y la supervivencia del grupo, ya que eran los encargados de hacer que un cazador volviera a ejercer su función si sufría un accidente durante la cacería.

Los médicos primitivos tenían esa responsabilidad y ese importante papel, al ayudar a curar enfermedades que antes eran intratables, el oficio de la medicina se convirtió en una actividad sagrada, (LOPES, 2009). Pocos tenían esa vocación y capacidad de cuidar, de estudiar métodos y plantas que contribuían al tratamiento de fracturas y enfermedades.

Por ende, la medicina surge del sentimiento de amor, de empatía, de cuidado del prójimo, características que, como ya se ha visto, fueron la clave del desarrollo del hombre social.

Como materia inseparable de la medicina está la bioética, que en aquella época era empírica. A fin de cuentas, en una época en la que el lenguaje hablado estaba poco desarrollado, era difícil explicarle a un hombre primitivo, que tenía una fractura de fémur, que debía descansar, mantener la pierna inmóvil, soportar ese difícil periodo de tratamiento para tener alguna posibilidad de curación.

Aparte del respeto natural que la gente tenía por los médicos, ya que eran hombres santos, se necesitaba mucha capacidad de comunicación para atender a los vulnerables primitivos.

El concepto de bioética no apareció hasta el siglo XX. En 1927, en un artículo publicado en la revista alemana Kosmos, Fritz Jahr se utilizó por primera vez la palabra bioética (bio + ethik). Este autor caracterizó la Bioética como el reconocimiento de las obligaciones éticas, no sólo hacia los seres humanos, sino también hacia todos los seres vivos. (JAHR F., 1927 Apud GOLDIN, José R., 2006, p. 86).

La creación del término Bioética también se le atribuye a Van Rensselaer Potter, por el artículo publicado en 1970, "*The Science of Survival*", en el que proponía este nombre para una nueva ciencia de la supervivencia. Posteriormente, en su libro "Bioética: puente hacia el futuro", desarrolló su propósito de "contribuir al futuro de la especie humana promoviendo la formación de una nueva disciplina: la bioética" (POTTER VR., 1971 Apud GOLDIN, José R., 2006, p. 86).

A pesar de que ya existía una bioética primitiva, su origen reciente se debió a los conflictos relacionados con el uso de las nuevas tecnologías en la medicina. El conflicto bioético surgió en situaciones en las que la tecnología evolucionó hasta el punto de mantener artificialmente con vida a una persona, pero con un estado de salud irreversible, como en los casos de muerte cerebral.

Después de todo, ¿quién es el responsable de la decisión de mantener a la persona con vida de forma artificial o desconectar el soporte vital? Estos primeros casos provocaron un enorme malestar e incertidumbre, pero con la ayuda de la bioética pudieron resolverse.

También es cierto que el concepto de bioética se ha ampliado a lo largo del tiempo, abarcando no sólo a las ciencias de la salud, sino también cuestiones transdisciplinarias, como la investigación científica, el medio ambiente, la tecnología moderna y posmoderna, la diplomacia internacional, etc. (SGANZERLA, 2020). En este trabajo, el concepto de Bioética puede abarcar estos diferentes matices, pero el enfoque principal será el de las ciencias sociales y de la salud.

Por lo tanto, aunque el concepto haya surgido recientemente, es un hecho que la bioética aplicada se originó con los primeros humanos que se dedicaron a cuidar de los demás. Aunque se trata de una bioética rudimentaria, los cuidadores primitivos la implementaban de forma inmediata y natural, dado que necesitaban reflexionar y decidir que medios utilizarían en la práctica de los cuidados, enfrentándose a menudo a decisiones difíciles, similares a las que enfrentan actualmente los profesionales de la salud, como, por ejemplo, entender cuándo un paciente entrará en cuidados paliativos; o comunicar malas noticias al paciente y su familia.

Así como la enseñanza de la profesión médica pasó de generación en generación, con el dominio y perfeccionamiento de prácticas y técnicas, la enseñanza de la bioética también se ha transmitido desde la antigüedad hasta nuestros días.

Los primeros maestros tuvieron su papel en la historia, al enseñar que no bastaba con dominar la técnica para tratar enfermedades o lesiones, sino que además era necesario comprender al paciente para conseguir que coopere con el tratamiento. Sin esta cualidad bioética, la curación de esa fractura de fémur nunca hubiera sido posible, aunque se aplicara la mejor técnica.

Es en este contexto que comienza a gestarse la relación entre el médico y el paciente, donde el surgimiento de la medicina y de la bioética aplicada es una de las grandes claves de la evolución del hombre social y del mundo en el que vivimos, ya que tienen su origen en los sentimientos y afectos que unían a los hombres antiguos.

1.3 El derecho a la salud y la función social de los profesionales de la salud

El binomio salud-enfermedad está presente constantemente en la vida de cualquier persona. Hay diferentes aspectos que pueden influir en la prevalencia de una sobre otra, como los factores personales que involucran hábitos alimentarios, las relaciones familiares y sociales, los niveles de estrés, la práctica deportiva; y también los factores macro, como el saneamiento básico, la distribución de los ingresos, la seguridad, la educación, el acceso a los bienes y servicios, etc. (BUSS, 2007).

El hombre ha estado estudiando las causas de las enfermedades y el significado de la salud durante mucho tiempo. El concepto de salud/enfermedad se ha ido modificando a lo largo del tiempo, y su significado varía según el lugar, las costumbres, la clase social, los valores individuales, filosóficos, religiosos, científicos, etc.

En la Antigüedad se creía que la salud era un don divino, y que los que caían enfermos estaban sufriendo un castigo por haber pecado. Más tarde, el filósofo Hipócrates escribió el tratado sobre "los aires, aguas y lugares", lo que implicó una evolución del entendimiento, al relacionar la enfermedad y la salud con los lugares de residencia, el agua consumida y el viento. El mismo filósofo desarrolló la Teoría de los Humores, según la cual los elementos agua, tierra, fuego y aire afectarían el estado de salud y enfermedad de los seres humanos. (SCILIAR, 2007).

Avanzando en el tiempo, surgió la teoría de los "miasmas", que básicamente atribuía la enfermedad a los gases de los animales y a los residuos en descomposición, y esta concepción perduró hasta el siglo XIX, (SUSSER, 1998 Apud BUSS, 2007). Pero a finales del siglo XIX apareció la Teoría Microbiana, que describía la multicausalidad de las enfermedades y establecía que los microorganismos eran los causantes de las mismas, atribuyendo la prevalencia de la enfermedad o la salud a factores socioeconómicos, concepto que perdura hasta nuestros días.

Independientemente de la conceptualización, la salud es un valor insustituible para cualquier persona, por lo que tiene la condición de derecho fundamental para el ser humano, al igual que el derecho a la vida, a la libertad, a la dignidad, a la igualdad, entre otros previstos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos², proclamada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) el 10 de diciembre de 1948.

Los Estados miembros de la ONU destacan el derecho a la salud en sus constituciones. En las naciones ricas, por ejemplo, a veces el derecho a la salud no es financiado directamente por el gobierno, pero se establecen condiciones para que los ciudadanos proporcionen y paguen los servicios de

² ONU, Declaración Universal de los Derechos Humanos. Disponible en: <https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=por>

salud y bienestar para sus familias. Sin embargo, en algunos países donde una gran parte de la población es pobre, los servicios sanitarios son financiados directamente por el gobierno, ya que los ciudadanos no tienen los ingresos mínimos para pagarlos. Es el caso de Brasil, por ejemplo, donde el Sistema Único de Salud (*Sistema Único de Saúde*, SUS) ofrece acceso gratuito, completo y universal a los servicios sanitarios para toda la población.

Pero, ya sea que la salud la brinde el gobierno o los propios ciudadanos, el Estado tiene la responsabilidad de asegurar que la población tenga acceso a dichos servicios, ya que los niveles de salud son indicadores importantes para el desarrollo socioeconómico, lo que influye en diferentes sectores de la sociedad.

Por lo tanto, los niveles de desarrollo socioeconómico y sanitario son indicadores directamente proporcionales, ya que cuanto mejores sean las condiciones de ingreso, empleo, vivienda, acceso a bienes y servicios, ocio, etc., más sana estará la población. Cuanto más sana sea una población, mejores condiciones tendrá la gente para trabajar, estudiar y generar ingresos, formando un círculo virtuoso que se retroalimenta.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) hace suya esta idea al afirmar que la “salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad.”

En definitiva, el conjunto de ingresos, salud, vivienda, saneamiento básico, educación, etc., sirven como indicadores de desarrollo socioeconómico, pero no siempre ha sido así.

En el pasado se utilizaba el Producto Bruto Interno (PBI)³ per cápita para ello, pero el PBI per cápita sólo tiene en cuenta los aspectos económicos, por lo que no representa una referencia actualizada para este fin. El Índice de Desarrollo Humano (IDH)⁴ es actualmente un indicador más adecuado, ya que combina aspectos como el ingreso, la educación y la salud para medir el grado de desarrollo social.

³ Disponible en: <https://www.ibge.gov.br/explica/pib.php>

⁴ Disponible en: <https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0.html>

Como se mencionó en la introducción de este texto, los trabajadores de la salud son herramientas que ayudan al desarrollo socioeconómico del país. Pero, en realidad, ¿cuál es el papel de estos trabajadores para el desarrollo socioeconómico? ¿Cuándo su actuación tiene el potencial de transformar la sociedad?

Evidentemente, de forma aislada, los médicos, los enfermeros y otros profesionales no pueden promover un cambio significativo. Necesitan el apoyo de estructuras y acciones conjuntas que involucren a diferentes sectores sociales y gubernamentales, es decir, deben insertarse en el contexto de las políticas de salud pública para alcanzar el máximo potencial de su función social.

Por ende, dentro de una estructura organizada de políticas públicas, el profesional de la salud ocupa un espacio y una función social importante, porque es él quien actúa en el último eslabón de la atención sanitaria, recolectando información social e interactuando directamente con la población.

Por lo tanto, cuando los trabajadores de la salud se insertan en este contexto macro son la clave para el éxito de las políticas públicas, como los representantes finales del Sistema de Salud/Estado en el proceso de implementación de las políticas públicas, cumpliendo una función importante para el desarrollo socioeconómico de la nación, proporcionando buenas condiciones de salud para la población.

Por consiguiente, es fundamental que estos profesionales conozcan el funcionamiento del programa estratégico de salud en el que trabajan, para que entiendan la responsabilidad del papel que juegan dentro de las políticas de salud pública y lo que se espera de ellos. El gobierno, como gestor de las políticas de salud pública, debe iniciar este proceso de concientización desde las bases curriculares en las carreras de ciencias de la salud, y también debe utilizar modelos estratégicos para facilitar la comprensión y la acción de los profesionales de la salud cuando se insertan en el contexto de alguna política pública.

Un modelo que explica de forma didáctica los micro y macro Determinantes Sociales de la Salud (DSS), que revela los factores que influyen en los niveles de salud de la población, es el modelo de Determinantes Sociales de la Salud (DSS), elaborado por Dahlgren y Whitehead (siguiente figura), que puede

orientar la comprensión global sobre los diferentes aspectos que influyen en los niveles de salud y el papel que pueden asumir los trabajadores de la salud en este contexto.



Este modelo retrata los determinantes de la salud desde las perspectivas micro, intermedia y macro. Los individuos se encuentran en la primera etapa del modelo, con las características: edad, sexo y factores genéticos que influyen en las condiciones de salud. En la siguiente etapa del modelo se encuentran los comportamientos y estilos de vida individuales, esta capa se sitúa en el límite entre los factores individuales y los DSS, ya que el comportamiento se considera una responsabilidad individual, motivado por el libre albedrío, aunque en cierta medida se forman parte de los DSS, dado que el comportamiento se ve influenciado por los determinantes sociales. (BUSS, 2007).

La capa inmediatamente superior incluye las redes sociales y comunitarias, que son los indicadores de cohesión y apoyo social. Esta capa es

de suma importancia, porque señala los niveles de solidaridad y confianza entre las personas y los grupos de un país determinado, dado que las redes de apoyo son fundamentales para la promoción de la salud individual y colectiva.

El siguiente nivel describe las condiciones de trabajo y de vida, el acceso a los entornos y a los servicios esenciales como la salud, la educación, la vivienda, el saneamiento básico, etc. Por último, en la capa más externa, se sitúan los macrodeterminantes, que se refieren a las condiciones socioeconómicas, culturales y del medio ambiente. (BUSS, 2007).

El modelo formulado por Dahlgren y Whitehead, proporciona una visión amplia de los factores que influyen en la calidad de la salud de la población, dado que pone de manifiesto cuáles son los estratos en los que el gobierno debe adaptar las políticas públicas para mejorar las condiciones de salud del país. A su vez, cuando los trabajadores de la salud son instruidos con este conocimiento global, es evidente la acción que se espera de ellos ante una determinada política pública, ya que son los responsables de actuar en el último eslabón de la atención sanitaria, por lo tanto, son responsables de gran parte de la eficiencia y el éxito de estas políticas sociales de salud.

Como se analizará mejor en el punto 4 de este trabajo, la formación académica de estos profesionales tiene un papel fundamental en la comprensión de las estructuras sanitarias del país. Pero no sólo eso, la formación académica debe pulir a los futuros profesionales desde el punto de vista bioético y humanista, permitiéndoles profundizar en los aspectos personales y sociales en los que se inserta el paciente, realizando una lectura completa, yendo mucho más allá de los aspectos particulares de la enfermedad, es decir, el profesional de la salud no debe tratar la enfermedad en sí misma, sino al individuo como un todo.

2. La evolución de la relación médico-paciente

Como se mencionó anteriormente, los pasos de la historia han demostrado que el acto de cuidar ha moldeado al hombre social, dando lugar a la aparición de individuos que se dedicaron exclusivamente al cuidado de los enfermos, desarrollando características únicas para este oficio.

A lo largo de los milenios en que la medicina se ha consolidado como profesión, la relación entre el médico y el paciente también ha tomado forma, es un concepto abierto y en constante evolución. Sin embargo, para entender el binomio médico-paciente de hoy, es necesario retroceder unos pasos para tener una visión amplia del contexto histórico.

La relación médico-paciente se puede observar como un indicador social, es decir, si en la antigüedad esta relación fue la materia prima para la formación de lazos sociales y afectivos, en los que el ser humano se dejaba llevar por los sentimientos de fraternidad, es sabido que la sociedad actual tiende a ir hacia el individualismo.

Asimismo, la relación actual médico-paciente sufre crisis y conflictos similares. Sin generalizar, médicos y pacientes se han distanciado recíprocamente, presentando dificultades para el diálogo, sin embargo, estos hechos y las sugerencias para mejorar dicho contexto serán descritas a lo largo del presente trabajo.

Por ahora, a continuación, se hará una breve contextualización histórica para entender cómo es actualmente esta relación.

2.1 El juramento hipocrático

En toda la historia de la medicina, el Juramento Hipocrático es quizás el documento más importante que se ha hecho. Diego Gracia, historiador de la medicina, analiza la estructura del Juramento y lo divide en dos partes: la primera se refiere a la relación entre el maestro y el discípulo, denominada "compromiso". La segunda parte, denominada "terapéutica", impone una serie de normas sobre la conducta médica en cuanto al tratamiento. (GRACIA, 1989 apud LUNA, 2018e).

En síntesis, según Luna (2018e), la idea desarrollada por Gracia es que el Juramento Hipocrático se presenta como un documento propio del "rol

sacerdotal" o "rol profesional", propio de sacerdotes, reyes y médicos. Por ende, debido a la estrecha relación que tiene con la religión, presenta fundamentos éticos inmaculados, que deben ser seguidos con fuerte devoción por quienes lo juran. En términos generales, el "compromiso" al que se refiere Gracia gira en torno a ese deber ético sacerdotal al que están sometidos los médicos, confiriéndoles rasgos paternalistas debido a la gran importancia y reconocimiento de la profesión médica en detrimento de otras profesiones.

Sin embargo, Gracia subraya que la visión exaltada de la profesión médica no sólo se basa en el dominio de la técnica, sino que además es necesario que el médico tenga conocimientos filosóficos, ya que así sería capaz de aplicar la técnica sin dejarse traicionar por su frialdad.

2.2 Paternalismo

El concepto paternalista tiene varios orígenes, quizás el más llamativo sea el Juramento Hipocrático, pero también se analizarán otras variantes para que haya un amplio conocimiento sobre el tema y, por ende, que se superen las barreras para establecer una buena relación entre médicos y pacientes.

Hasta hace poco, el médico era visto como un ser incuestionable, gracias a la visión paternalista basada en el juramento hipocrático, y la característica paternalista predominaba en las interacciones médico-paciente. Hoy en día el paternalismo sigue presente, pero de forma más atenuada.

Por lo tanto, la naturaleza paternalista del Juramento Hipocrático se basa en la idea de que el médico, como ser casi divino, es poseedor de un conocimiento absoluto y equilibrado. Tales cualidades dan al médico un poder superior a la media, algo propio de un rey, una persona elegida por Dios para ejercer un cargo sagrado, (LUNA, 2018e).

Desde esta perspectiva, sin duda, el resto de las personas no tienen conocimientos ni condiciones suficientes para oponerse a las decisiones del médico, así como los súbditos sólo pueden obedecer las órdenes del rey.

Sin embargo, según el juramento hipocrático, el paternalismo médico no pretende perjudicar al paciente, sino ayudarlo mediante la beneficencia médica, promoviendo la curación y utilizando los medios científicos adecuados

(PELLEGRINO, 2018). Con todo, a pesar de la buena voluntad del médico por restablecer la salud del paciente, el paternalismo puro no tiene en cuenta los designios personales, las creencias y los valores del enfermo, lo que puede causar daños y no contribuir a la curación de la enfermedad.

Como se ha mencionado, el paternalismo puro, basado exclusivamente en los conocimientos técnicos/clínicos, aporta poco a una relación sana entre el médico y el paciente. Además de dominar la técnica, el médico debe conocer al ser humano de forma integral, es decir, tener empatía con sus angustias, miedos o esperanzas. El médico debe tener conocimientos básicos de sociología, filosofía y psicología, ya que también son medios científicos legítimos para comprender al ser humano.

Mientras tanto, la forma de actuar fuertemente arraigada en la técnica pura aún persiste en la actualidad. Aunque la medicina ha evolucionado en cuanto a la relación médico-paciente, aún se encuentran restos de una cultura autoritaria.

Por ende, hoy en día, se siguen percibiendo actitudes paternalistas, por ejemplo, cuando el médico no le da al paciente toda la información para que pueda decidir de forma libre e informada entre los posibles tratamientos; o manipula la información, con la intención de que el paciente elija el tratamiento que el médico quiere.

De todos modos, es interesante analizar el paternalismo y sus profundas raíces, aunque hoy en día las actitudes paternalistas sean condenables, es necesario entender el concepto.

Entre los posibles orígenes del paternalismo, son dos las versiones que hay que analizar. El primero es el paternalismo basado en el conocimiento científico (LUNA, 2018e), que también es aceptado por el juramento hipocrático, pero su nacimiento fue anterior al juramento. Este paternalismo hace que el profesional, en este caso el médico, asuma una postura de autoridad, que se basa en el conocimiento de la medicina.

El médico científico-paternalista, como poseedor del conocimiento y convencido de que su evaluación clínica es unísona, toma el timón de la relación médico-paciente y conduce al paciente al tratamiento elegido por el médico. Este paternalismo, por lo tanto, se basa en la razón pura, ya que el paciente, en teoría,

no tiene el conocimiento para determinar el rumbo del tratamiento, él incluso puede tener una opinión sobre ciertos detalles, pero el médico está seguro de que el conocimiento técnico es fundamental para llegar a la cura.

El otro origen paternalista que requiere atención es el paternalismo afectivo, que se mezcla con el sentimiento de protección maternal/paternal, (LUNA, 2018e). En este comportamiento instintivo que tiene el ser humano, el médico, sea hombre o mujer, puede tener un sentimiento paternal/maternal de cuidado, que se inclina más por el lado sentimental que por el racional.

La razón sigue presente, ya que el padre o la madre saben racionalmente que el niño no tiene el discernimiento necesario para decidir. Sin embargo, el sentimiento paternalista-afectivo entra en los mecanismos instintivos de celo y cuidado, dando la falsa impresión al médico de que su decisión paternalista se basa en el amor y el cuidado, en beneficio del paciente.

Independientemente de su origen, el paternalismo utiliza mecanismos lógicos para hacer el bien, es decir, es un medio para conseguir un fin bueno y benéfico. Ya sea desde un punto de vista racional o sentimental, el médico paternalista actúa convencido de que su práctica tiene el poder de beneficiar al paciente.

La ausencia de un sentido crítico paternalista limita al profesional de la salud, haciendo de la relación médico-paciente un acto autoritario, anulando la autonomía del paciente, causando daños al bienestar de la persona y a la curación de la enfermedad.

La falta de autocrítica, a su vez, tiene diferentes orígenes. A veces puede ser una característica de la personalidad del individuo, que presenta rasgos narcisistas que lo incapacitan para replantearse sus acciones. En otras ocasiones, sin embargo, la práctica paternalista tiene su origen en la formación profesional, en la cual la enseñanza de la bioética es deficiente y los profesores tampoco tuvieron una buena formación en bioética, lo que provoca que el alumno adopte actitudes paternalistas debido a la escasa formación académica en la materia.

2.3 Autonomía

En este recorrido por la historia de la medicina, la relación médico-paciente ha sufrido diferentes evoluciones, y es un concepto que nunca será estático. El principio de autonomía surge con el debilitamiento del paternalismo médico, que coincide con los periodos en los que las libertades individuales se imponen en los principales conglomerados urbanos.

Según el autor Edmund D. Pellegrino (2018), la raíz conceptual del principio de autonomía se encuentra tanto en los tratados filosóficos de la Ilustración francesa e inglesa, como en la democracia moderna, que se basa en los derechos individuales y políticos a la libertad.

Es importante destacar desde el principio que la autonomía no se limita al paciente, el médico también tiene autonomía en su relación con el paciente. Pero, se hace hincapié en la autonomía del paciente, porque históricamente ha sido anulada por la autonomía médica en forma de paternalismo. Sin embargo, es necesario tener en cuenta desde el comienzo que la autonomía del médico y del paciente son condiciones complementarias y armónicas, este razonamiento es una de las claves de la conclusión de este trabajo.

Por lo tanto, consideramos que la autonomía del paciente es un mecanismo saludable para la relación médico-paciente, es un derecho individual, ya que es una condición inherente e inseparable de la dignidad de cualquier persona, dado que está vinculada al derecho a la libertad.

El paciente, como persona con derechos y deberes, tiene libertad y autonomía para decidir sobre su cuerpo. También tiene derecho a recibir información sobre los detalles de su estado físico y psicológico de quienes tienen los conocimientos técnicos para brindarle dicha información, lo que garantiza que la toma de decisiones sea realmente autónoma.

Esto significa que el ejercicio del derecho a la autonomía sólo será pleno, cuando se le proporcione al paciente información transparente, en un lenguaje adecuado a su nivel de comprensión, para que pueda tomar una decisión libre e informada sobre el curso de su vida.

En este contexto, el papel del médico es el de ser un instrumento humano y técnico, con el deber de informarle al paciente las características de la

enfermedad, las opciones terapéuticas con sus riesgos y beneficios y, finalmente, emplear los medios necesarios para buscar la cura, si, lógicamente, es lo que el paciente desea.

Cuando se afirma que el médico debe ser un instrumento humano y técnico, es importante aclarar que significan estos términos. Al calificar al médico como instrumento técnico, se hace referencia a su formación técnica, a su pericia, que le confiere conocimientos científicos a su oficio. Sin embargo, la técnica pura ya ha demostrado ser ineficiente para el ejercicio de la medicina y para la relación médico-paciente, dado que deriva en el científico-paternalista, como se mencionó anteriormente.

Por lo tanto, el adjetivo, la clasificación que hay que destacar es la del médico como instrumento humano. Esta terminología, a pesar de ser también bastante clara, ya que la calidad de humano deriva de la condición de persona del médico, no debe ser analizada desde este punto de vista simplista y superficial.

El elemento humano, aunque inherente a cualquier persona, queda a veces en un segundo plano, haciendo que el médico sirva de mero instrumento técnico, y se pierda en su relación con el enfermo, lo que interfiere en la plena autonomía del mismo.

Ser un instrumento humano significa exteriorizar la vertiente humanista de la profesión médica, es decir, el médico debe buscar comprender los diferentes aspectos de su paciente, como el familiar, el sociológico, el económico, etc., la enfermedad es solo uno de los campos que el profesional de la salud investiga, no el único. La atención debe centrarse en el paciente y no en la enfermedad.

Al emplear el elemento humanista en su relación con el paciente, el médico tiene autonomía para informarle al paciente asertivamente cuáles es su condición física y psicológica, lo que permite cerrar el eslabón en esta relación, proporcionándole las condiciones necesarias para que el paciente tome decisiones de manera verdaderamente libre.

En las condiciones ideales, el paciente tiene la posibilidad de elegir el rumbo terapéutico que más le convenga; de elegir o no tener conocimiento sobre los detalles de su enfermedad, es decir, de ejercer su derecho a la autonomía, ya

sea para elegir o para dejar que el médico tome la decisión sobre asuntos relacionados con su salud, sin que esta delegación se considere paternalismo.

Sin embargo, aunque la evolución paradigmática de la relación médico-paciente ha sido positiva, con la exaltación del principio de autonomía, en la actualidad parece que este principio no es armónico, eclipsa, a veces, la beneficencia y la autonomía médica y genera conflictos en la relación médico-paciente.

En otras palabras, se puede ver que la autonomía del paciente y la autonomía del médico, en lugar de complementarse armónicamente, han entrado en conflicto, como si una tuviese que prevalecer sobre la otra, lo cual es un grave error para el futuro de la relación médico-paciente.

Nos planteamos una pregunta que conecta lo dicho con lo que viene a continuación, si es que hay una respuesta cerrada para esta pregunta: ¿Cuál es el modelo ideal de relación médico-paciente?

Saber equilibrar la autonomía del paciente con la autonomía médica, a través de la primacía del principio de beneficencia, parece ser una de las claves para una buena relación entre estos actores. Sin embargo, para llegar a este denominador común, es necesario que el médico tenga habilidades especiales que van más allá de una buena técnica, conduciendo la relación sin pecar por exceso de paternalismo.

2.4 La transición moderna. ¿Medicina de resultados o medicina de medios?

Como se ha visto, en el pasado, la relación entre el médico y el paciente era predominantemente paternalista, en la que el médico era el poseedor de la última palabra, dado que tenía conocimientos científicos. Por otro lado, era frecuente la figura del médico de familia o "de cabecera", en la que el profesional se desplazaba al domicilio/cama del enfermo y desarrollaba una relación más estrecha.

Posteriormente, con la ayuda de la bioética y los derechos civiles, esta relación cambió para darle relevancia a los intereses del paciente, creando importantes estudios sobre la autonomía del asistido. El paciente adquirió voz

para opinar sobre su tratamiento, haciendo más sana la relación entre el médico y el paciente.

Hoy en día, antagónicamente, los médicos de familia/de cabecera están en vías de extinción. La mayoría de las consultas médicas se realizan con tiempos cronometrados entre un paciente y otro, con tiempo suficiente para recabar sólo información superficial sobre el paciente y su enfermedad.

La evolución de la ciencia y de las relaciones sociales también aporta una mayor complejidad a la profesión médica. Con un mercado laboral cada vez más competitivo y saturado, factor que, unido a la complejidad, urgencia y escasez de recursos de los servicios sanitarios, puede provocar fácilmente un desequilibrio en la dinámica de la relación entre médicos y pacientes.

Actualmente, el paternalismo está dando paso a otro villano de la relación médico-paciente, que es el servicio de *fast-medicine*, tanto en los sistemas públicos de salud, en las clínicas populares o en las consultas privadas.

La propia clase médica ha creado la ilusión de que necesita ver a muchos pacientes y trabajar en múltiples trabajos para tener éxito profesional y económico. En este sentido, estos profesionales han multiplicado su presión interna, sometiéndose a un estrés físico y psicológico insostenible, que se suma a las tensiones propias de la profesión médica.

Por otro lado, el paciente, como agente autónomo, en parte busca al médico sólo para confirmar lo que ya sabía sobre su enfermedad, asistiendo a la consulta para obtener la receta y otros documentos que sólo el médico le puede proporcionar.

Por lo tanto, el médico se convierte en un mero instrumento técnico para una finalidad elegida exclusivamente por el paciente; el carácter humanizado, que debería acompañar siempre a esta relación, queda en segundo plano. En este contexto, el modelo de relación médico-paciente es prácticamente inexistente, y con frecuencia estos polos entran en conflicto, tanto por parte del paciente al abusar de su autonomía, como por parte del médico al no saber cómo iniciar una relación sana con su paciente.

Este paradigma es lo que yo llamo "medicina de resultados". Pero no en el sentido de que el médico esté obligado a obtener el resultado de la curación,

sino en el sentido de que muchos médicos son esclavos de una autocarga de resultados profesionales, como trabajar en varios empleos, aceptar jornadas agotadoras, buscar el mayor rendimiento profesional posible a un coste personal crítico, etc.

Del mismo modo, cuando el médico desempeña un papel meramente técnico, el paciente lo ve sólo como un medio para obtener un resultado elegido exclusivamente por él mismo. Y, si el médico no colabora con este fin, puede ser fácilmente desechado y sustituido por otro profesional que firme la receta o el certificado médico con la información que desea.

Para intentar sortear estos retos, el médico tiene el deber ético-profesional de conocer los detalles de la vida de su paciente. Es decir, ninguna relación entre el médico y el paciente será completa si el médico no tiene un conocimiento lo más profundo posible de las características sociales, psicológicas y fisiológicas de quienes solicitan sus servicios.

Al fin y al cabo, como ya se ha dicho, para que el paciente ejerza plenamente su autonomía, el profesional sanitario debe asumir una posición humanizada, conociendo los diferentes aspectos del paciente y proporcionándole información clara y precisa sobre su condición.

Sin embargo, los obstáculos para una buena relación no sólo están en las posturas del médico y del paciente, el entorno en el que se desarrolla esta relación también contribuye a la aparición de conflictos. En muchos casos, sobre todo en el sistema de salud pública, los pacientes deben esperar mucho para ser atendidos, las condiciones de asistencia son precarias y se carece de material y estructura hospitalaria adecuados.

Evidentemente, esta realidad no es generalizada, pero si no se hace nada al respecto actualmente, es muy probable que la relación médico-paciente siga un camino desgastante, y quizás sin retorno, y sea cada vez más conflictiva.

Por lo tanto, la medicina como profesión de medios, es decir, basada en la obligación médica de emplear los medios necesarios para, por ejemplo, lograr la cura de una enfermedad, debe estructurarse en base a una relación cooperativa y armónica entre médicos y pacientes. De lo contrario, si prevalecen

el individualismo del paciente y el del médico, los futuros perjuicios sociales serán incalculables.

Como ya mencionó anteriormente, la raíz de estos problemas puede estar en la formación humanística y bioética de estos profesionales, en ello radica la relevancia de este trabajo.

2.5 *Slow Medicine*: el médico virtuoso

El término *slow medicine* apareció en un artículo titulado "Invito as una *slow medicine*"⁵ del cardiólogo italiano Alberto Dolara, publicado en 2002 en un suplemento del *Italian Heart Journal*.

Dolara (2002) destaca que el movimiento *slow* es una contrapartida al "constante impulso de aceleración de la sociedad moderna", y sugiere un enfoque más reflexivo y prudente en el campo de la medicina. Según Dolara, "los problemas de salud van más allá de las cuestiones organizativas, son también emocionales, familiares, económicos y requieren de los profesionales de la salud tiempo, capacidad de escucha y reflexión crítica, participación de los especialistas y de otros profesionales, y siempre busca que la práctica se base en la evidencia y en información actualizada".

Las raíces de *Slow Medicine* provienen de Italia, basadas en el movimiento de *slow food*⁶, fundado por Carlo Petrini en 1986 en Piamonte. El objetivo de este movimiento era apoyar y defender la buena comida, el placer gastronómico y un ritmo de vida lento. Posteriormente, esta iniciativa se amplió para incluir la calidad de vida y, como consecuencia lógica, la propia supervivencia del planeta en el que vivimos.

Por lo tanto, la *Slow Medicine*, como elemento integrador, es útil para mostrar que la medicina debe practicarse sin prisa. Es decir, debe ser una herramienta que acerque a los médicos y a los pacientes, para que el médico pueda entender la integralidad de ese individuo, identificar sus vulnerabilidades y posibles debilidades, realizar el diagnóstico, transmitir información de forma clara

⁵ Disponible en: <https://www.slowmedicine.com.br/wp-content/uploads/2017/04/Dolara-Slow-medicine.pdf>

⁶ Disponible en: <http://www.slowfoodbrasil.com/documentos/manual-do-slowfood-2013.pdf>

y concisa, enumerar las posibles opciones terapéuticas y ayudar, en la medida de lo posible, al paciente en la toma de decisiones.

Aquí se puede establecer una conexión entre los conceptos de la *Slow Medicine* y las enseñanzas que aportan los doctores Edmund D. Pellegrino y David C. Thomasma, presentes en la obra titulada "Por el bien del paciente".

Pellegrino y Thomasma demuestran que la relación médico-paciente debe basarse en la cooperación de los agentes de esta relación. Por un lado, está el paciente, con su derecho a la autonomía preservado, y por otro, el médico, también como agente autónomo, movido por la primacía del principio de beneficencia, sin dejar de conocer, guiar y ayudar al paciente durante la compleja relación que se formará.

Sin embargo, los autores sostienen que el principio de beneficencia médica debe ser restaurado, no a través del paternalismo médico, sino a través de la figura del médico virtuoso. También sostienen que la relación basada en la situación existencial del paciente parece ser más confiable que la relación basada en el choque de principios bioéticos. Significa que el médico debe hacer un esfuerzo por evaluar y conocer los diferentes aspectos del paciente, como los clínicos, sociales, familiares, económicos, psicológicos, etc.

Por lo tanto, es fundamental identificar y evaluar las vulnerabilidades y posibles debilidades para el restablecimiento de la beneficencia médica, característica típica de un médico virtuoso. Ahí radica la importancia del concepto de vulnerabilidad y sus variantes, expuestas en el siguiente tema.

Mientras el individuo esté sano y sin vulnerabilidades aparentes, es fácil que se establezca un vínculo armonioso entre el médico y el paciente. Pero, cuando el paciente no goza de plena salud física y/o mental, es difícil establecer un vínculo saludable. Conocer, interpretar y evaluar estas vulnerabilidades parece ser un camino prometedor para la resignificación de la relación médico-paciente.

Por lo tanto, le corresponde a la beneficencia médica conocer las debilidades del paciente, tanto clínicas como sociales, porque dicho cuidado demuestra empatía, que a su vez es un valor indispensable para rescatar el vínculo afectivo que solidifica cualquier relación.

3. Herramientas de apoyo: comunicación sanitaria y tipos de vulnerabilidad

Hasta ahora, este trabajo ha tratado de ordenar históricamente los distintos aspectos que forman parte de la prestación de servicios de salud. Al principio, se analizó la importancia de los cuidadores primitivos y su papel en la historia de la humanidad, lo que desencadenó la aparición de la medicina y la bioética en este contexto histórico.

Posteriormente, se arrojó luz sobre el derecho a la salud y la relevancia de los profesionales de la salud para el desarrollo socioeconómico. También se hizo un paralelismo entre los antiguos cuidadores y los actuales trabajadores de la salud, conectando el papel que tenían los primeros en el desarrollo de la vida en sociedad, y el papel que desempeñan los actuales profesionales en el desarrollo socioeconómico.

En una segunda etapa, tras el análisis macro y en busca de una mirada más clara y específica, se inició una breve perspectiva autoral sobre la relación médico-paciente. Una vez más, históricamente, se realizó un recorrido que pasó por los caminos generales del paternalismo, de la autonomía y llegó hasta la transición en el contexto actual de esta relación.

En esta transición del tiempo y de la ciencia, surgen constantemente nuevos paradigmas. La globalización junto con la pluralidad de culturas, credos, clases económicas, pensamientos, etc., termina generando una gran complejidad para las relaciones humanas, con retos para la convivencia social armoniosa.

En el contexto de la atención de la salud, los retos son aún mayores, ya que forman parte de las relaciones humanas basadas en el malestar físico o psicológico. Los hechos que motivan a una persona a buscar atención médica suelen estar relacionados con desequilibrios orgánicos que, a su vez, afectan el estado de ánimo y la mentalidad del paciente.

El profesional que se dedique a atender a este paciente debe estar dotado de habilidades y destrezas específicas. Más allá del conocimiento clínico para tratar la enfermedad, el profesional debe tener el conocimiento necesario para interactuar con personas de diferentes orígenes y pensamientos, y que están pasando por momentos de vulnerabilidad debido a su salud.

Como se ha destacado anteriormente, la relación entre el personal de la salud y los pacientes ha pasado por períodos de crisis de identidad. Armonizar esta relación no es una tarea sencilla, ya que depende de numerosas acciones, y comienza en la formación académica de estos profesionales.

Por lo tanto, este trabajo está dedicado a abordar una de estas acciones, entre tantas otras necesarias, para ayudar a los estudiantes del área de la salud a afrontar sus desafíos diarios. Esta acción/tema se refiere a la formación académica, concretamente en lo que respecta a la enseñanza de la bioética y el humanismo en las carreras de salud, extendiéndose a los másteres y doctorados, etc.

Para poner en práctica la metodología docente transcrita en el último tema de este trabajo, primero es necesario conceptualizar algunas herramientas auxiliares, que no se limitan al ámbito conceptual, porque son, sobre todo, herramientas prácticas para los profesionales de la salud.

3.1 La importancia de la comunicación en las relaciones sanitarias

La comunicación es algo fundamental en la vida de cualquier persona, nos comunicamos con gestos, con la mirada, con el tacto, con actitudes, incluso la forma de vestir envía un mensaje.

En el área de la salud, la comunicación es tan importante como los conocimientos técnicos, a fin de cuentas, es a través de la comunicación que el profesional de la salud discutirá los casos con sus colegas de trabajo o formará un vínculo con el paciente.

Parece algo banal, ya que comunicarse es un acto cotidiano para la mayoría de las personas, sin embargo, el diálogo no depende sólo de quién habla, sino principalmente de quién recibe la información.

La comunicación es el centro de la mayoría de los problemas y de las soluciones de la relación médico-paciente. Este es uno de los puntos centrales que este trabajo pretende destacar, es decir, la comunicación en salud como elemento inseparable de la práctica médica, por lo tanto, de la educación superior en sus diferentes niveles.

Cuando el médico tiene que transmitir una noticia difícil al paciente, esta acción va acompañada de numerosos factores complejos, como el momento de hablar, el entorno en que se desarrollará la conversación, quién estará presente, etc., (BRASIL, 2010).

Pero no es necesario ir tan lejos para reflexionar sobre la importancia de la comunicación en el ámbito de la salud, el diálogo dentro de una consulta médica de rutina también tiene muchos detalles, que no siempre se les enseña a los alumnos o se les da la oportunidad de ensayarlo durante el cursado de la carrera.

En ocasiones, la dura realidad que viven muchos profesionales de la salud, en la que están rodeados de la enfermedad y el sufrimiento de sus pacientes, desencadena un instinto de autoconservación, y reaccionan ante esta tristeza utilizando los mecanismos de defensa que han aprendido a lo largo de su formación, principalmente el distanciamiento. (BRASIL, 2010).

El concepto de relación médico-paciente, desarrollado por la bioética clínica, aporta una serie de herramientas que los médicos pueden utilizar para mejorar su práctica profesional. Estas herramientas pueden ayudar de muchas maneras, principalmente a prevenir conflictos bioéticos.

Tal vez el primer paso hacia una buena comunicación en el ámbito de la salud, sea saber escuchar y tomarse el tiempo necesario para hacerlo. Para que el discurso del profesional de la salud se ajuste a la comprensión del paciente, es necesario que el profesional conozca al paciente más allá de sus aspectos biológicos. (PEREIRA, 2011).

Ya sea en la consulta externa o en la atención hospitalaria, la búsqueda por comprender los aspectos sociales, psicológicos, familiares y económicos del paciente, entre otros, le brinda al médico detalles importantes, que hacen la diferencia para reducir el ruido y los malentendidos en el diálogo.

Además, la recolección integral de los datos del paciente favorece el ejercicio de la función social del profesional de la salud, cuyo deber no es sólo buscar la cura de la enfermedad, sino también actuar preventivamente para, en la medida de lo posible, mejorar la calidad de vida de los pacientes y evitar posibles complicaciones de salud.

El segundo paso indispensable para una buena comunicación, después de escuchar y comprender al paciente, consiste en saber identificar sus vulnerabilidades y posibles debilidades. Por muy privilegiados que seamos, todos somos vulnerables en algún aspecto de nuestra vida, lo que no significa que deba analizarse el concepto de vulnerabilidad en salud.

Para no trivializar este importante concepto, sugerimos analizarlo desde la perspectiva de la profesora Florencia Luna (2009), quien ha desarrollado una visión muy peculiar sobre el tema, trabajando con la idea de capas o estratos de vulnerabilidad, como se verá en los siguientes temas.

Esta comprensión evita que el médico caiga en conceptos cerrados de vulnerabilidad, es decir, el análisis de la vulnerabilidad debe basarse en el contexto general del paciente, y no en hechos aislados.

Otra consecuencia de los estudios de la profesora Luna son las llamadas vulnerabilidades disposicionales o potenciales. Al desarrollar una comprensión más profunda de la realidad cotidiana de la persona enferma, los médicos y otros profesionales de la salud pueden visualizar esas vulnerabilidades disposicionales o potenciales. Es decir, vulnerabilidades que aún no están presentes, pero que pueden desencadenarse por eventos futuros.

3.2 Vulnerabilidad

El concepto de vulnerabilidad suele asociarse a la ética en la investigación científica, pero el mismo tiene una gran utilidad en la práctica de la medicina. Aunque criticado, el concepto de vulnerabilidad se utiliza habitualmente para identificar clases de poblaciones que requieren una protección especial, también conocidas como poblaciones vulnerables.

Según la Dra. Florencia Luna (2018g), en 2004, Carole Levine, Ruth Faden, Christine Grady, Dale Hammerschmidt, Lisa Eckenwiler y Jeremy Sugarman criticaron el concepto de vulnerabilidad a través de un artículo impactante en el área de la bioética. Los autores criticaron el uso amplio y excesivo del concepto de vulnerabilidad, que dificulta su aplicación y conduce a la trivialización del concepto. También destacaron el efecto estereotipado del

término, que puede contribuir a una mayor vulnerabilidad de estas poblaciones. (LEVINE et al., 2004 Apud LUNA, 2018g, p. 86).

Sin embargo, la posición de la Dra. Luna, al que adhiere este artículo, deconstruye las críticas de los autores citados, salvo la crítica al estereotipo o etiqueta que refleja el concepto puro de vulnerabilidad. El principal contrapunto que desarrolla Luna es el rechazo al etiquetado de subpoblaciones específicas como vulnerables, llamado por ella "La metáfora de las etiquetas", dado que ese enfoque sugiere una respuesta simplista a un contexto complejo.

La autora defiende el uso del concepto de vulnerabilidad, sin embargo, bajo un enfoque diferente, más adecuado a las relaciones globales de la investigación científica y a la práctica médica. Este enfoque se opone al modelo atomista y cerrado de la vulnerabilidad, dado que destaca el hecho de comprender las peculiaridades de cada individuo dentro del contexto social.

Por lo tanto, un individuo puede estar inserto en una zona geográfica o en una población con factores que favorecen la vulnerabilidad, pero no ser considerado vulnerable. Por el contrario, también es posible que se considere vulnerable a un individuo que forma parte de una población o zona geográfica socioeconómicamente desarrollada. Los determinantes de la vulnerabilidad o invulnerabilidad, además de los factores socioeconómicos y geográficos, son los del individuo, es decir, las peculiaridades individuales, como las relaciones sociales y familiares, las enfermedades o la predisposición a ellas, los ingresos, la salud, el empleo, la calidad de vida, etc.

Para entender mejor estas sutilezas, la Dra. Luna desarrolló la teoría de la vulnerabilidad en capas, llamada capas de vulnerabilidad, como veremos a continuación.

3.2.1 Capas de vulnerabilidad

La teoría de las capas de vulnerabilidad, concibe la idea de que la vulnerabilidad debe estudiarse desde una perspectiva de capas, no de etiquetas. En otras palabras, la vulnerabilidad no debe analizarse desde un prisma sólido, en el que el individuo es vulnerable o no.

La teoría sugiere que puede haber capas de vulnerabilidad, que se suman o restan a una población o individuo determinado. Del mismo modo, la vulnerabilidad no debe entenderse como una condición permanente y etiquetada, porque según la teoría de las capas de vulnerabilidad, las circunstancias variables son directamente proporcionales a la adición o sustracción de estas capas o estratos de vulnerabilidad.

En otras palabras, cada capa de vulnerabilidad que se añade a un individuo lo hace más vulnerable, desprotegido, y el objetivo de los profesionales que trabajan con personas vulnerables, tanto en la investigación científica como en la medicina clínica, es identificar cada capa y, en la medida de lo posible, quitarlas y eliminarlas.

Tomemos el ejemplo de dos personas seropositivas, que viven en diferentes países desarrollados. Uno de estos países tiene costumbres ortodoxas, intolerantes con enfermedades como el SIDA, y no invierte recursos públicos en el tratamiento de esta enfermedad. El otro país tiene costumbres democráticas consolidadas, con una política de salud pública bien desarrollada y grandes inversiones en la prevención y el tratamiento de la enfermedad.

El individuo que vive en el país ortodoxo cuenta con condiciones económicas excelentes, que le dan una gran calidad de vida; es blanco; tiene 35 años; tiene estudios superiores y un trabajo excelente. Puede pagar todo el tratamiento con sus propios recursos, pero necesita gastar una pequeña fortuna cada año para importar medicamentos y consultar con médicos de otros países. Pero, en algunos meses del año corre el riesgo de quedarse sin medicación, y les oculta incluso a sus familiares que es seropositivo, porque podría sufrir represalias.

Por otro lado, el individuo que vive en un país democrático, tiene recursos económicos muy limitados, pero una buena calidad de vida, posee un nivel educativo bajo, pero tiene trabajo, es negro, tiene 35 años, fácil acceso al tratamiento y habla abiertamente de su condición. Ambos tienen el mismo nivel de salud, ya que utilizan medicación y tienen citas médicas periódicas.

El análisis que se realiza a continuación, sobre los estratos de vulnerabilidad a los que está expuesta cada persona, se limita únicamente al nivel de calidad de vida que tienen las personas que son VIH positivo.

Entonces, ¿cuál de estos individuos tiene más capas de vulnerabilidad? ¿Cuál de ellos es susceptible de tener mayores complicaciones de salud a causa de la enfermedad? ¿Cuál de ellos está más expuesto?

Ciertamente, no hay una respuesta cerrada a estas preguntas, dado que este análisis es subjetivo. Pero los hechos nos llevan a pensar que la persona menos vulnerable, desde el punto de vista de la convivencia con esta enfermedad, es la que vive en un país democrático, ya que no se enfrenta a barreras morales ni a limitaciones de acceso a recursos para continuar su tratamiento médico.

Ahora, daremos otro ejemplo para diferenciar mejor el concepto de capas de vulnerabilidad del concepto cerrado de vulnerabilidad.

Según el modelo cerrado y estático, cualquier mujer que viva en un país intolerante con los derechos reproductivos sería considerada vulnerable. Sin embargo, hay que tener en cuenta las características personales de cada mujer, es decir, su situación económica, su nivel de estudios, su autonomía como persona, etc.

Si una mujer que vive en este país tiene un embarazo no deseado, pero cuenta con los recursos y el apoyo necesarios para someterse a un aborto seguro, el grado de vulnerabilidad al que se expone es menor en comparación con el de otra mujer que no tiene los mismos recursos, pero vive en un país liberal.

En este ejemplo, hay varias capas de vulnerabilidad que pueden sumarse o restarse, lo que requiere una mirada atenta a las condiciones macro a las que está expuesto el individuo, como el país, la ciudad, el barrio, la perspectiva de vida, el saneamiento, la salud pública, las políticas públicas, el índice de desarrollo humano, etc. Y también a las condiciones micro, como la clase social, la familia, las costumbres, la educación, la autonomía, el nivel de salud de la persona, etc.

En función de la adición o sustracción de factores, las capas o estratos de vulnerabilidad también pueden añadirse o sustraerse, por lo que no se trata de una condición estática y cerrada, sino de algo dinámico y que cambia a medida que cambian los factores extrínsecos e intrínsecos.

En este sentido, la enseñanza de las ciencias de la salud, especialmente de la medicina, debe proporcionarles herramientas prácticas a los estudiantes que les permita comprender global e individualmente a quienes acuden a los servicios médicos y hospitalarios.

Además de los conocimientos clínico-científicos, el médico, como agente final de la medicina, necesita comprender el contexto general y principalmente subjetivo de cada paciente, con vistas a establecer una relación profesional sana.

3.2.2 Vulnerabilidad disposicional y vulnerabilidad en cascada

La vulnerabilidad disposicional es aquella que, a pesar de no haber ocurrido, presenta una predisposición a suceder, es decir, cuando depende de la existencia de condiciones externas que pueden desencadenar la adición de una capa de vulnerabilidad.

La profesora Florencia Luna (2018g) utiliza una metáfora para aclarar la vulnerabilidad disposicional, al citar como ejemplo de evento disposicional la capacidad de ser soluble. Un terrón de azúcar tiene solubilidad disposicional cuando se sumerge en agua, es decir, el agua es un agente de estímulo externo que desencadena la solubilidad del terrón de azúcar.

Por ende, la aparición de un estímulo externo puede desencadenar una capa de vulnerabilidad. Por consiguiente, según la línea que sigue el presente trabajo, es importante que el médico conozca los factores disposicionales que implican las posibles vulnerabilidades a las que están sometidos sus pacientes, para evitarlas o erradicarlas.

Se considera vulnerabilidad en cascada a la aparición de una capa de vulnerabilidad que desencadena otras capas de vulnerabilidad. Como ejemplo, citamos el caso de dos mujeres en edad fértil que no desean quedar embarazadas, y que viven en un país donde el aborto es ilegal.

La primera mujer tiene condiciones económicas excelentes, mientras que la segunda tiene condiciones económicas precarias, ambas tienen la posibilidad de quedar embarazadas (disposición) porque están en edad fértil.

Sin embargo, si se produce un embarazo no planificado (evento desencadenante), en ambos casos hay una capa de vulnerabilidad. Para la segunda mujer esta capa puede desencadenar un efecto en cascada de otras capas de vulnerabilidad, como el estrés psicológico de someterse a un aborto ilegal e inseguro, las consecuencias del propio aborto inseguro, como la esterilidad, las enfermedades e incluso la muerte. No obstante, en el caso de la primera mujer, al disponer de recursos económicos para pagar un aborto que, aunque ilegal, será seguro, este efecto en cascada puede disminuir.

Por lo tanto, hay hechos y/o eventos que son desencadenantes de la aparición de capas de vulnerabilidad. El punto central para entender la vulnerabilidad en cascada, está en el efecto dominó que puede causar una vulnerabilidad, dada la reacción en cadena con la activación de otras capas de vulnerabilidad.

4. Enseñanza de las ciencias de la salud

La exposición inicial de la disertación trabajó con la metáfora del eslabón perdido, comparando el trabajo de los cuidadores primitivos con el de los profesionales de la salud actuales. En esta comparación, el eslabón perdido representa el sentimiento de colectividad que motivó a los primeros cuidadores a pedir atención para las personas vulnerables, un sentimiento que se ha diluido a lo largo de los milenios, especialmente en los últimos cien años.

Esta dilución no es deliberada ni consciente, sino que es una consecuencia del rápido cambio global al que se enfrentó la humanidad en las últimas diez décadas. El modo de vida actual es más acelerado, vivimos con información constante, con personas de diversos orígenes y matices. La convergencia de este multilateralismo es un reto homérico, especialmente en el área de la salud.

En este caso, la enseñanza de las ciencias de la salud se ha enfrentado a frecuentes desafíos, ya que le corresponde al estudiante, futuro profesional, dominar la pericia clínica para tratar la enfermedad, al mismo tiempo que debe tratar con un agente autónomo (paciente), con voluntades y sentimientos a menudo confusos y conflictivos, en un momento en que se enfrenta a un estado de vulnerabilidad física/psicológica.

En esta realidad, los actos de enseñanza y aprendizaje también son un reto. La estructura de enseñanza/aprendizaje con el profesor, por un lado, dictando y explicando los contenidos curriculares, y por otro lado el alumno, absorbiendo los conocimientos y eventualmente haciendo preguntas, se presenta como un modelo ineficiente en muchos aspectos, que incapacita al futuro profesional en lugar de proporcionarle autonomía crítica. Generalmente, alumno y profesor ocupan lugares fijos, con clases estandarizadas y expositivas, sin grandes provocaciones reflexivas o que incentiven al alumno a actuar ante los problemas inherentes a la profesión.

Este modelo de aprendizaje se observa tanto en la educación infantil y juvenil como en la educación superior. Cuando se analiza la enseñanza de los niños y adolescentes, por ejemplo, en la materia historia mundial, los profesores enseñan sobre Europa, Asia y los Estados Unidos, pero no dedican tiempo y no

imparten conocimientos para profundizar en el continente madre de la humanidad, África. Algo similar ocurre con la historia de los pueblos originarios de América del Sur, que deja fuera del currículo la importancia histórica de los pueblos indígenas, como los guaraníes, charrúas, guaicurúes, pataxós, kayapós, etc., que contribuyeron a la civilización actual con sus conocimientos milenarios, pero que simplemente ignoramos debido a la estructura rígida de la enseñanza.

Los temas excluidos del conocimiento que se les imparte a los niños no se limitan a la Historia, dado que la Ética ya es una asignatura optativa en algunos colegios. La mayoría de los profesores son incapaces de enseñar ética y moral de forma interdisciplinaria, aplicada a los tiempos modernos, para formar individuos capaces de tomar decisiones conscientes y de dialogar civilizadamente, ciudadanos con sentido de la justicia y que sepan convivir con las diferencias.

Esta profunda crisis de la educación básica se extiende naturalmente a las clases de la educación superior, que mantienen casi el mismo estándar de enseñanza y aprendizaje que, por cierto, funcionó muy bien durante años, pero que ya no se adapta al mundo interconectado y tecnológico de hoy.

Por lo tanto, el modelo de aprendizaje de la educación superior, específicamente el de las ciencias de la salud, a pesar de la gran evolución científica de las últimas décadas, de contar con profesionales cada vez más capacitados técnicamente; en el ámbito humanístico y bioético aún tiene un vacío, un eslabón perdido en cuanto a la enseñanza y, sobre todo, a la práctica. Estas materias han perdido importancia en el plan de estudios de las carreras de salud, como si su aplicación fuera secundaria, cuando en realidad debería ser transdisciplinaria.

Es un hecho que no todos los estudiantes de las carreras de salud quieren estudiar teorías filosóficas, principios bioéticos, el concepto de vulnerabilidad, ética profesional, sociología, etc. Pero también es un hecho que, al igual que los contenidos técnicos/clínicos, dichos conocimientos son indispensables, ya que los servicios sanitarios no tienen como objetivo simplemente curar enfermedades, sino también atender a las personas que desean recuperar su salud.

Por lo tanto, las principales dificultades a las que se enfrentan los profesionales de la salud no se encuentran, esencialmente, en el dominio de la técnica, sino en la formación de lazos con el paciente, en el manejo de la transferencia y contratransferencia de las emociones en la relación terapéutica, en el manejo de la relación para conocer y comprender al individuo en sus múltiples aspectos, ya sean psicológicos/emocionales, sociales, económicos, familiares, etc.

Al mismo tiempo, muchos profesores son igualmente incapaces de enseñar las asignaturas técnicas/clínicas de forma inter y transdisciplinaria con las humanísticas/bioéticas, porque cuando eran estudiantes tuvieron profesores con las mismas limitaciones didácticas, ya que se trata de una antigua crisis de la enseñanza de las ciencias de la salud.

Además, esta dificultad para establecer claramente el rol social del profesional de la salud se vincula con lo ya expuesto en el punto 1.3 de este trabajo, específicamente donde se expuso el modelo de Determinantes Sociales de la Salud (DSS), desarrollado por Dahlgren y Whitehead. Recordemos que en la jerarquía base de los determinantes de la salud se encuentran los aspectos personales del individuo, como el sexo, la edad y los factores hereditarios, luego está el estilo de vida, seguido de las redes comunitarias, poco después vienen las condiciones de vida y de trabajo y, en la cúspide, están las macrocondiciones, como los aspectos culturales, socioeconómicos y ambientales.

Esta jerarquía de influencias sobre la salud del individuo se pone de manifiesto durante los cuidados y la relación profesional de la salud/paciente. Sin embargo, debido al vacío presente en la formación académica, que en la mayor parte de los casos no cuenta con una formación humanística con la misma calidad que la formación técnica/clínica, esos detalles personales del paciente, que van más allá de los detalles técnicos de la enfermedad, terminan no siendo investigados en profundidad por los médicos y otros trabajadores de la salud.

Para promover soluciones a esta crisis de la educación sanitaria, no basta solo con señalar sus raíces y causas, sino que es necesario mostrar los posibles caminos a seguir para realizar el cambio.

Para que la enseñanza de la bioética sea atractiva para los estudiantes, es necesario ir más allá de las enseñanzas meramente teóricas, que a veces pueden resultar aburridas. Es necesario un enfoque coherente con los tiempos que corren, algo dinámico, que haga que el alumno experimente de forma práctica los beneficios de la bioética en su vida profesional.

Repensar la enseñanza de la bioética para los académicos y profesionales de la salud no es sólo innovar en educación, sino también promover un cambio significativo en la prestación de los servicios de salud en general, lo que genera el bienestar social y el desarrollo socioeconómico del país.

La innovación en la enseñanza no es un fin en sí mismo, al innovar en la enseñanza humanística y bioética en las ciencias de la salud, se pretende promover un cambio en el último eslabón de la atención sanitaria, en la relación interpersonal entre los profesionales de la salud y los pacientes, con el fin de aceptar esta relación y brindarles beneficios a ambas partes para la formación de una relación armoniosa.

5. Metodologías Activas (MA)

Según esta línea de pensamiento, la enseñanza basada en la actitud activa del alumno se considera una herramienta útil para la práctica bioética en las carreras de salud. En las llamadas metodologías activas, el alumno asume el papel de protagonista, es invitado a reflexionar críticamente, discutir y actuar, es una rama de la enseñanza que puede dar buenos resultados cuando se implementa durante el cursado de la carrera.

Las MA han ido ganando terreno en la educación superior durante años, pero a veces son mal interpretadas y aplicadas de forma desigual por profesores y alumnos. Esta sección del texto se dedicará a analizar de forma general las MA, valiéndose de algunos ejemplos conceptuales para finalmente demostrar su aplicabilidad práctica para la enseñanza de los conocimientos bioéticos en las carreras de salud.

5.1 Metodologías activas: reflexiones...

Aunque el término metodología activa apareció en el siglo XX, se sabe que sus orígenes teóricos están ligados al mundo antiguo, especialmente a la filosofía griega. Los filósofos Sócrates, Platón y Aristóteles utilizaban métodos que incitaban a sus seguidores a reflexionar, a dialogar, a impugnar, con el fin de analizar la realidad que los rodeaba.

Fabiana Claudia de Vasconcelos França y Luciana Melo de Moura hacen la siguiente observación:

De esta manera, vale la pena recordar hechos del mundo antiguo, siglo V a.C. señalado por el filósofo Sócrates (469-399 a. C.), seguido de Platón (457-347 a. C.) y Aristóteles (384-322 a. C.). En un momento en que la enseñanza ya se aplicaba activamente, como estos filósofos ya enseñaban desafiando a sus educandos, a través del cuestionamiento, el diálogo, la dialéctica, resultando en reflexiones instigadoras, a partir de las cuales los educandos se colocaban como protagonistas del conocimiento, a partir de la filosofía (BUCKIGHAN et al. al., 2011). Evidentemente, con una apariencia y configuración diferente a las que existen en la actualidad, sin embargo su esencia no difiere de lo que hay que entender y practicar a la hora de desarrollar metodologías activas en el siglo XXI. En busca de la deconstrucción y reconstrucción del perfil de profesores y estudiantes ubicados

en diversos escenarios de enseñanza y aprendizaje.." (MELO, M. C., et al., 2020, pág. 28. Traducido del portugués).

El gran pensador Sócrates, considerado por muchos como el padre del método dialéctico, entablaba diálogos con puntos de vista opuestos, aportando reflexiones subjetivas sobre diferentes cuestiones. Su seguidor, Platón, continuó su labor escribiendo y perfeccionando las enseñanzas de Sócrates.

Aristóteles, por su parte, después de beber de la fuente de conocimiento de Sócrates y Platón, desarrolló estudios de gran importancia para el mundo moderno, que sirvieron de base a innumerables áreas de estudio, entre ellas la ética, la lógica, las matemáticas, la biología, etc. Para Aristóteles, la ética es una cuestión transdisciplinar, inseparable de la ciencia y la biología, lo que coincide con lo planteado hasta ahora en este texto.

En la parte inicial de este trabajo, en el punto 1.1, se mencionó la metáfora del eslabón perdido, que en ese contexto significa el vaciamiento gradual del sentimiento de unión comunitaria - que permitió el surgimiento de las sociedades primitivas y la estabilidad de la sociedad actual - en favor de los diseños individualistas. Asimismo, parece que no hay conexión entre el legado intelectual de los grandes pensadores y el paradigma de la enseñanza actual, dado que la forma de enseñar y aprender parece más automatizada, con poco espacio para el diálogo y el pensamiento creativo.

Es imperioso que se implementen y difundan modelos de enseñanza que faciliten la reflexión crítica y la participación del alumno en situaciones simuladas en las cuales se aborden los desafíos que, indefectiblemente, se presentarán durante su vida personal y profesional. Por lo tanto, hay que preguntarles a los profesores:

[...]¿Cómo estás entrenando a tu discípulo? ¿Ser un crítico reflexivo o un reproductor de conocimientos? ¿Utiliza el profesor el pensamiento filosófico en este contexto? ¿Agudiza la intuición y presta atención a los sentidos? Como muy bien dijo Platón - "para cada cosa en la tierra que tenemos el poder de aprehender con nuestros sentidos, hay una idea correspondiente" (BUCKINGHAM et al., 2011). Las metodologías activas requieren diálogo, discusión, cuestionamiento, para producir

conocimiento y empoderamiento de los estudiantes. (MELO, M. C., et al., 2020, pág. 28. Traducido del portugués).

La enseñanza activa se explicará mejor a continuación, pero antes es necesario aclarar los aspectos generales de la misma. La metodología activa no es una mera técnica de enseñanza. Cuando se aplica la MA, por ejemplo, con situaciones simuladas que requieren que el alumno tome decisiones, es necesario que el profesor guíe al alumno en el ejercicio propuesto, para que pueda visualizar la profundidad y la aplicabilidad real.

Para que lograr esa dirección y profundidad, el profesor debe valerse de la filosofía como herramienta auxiliar para la resolución del ejercicio propuesto, haciendo que el alumno reflexione técnica y filosóficamente, conservando el atributo crítico y dialéctico tan necesario para los profesionales en general, y especialmente para los del área de la salud.

Malcolm Knowles desarrolló la teoría de la Andragogía, es decir, el método que ayuda a los adultos a aprender. Knowles sostiene que los adultos aprenden de forma diferente a los niños, dado que necesitan ser participantes activos en el proceso de aprendizaje, y el profesor es un instrumento que facilita esta dinámica. Por lo tanto, a diferencia de la Pedagogía, que se centra en el profesor, en la Andragogía el profesor (facilitador) y el alumno (aprendiz) tienen una relación de igualdad, en la que la colaboración mutua dicta el rumbo de la educación, y el diálogo es una de las principales herramientas de este método.

Knowles organizó su enfoque de la andragogía en torno a sus suposiciones clave que brindan información sobre la motivación para aprender: necesidad de saber, autoconcepto, experiencia, preparación, orientación y motivación (KNOWLES; HOLTON; SWANSON, 2015). (MELO, M. C., et al., 2020, pág. 31. Traducido del portugués).

Asimismo, Paulo Freire, reconocido educador brasileño, fue uno de los impulsores de la llamada pedagogía crítica, cuya didáctica se basa en la idea de que el alumno analiza los contenidos estudiados mediante la práctica dialéctica con la realidad. Esto significa que el alumno debe establecer conexiones entre el

objeto de estudio y la realidad individual y social en la que está inserto, de forma que tome conciencia, a través de la reflexión crítica, y se anime a actuar para modificar (positivamente) la realidad, formando una nueva realidad.

Este proceso de análisis, reflexión y acción no es estático, sino que debe ser una constante en la vida académica, debe llevar al profesor y al alumno a entablar un diálogo constructivo y activo. Por ello, el cruce dialéctico entre la reflexión crítica, la acción y la transformación se conoce también como praxis, que, según Freire, es la "reflexión y acción del hombre sobre el mundo para transformarlo". (FREIRE, P., 2003 Apud FREIRE, Patrocínio S., 2010, p. 47).

Se espera que la metodología de enseñanza activa estimule al alumno a reflexionar críticamente sobre el contenido teórico. En el ámbito académico de las ciencias de la salud, el contexto de esta reflexión crítica puede darse a través de la simulación de casos, en los que se invita al estudiante a actuar ante un problema clínico/bioético. Sin embargo, antes de la acción, se le proporciona al estudiante los conocimientos teóricos y las herramientas técnicas y éticas necesarias para la reflexión crítica, con el fin de perfeccionar la construcción del conocimiento a través de la reflexión interna, el diálogo y la dialéctica con colegas y profesores, en un plazo razonable para la transformación de la teoría en la práctica.

Uno de los elementos relevantes, incluidos en esta metodología de enseñanza, es la problematización. Problematizar significa indagar, preguntar para llegar a una o varias respuestas. En el intermedio entre el problema y la solución se encuentra la reflexión filosófica crítica, tan necesaria para la construcción del conocimiento y la preparación de los universitarios para los verdaderos retos de la vida profesional.

Reflexionar crítica y filosóficamente para tomar decisiones no es una tarea fácil, utilizar la filosofía obliga al alumno a salir de su zona de confort, lo instiga a razonar muchas veces de forma diferente a la que estaba acostumbrado. También es necesario prestar atención a cómo utilizar la filosofía para resolver una problematización simulada, es decir, ¿qué papel puede desempeñar el conocimiento filosófico en el contexto de la metodología de la enseñanza activa?

Según el filósofo y sociólogo alemán Jürgen Habermas, la filosofía necesita constituirse en una teoría crítica de la sociedad, además de promover el proceso de cooperación interdisciplinaria, es decir, "la filosofía debe mediar la relación entre el proceso de comprensión presente en el mundo de la vida y el conocimiento promovido por las diversas instancias del saber". "(HABERMAS, J., apud MUHL, E. H., 2011, p. 1046).

En otras palabras, al ofrecerle la problematización simulada al alumno, se espera que éste reflexione filosóficamente antes de actuar para resolver el problema propuesto. Esta reflexión filosófica es, en primer lugar, una reflexión interdisciplinaria, que se asocia a los valores éticos individuales y sociales del alumno. Reflexionar crítica y filosóficamente de forma interdisciplinaria, ante la simulación de una situación/problema, implica recurrir al amplio abanico de materias del ámbito de la salud, tanto a las de carácter humanístico, como a la filosofía, la bioética, la sociología, como a las de carácter técnico/clínico. E, inseparable de esta interdisciplinariedad, están las percepciones éticas y morales, desde el punto de vista individual y social del alumno, que indefectiblemente conformarán su juicio crítico.

Sin embargo, no se puede esperar que el alumno por sí solo pueda alcanzar este grado de reflexión filosófica interdisciplinaria, es necesaria la instrucción y cooperación del profesor para la construcción gradual de esta capacidad reflexiva. Sólo así el alumno tendrá las herramientas necesarias para racionalizar, decidir y actuar conscientemente ante la problematización simulada que propone la metodología activa de la enseñanza.

Por lo tanto, se puede ver que las metodologías activas proponen, por un lado, la unión entre el conocimiento clínico y el humanístico/bioético, algo similar a lo que V. R. Potter propuso en su libro, "*Bioethics: Bridge to the Future*", es decir, pretende ser un puente entre la práctica técnico-científica y la ética en salud. Por otro lado, la MA implica la unión entre la teoría y la práctica, cuya clave reside en el análisis crítico acompañado de acciones.

5.2 Algunos ejemplos

En virtud de lo expuesto hasta ahora en este trabajo, se sugiere el uso de MA con la simulación realista de casos en salud, que incluya la aplicación de

las herramientas de comunicación ejemplificadas anteriormente , junto con el ítem 3.

Existen varias modalidades de metodologías de enseñanza activa, a saber:

1 - *Team Based Learning* - TBL, que consiste en una metodología de aprendizaje que propone una matriz no disciplinaria, sino interdisciplinaria y transdisciplinaria, organizada por temas, habilidades y problemas diferentes, en niveles crecientes de complejidad, que los estudiantes deben comprender y equiparar con actividades individuales y grupales (MORAN, 2018 Apud MELO et al., 2020, p. 38);

2 - *Flipped Classroom*, en la que el alumno hace un estudio previo de la materia, y durante la clase expone los contenidos, generando un ambiente de intercambio de ideas, debates, preguntas y actividades prácticas;

3 - Simulación realista, que como su nombre lo indica, consiste en simular casos realistas en una intervención planificada, que le permite al alumno intentar resolver situaciones problemáticas, despertando el interés y el razonamiento crítico del alumno, preservando al paciente;

4 - Aprendizaje Basado en Problemas (ABP), Estrategia en la que los alumnos aprenden en pequeños grupos, partiendo de un problema, a buscar la información que necesitan para entender el problema y obtener una solución, bajo la supervisión de un tutor.

Estas son sólo algunas de las modalidades existentes en las MA, sin embargo, para quede claro cómo se lleva a cabo la aplicabilidad práctica metodológica, a continuación, se presentará un ejemplo de su aplicación, específicamente con la metodología de Aprendizaje Basado en Problemas (ABP).

5.3 Metodología activa en la enseñanza de la bioética

Como se mencionó anteriormente, los conocimientos bioéticos y humanísticos, en las carreras de salud, son como herramientas fundamentales para el pleno ejercicio de la profesión. Para que haya una adecuada prestación de servicios sanitarios, la formación del vínculo entre el profesional y el paciente es el punto básico. Sin la relación de confianza mutua, habrá ruido y desarmonía en el

tono de la comunicación entre estos agentes, el paciente no podrá entender al profesional de la salud y viceversa.

Perfeccionar las habilidades de comunicación es algo que quizá sólo se consiga con la práctica diaria. Sin embargo, lanzar al mercado laboral al profesional de la salud recién graduado sólo con conocimientos clínicos y sin la mínima preparación en comunicación, significa poner en riesgo potencial la salud de la población.

Muchas veces, establecer un diagnóstico no depende sólo de saber interpretar un examen, sino también de saber recolectar información clara del paciente, es decir, una pregunta puede tener más de una respuesta, dependiendo de la claridad y objetividad con que se formule.

5.3.1. Poniendo en práctica

A continuación, se explicarán dos técnicas de metodologías activas para llevar a cabo una atención médica simulada, donde se invitará al alumno a reflexionar y actuar frente a la situación propuesta.

1 - La primera técnica consistirá en asignarle a los alumnos el papel de médico y el de paciente. Inicialmente, el profesor, o un médico invitado con experiencia en el área, explicará de antemano el contexto general del servicio y los puntos importantes que deben observarse. Los alumnos dispondrán de dos días para investigar y prepararse para llevar a cabo la atención, con preguntas y todo lo que consideren pertinente.

El contexto general de esta simulación será la atención médica psiquiátrica, en un servicio público de salud mental en la periferia de una ciudad de tamaño medio. La ciudad forma parte de una política de salud pública de prevención del suicidio, ya que en los últimos años se han registrado tasas alarmantes de suicidio. Los médicos psiquiatras que acuden al servicio público, tienen instrucciones de preguntar sobre cuestiones relacionadas con el suicidio, aunque el motivo de la consulta del paciente no sea el suicidio.

La política pública tiene algunos objetivos, entre ellos derivar a los pacientes con ideación suicida al servicio de apoyo psicológico especializado del

municipio, que incluye a profesionales como psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, etc., con el fin de esclarecer y brindar asistencia en salud mental.

Dependiendo del número de alumnos, el profesor puede dividirlos en grupos de 10 estudiantes cada uno, formando 5 parejas de médicos y pacientes, cuyos papeles se invertirán para que todos puedan ser el médico o el paciente. En caso de que haya división en grupos, el profesor debe designar un tutor o invitar a un profesor para que realice el seguimiento de las simulaciones.

Durante la simulación de cada alumno, los demás tomarán nota de lo que observaron y deberán entregárselo al profesor al concluir el ejercicio. Al final de las presentaciones, el profesor consultará las notas de los alumnos y sacará sus propias conclusiones sobre cada simulación, entregando la conclusión analítica al alumno.

Asimismo, al finalizar el ejercicio, el profesor o el médico especialista invitado simulará la atención propuesta, demostrando en la práctica la forma ideal de realizar la consulta, dándoles a los alumnos la oportunidad de reflexionar críticamente sobre su propia atención y la de sus compañeros, invitándolos a evaluar sus aciertos y lo que podría mejorarse.

Para que la simulación esté dotada de atributos bioéticos, es indispensable que el profesor haya preparado al grupo con estos conocimientos. La simulación implica un tema sensible, que incluye a personas con un alto grado de vulnerabilidad, por lo tanto, los conceptos de vulnerabilidad, vulnerabilidad disposicional, vulnerabilidad en cascada y otras habilidades humanísticas, para la formación de un vínculo con el paciente, son herramientas útiles para que el paciente se sienta seguro al compartir información sobre la ideación suicida.

Los puntos positivos de este ejercicio son: a) se invita al alumno a estudiar, preparar y desarrollar una atención médica; b) mientras el alumno está en el papel de paciente, tendrá la oportunidad de experimentar las sensaciones de estar del otro lado, desarrollando la empatía; c) el alumno podrá reflexionar críticamente sobre su actuación y la de sus compañeros, rescatando los puntos positivos de cada atención e intentando evitar los negativos; d) al inicio y al final de la simulación, el alumno tendrá la instrucción del profesor o de un especialista médico invitado, aprendiendo el punto de referencia para la atención correcta o

ideal; e) bajo costo de implementación; f) contar con la experiencia de un profesional en el área donde se llevará a cabo la simulación.

Los puntos negativos son: a) baja cualificación de los profesores para realizar este tipo de simulación; b) periodo de tiempo demasiado largo para la conclusión de la simulación, dependiendo del número de alumnos; c) dificultad para mantener el foco de atención de los alumnos durante las simulaciones.

2 - Para la segunda técnica que involucra la simulación de la atención médica, utilizando la metodología activa, se sugiere la gamificación con actores entrenados. En este método, los actores interpretarán los papeles del médico y del paciente, recibiendo formación y supervisión de los médicos especialistas durante la interpretación de los papeles, para que todo suceda como en una consulta médica real.

Normalmente, la institución educativa no contrata a los actores y graba las simulaciones, ya que existen empresas especializadas que realizan esta tarea, la institución educativa debe contratar los servicios de dichas empresas.

Toda la simulación será previamente grabada y puesta a disposición de los alumnos durante la clase, será necesario contar con una computadora o *tablet* que permita la interacción de los alumnos con la simulación, en eso consiste la gamificación.

Los actores simularán los diálogos típicos de una consulta médica o cualquier otra interacción entre el médico y el paciente. El discurso del médico tendrá de tres a cuatro alternativas posibles, pero hay sólo una correcta para que el diálogo continúe. En otras palabras, el alumno observa las tres alternativas interpretadas por el actor médico, y luego elige la que considera más adecuada.

Las alternativas con diálogo inadecuado para el correcto desarrollo de la atención médica, tienen comentarios que explican los puntos importantes a mejorar. Las alternativas de diálogo correctas también pueden ir acompañadas de comentarios, reforzando los puntos positivos del discurso del médico.

Para entenderlo mejor, a continuación, se presenta el guion con el que se simulará el diálogo, hay que recordar que en esta modalidad los actores serán filmados e interactuarán utilizando expresiones faciales, gestos, etc., haciendo la experiencia más real e intuitiva. Los alumnos no verán en la pantalla los

fragmentos que aparecen entre paréntesis, los mismos sólo servirán para guiar a los actores durante la simulación.

El contexto de la conversación entre el médico y el paciente será la comunicación de una noticia difícil, que implica el empeoramiento de un diagnóstico de cáncer.

1 MÉDICO:

(el oncólogo, en el momento oportuno, se dirige a la habitación del paciente)

- Sr. Iván, buenos días, ¿cómo está?

PACIENTE:

- Hola doctor, me alegro de verlo, estoy bien en la medida de lo posible y ¿cómo está usted?

MÉDICO:

ALTERNATIVA 1 - (De pie, saludando y en breve silencio mientras mira los exámenes. A continuación, habla de los exámenes mientras divide la atención entre el paciente y los exámenes que tiene entre manos).

- Muy bien, me alegro de verlo. Estaba revisando sus últimos exámenes, ¿cómo se siente? ¿Ha notado algo que quiera contarme?

COMENTARIO - La atención debe centrarse en el paciente, el médico debe analizar los exámenes previamente a la visita, para transmitir seguridad. Por la forma en que se comporta el médico, parece que está terminando de analizar los exámenes mientras habla con el paciente.

Inténtelo de nuevo.

ALTERNATIVA 2 - (De pie, sonriendo y haciendo contacto visual)

- Así que, Sr. Iván, hoy es un día un poco ajetreado, pero he revisado sus últimos exámenes, quiero hablar de su estado de salud, ¿podemos hablar ahora?

COMENTARIO - El médico, antes de informar de una noticia difícil, debe crear un ambiente de calma, sin transmitir prisas. También es fundamental establecer un contacto visual constante. Lo ideal es que el médico se coloque

junto con el paciente en una posición cómoda, preferiblemente sentados, cerca el uno del otro.

Inténtelo de nuevo.

ALTERNATIVA 3 - (De pie, sonriendo y haciendo contacto visual)

- Muy bien, yo también me alegro de verlo. Sentémonos aquí un rato y hablemos. Desde nuestra última conversación, ¿han surgido más preguntas? ¿Cómo se siente?

COMENTARIO - En este caso, el paciente ya sabe que tiene cáncer, pero aún no sabe que es grave. Por lo tanto, antes de darle el diagnóstico, el médico puede evaluar la percepción actual del paciente sobre la enfermedad y el tratamiento. El médico debe investigar si el paciente tiene dudas, si está en un estado de aceptación o negación, cuáles son sus expectativas. Esto es importante para que el médico pueda corregir la información errónea y adaptar las malas noticias a la comprensión actual del paciente

PACIENTE:

RESPUESTA A LA ALTERNATIVA 3 - Entonces, doctor, sé que el cáncer es una enfermedad muy mala, pero he estado investigando en internet y he visto que mucha gente ni siquiera necesita ir al hospital, se trata en casa. Odio el hospital, doctor, quiero salir de aquí para comer una buena barbacoa en casa.

2 MÉDICO:

ALTERNATIVA 1 - (con un ligero tono irónico)

- Sí, el médico de Google, ¿verdad? Pero en este caso tiene que confiar en mí, tengo los conocimientos y soy su médico.

COMENTARIO - El médico debe partir de la base de que el paciente en cuestión se enfrenta a una enfermedad difícil, está rodeado de incertidumbres y es psicológicamente vulnerable. La confrontación e incompreensión de los sentimientos del paciente son inadecuados, porque favorece el distanciamiento, lo que contribuye a romper el vínculo entre el médico y el paciente y desalienta la adherencia del paciente al tratamiento de salud.

Inténtelo de nuevo

ALTERNATIVA 2 - (Mueve la cabeza en señal de negación, señalando los exámenes)

- Incluso lo entiendo, pero seguro que internet todavía no puede leer sus exámenes, cuando tenga dudas pregúnteme, ¿sí?

COMENTARIO - Una vez más, hay que comprender al paciente en lugar de juzgarlo y enfrentarlo. Hay que evitar la expresión de negación, al fin y al cabo, para que el paciente acepte bien la noticia, primero necesita sentirse aceptado.

Inténtelo de nuevo

ALTERNATIVA 3 - (con una ligera sonrisa y en tono de comprensión)

- Lo entiendo, la comida del hospital a veces no es fácil, pero al menos es saludable. Pero señor Iván, no puede creer todo lo que hay en internet, yo estoy aquí para ayudarlo a aclarar cualquier duda que tenga, ¿sí? En este momento es importante que esté aquí en el hospital, donde hay un equipo que lo quiere y está bien preparado para ayudarlo.

COMENTARIO - Aquí vemos la importancia de incentivar al paciente a hablar sobre su percepción de la enfermedad y el tratamiento, así el médico podrá tanto corregir la información errónea que tiene el paciente, como entender sus ansiedades, miedos, expectativas, etc.

PACIENTE:

RESPUESTA A LA ALTERNATIVA 3 - (sonriente y relajado)

- Es verdad doctor, las enfermeras de aquí son muy dulces, me cuidan mucho. Incluso hay un tipo muy simpático que trabaja en el turno noche, al que le gusta hablar conmigo de fútbol. Confío en Ud. y en el equipo.

3 MÉDICO:

ALTERNATIVA 1 - (con expresión seria)

- Bien, en este momento necesita confiar.

- Como le estaba diciendo, sus últimos exámenes, no salieron como se esperaba, es además impresionante, pero tu cáncer ha crecido mucho en las últimas semanas.

COMENTARIO - La noticia fue transmitida de forma muy dura y directa; el médico no supo preparar la comunicación para evitar un gran shock. Independientemente de la gravedad de la enfermedad, la percepción del paciente maximizará naturalmente los sentimientos y las reacciones, ya que se encuentra en una situación de vulnerabilidad e insuficiencia técnica. Evite inicialmente una expresión seria, dado que la noticia en sí ya es seria, no cree una tensión innecesaria.

Inténtelo de nuevo

ALTERNATIVA 2 - (Con una expresión de consternación, tomando la mano del paciente)

- Bien, en este momento necesita confiar.

- He revisado sus últimos exámenes y, lamentablemente, tengo que decirle que su cáncer ha aumentado de tamaño.

COMENTARIO - Aunque el contacto físico es aconsejable si el paciente está abierto a ello, evite ser dramático al transmitir la información. Adopte una postura acogedora y segura.

Inténtelo de nuevo

ALTERNATIVA 3 - (con un tono de voz tranquilo, hablando despacio para que el paciente entienda)

- Es bueno saberlo, conozco bien al personal de enfermería y son muy dulces.

- Sr. Iván, hablemos ahora un poco de su salud. En las últimas semanas he pedido varios exámenes para poder seguir de cerca su caso. Como sabe, el cáncer es una enfermedad difícil, pero hoy en día existen tratamientos eficaces.

- Estoy aquí con su último examen y he notado que el cáncer ha aumentado de tamaño.

COMENTARIO - El médico debe entender previamente si el paciente desea tener información detallada sobre el diagnóstico y el pronóstico, esta consulta siempre que sea posible se realiza en un momento anterior. El paciente puede preferir que los detalles se los den a sus familiares o amigos.

La comunicación clara y accesible es un derecho del paciente y un deber del médico, pero también es un derecho del paciente negarse a conocer los detalles de su estado de salud. El diálogo con los familiares, siempre que el paciente lo autorice, puede ser fundamental.

PACIENTE:

RESPUESTA A LA ALTERNATIVA 3

- Dios doctor, ahora que me sentía mejor, ¿cómo? ¿Esto es muy grave?

4 MÉDICO:

ALTERNATIVA 1 - (objetividad en el discurso)

- Mire, yo siempre soy sincero con mis pacientes, creo que es importante que el paciente conozca todos los detalles.

- La enfermedad es grave porque el cáncer ha aumentado de tamaño, pero depende de cada organismo, muchos pacientes reaccionan bien al tratamiento.

- Dígame si tiene alguna duda sobre lo que acabo de decirle.

COMENTARIO - El médico debe saber valorar qué información puede transmitirle al paciente en primera instancia. El paciente tiene derecho a conocer los detalles de su salud, sin embargo, es fundamental que el médico sepa cuándo una información completa y directa puede hacer más daño que bien al paciente, de forma que se evite un sufrimiento innecesario. Cuando sea apropiado, brinde información completa.

Inténtelo de nuevo

ALTERNATIVA 2 - (Siendo comprensivo)

- El hecho de que se sienta mejor es una buena señal, lo importante es empezar la quimioterapia lo antes posible.

- Cuénteme cuáles son sus dudas para que podamos pasar esta etapa y empezar con el tratamiento.

COMENTARIO - El médico debe evitar siempre el paternalismo al imponer un tipo de tratamiento. Su deber ético es informar al paciente y ofrecerle

opciones terapéuticas adecuadas, y al paciente le corresponde decidir libremente qué tratamiento desea seguir, incluso ejercer el derecho a rechazar el tratamiento, esto es lo que propugna el principio bioético de autonomía.

Inténtelo de nuevo.

ALTERNATIVA 3 - (con gestos suaves y mostrando receptividad y comprensión)

- El hecho de que se sienta mejor es una buena señal. A pesar de los resultados de los exámenes, ha ido ganando peso y tiene mucho mejor aspecto que cuando llegó al hospital.

- Lo ideal es evitar que el tumor siga aumentando de tamaño, pero antes de hablar de los tratamientos quiero saber si tiene alguna pregunta más, ¿cómo se siente al respecto?

COMENTARIO - Justo después de la primera impresión del paciente, el médico puede reforzar los puntos positivos, esto se puede hacer a lo largo de la comunicación, pero sin exagerar, porque el paciente se dará cuenta de que el médico está mintiendo y perderá la confianza. El profesional debe transmitir la información poco a poco, dando tiempo a que el paciente asimile la información y hable de ella. También es fundamental evitar términos técnicos o transmitir desesperación en el discurso.

El médico puede adoptar la llamada escucha activa, es decir, tratar de escuchar y conocer al paciente, sin críticas, mantener un contacto visual frecuente, comenzar con preguntas más abiertas, observar las reacciones emocionales del paciente, respetar los momentos de silencio o llanto y ayudar al paciente a salir de ellos.

PACIENTE:

RESPUESTA A LA ALTERNATIVA 3 - Tengo muchas dudas, de hecho, me da asco todo esto, me he pasado toda la vida cuidando mi salud y me pasa algo así, no sé si podré afrontarlo.

COMENTARIO - En el caso que se analiza, el paciente ya está hospitalizado y sabe que tiene cáncer, es decir, ya se enfrenta a una realidad difícil. Sin embargo, ahora tiene que enfrentarse a noticias más difíciles. Todo profesional de la salud debe conocer cuáles son las etapas del duelo y tratar de

entender en qué etapa se encuentra el paciente. Esto es importante para que la actitud del profesional sea acorde al momento que vive el paciente.

Las etapas del duelo son: Negación, ira, negociación, depresión y aceptación. El paciente puede incluso mezclar estas fases. En el discurso del paciente, aparentemente está en las fases de ira y depresión

5 MÉDICO:

ALTERNATIVA 1 - (siendo exhaustivo)

- Lo entiendo, estoy aquí para ayudarlo en este momento difícil.
- Lo principal ahora es comenzar el tratamiento, le explicaré cómo funciona...

COMENTARIO - El paciente no ha tenido tiempo de digerir la noticia inicial, y ahora el médico ya empieza a explicarle el tratamiento. La comprensión de una noticia depende más del estado emocional del oyente que de la claridad del orador. Transmitir la información con claridad es importante, pero antes hay que saber si el oyente está preparado para recibir y entender la información. Tal vez el paciente quiera la presencia de un familiar a partir de ahora.

Inténtelo de nuevo

ALTERNATIVA 2 - (mirando el reloj)

- Sí, comprendo su enojo, desgraciadamente pasa. Pero quiero saber cuáles son sus dudas sobre la enfermedad y el tratamiento.

COMENTARIO - Los momentos inmediatamente posteriores a la transmisión de la mala noticia son fundamentales. Escuche al paciente, aunque sólo se queje. Sepa cuándo llevar la conversación al siguiente paso.

Inténtelo de nuevo

ALTERNATIVA 3 - (mantener el contacto visual, el médico puede hacer contacto físico como señal de apoyo si el paciente está abierto a ello)

- Entiendo lo que siente. Pero el hecho de haber llevado una vida sana puede ayudar a su recuperación.

- Tengo algunos detalles más de los que hablar, pero primero quiero saber si quiere hablar de ello ahora o prefiere que pase más tarde ¿tal vez cuando un miembro de su familia esté con Ud.?

COMENTARIO - Demuestre empatía y que comprende los sentimientos del paciente. Siga reforzando los puntos positivos. Demostrar que comprende la frustración o cualquier otro sentimiento ayuda en el proceso de apertura y adherencia del paciente al tratamiento. Si el caso no implica un riesgo inminente para la vida del paciente, dele un tiempo para que asimile la información, ofrézcale continuar el diálogo en presencia de un familiar o persona cercana al paciente.

En cuanto a que el paciente esté solo en el momento del diálogo, en el ejemplo utilizado, se debe a que el médico sabía previamente que el paciente siempre prefiere hablar solo. Pero en los casos en que el paciente prefiere la presencia de una persona de su confianza, es fundamental que el médico respete siempre los deseos del paciente.

PACIENTE:

RESPUESTA A LA ALTERNATIVA 3 - Sí, a ver, mi mujer viene por la tarde y quería hablar con ella, no quiero seguir lidiando con esto solo, no puedo.

6 MÉDICO:

ALTERNATIVA 1 - Por supuesto, no hay problema. Pero, como he dicho, hoy estoy un poco ocupado, así que le pediré a mi colega, que ya conoce su caso, que venga a hablar con usted, ¿de acuerdo?

- No se preocupe, trabajamos juntos aquí en el hospital y él sólo vendrá a explicarte los detalles del tratamiento, siempre seré yo el que lo atienda, ¿sí?

COMENTARIO - En este momento se rompe el vínculo entre el médico y el paciente. El médico, por compromisos profesionales ajenos al paciente, delega en un tercero ajeno a la relación la importante tarea de continuar la delicada comunicación. Poco importa al paciente que su médico le haya asegurado que es él quien va a continuar el tratamiento, porque según el

paciente, lo único que ha escuchado es que su cuidador estará ausente en el momento de mayor vulnerabilidad.

Inténtelo de nuevo.

ALTERNATIVA 2 - Muy bien Sr. Iván, voy a pasar por la tarde, pero, aunque su caso no implica un riesgo inminente de muerte, le sugiero que hable con su mujer para que podamos empezar su tratamiento rápidamente, ¿de acuerdo?

COMENTARIO - No ponga al paciente contra la pared, si de hecho no implica un riesgo inminente para la vida, dele tiempo para asimilar la noticia. Además, no imponga el inicio del tratamiento, primero debe explicarle cuáles son las opciones terapéuticas, dándole al paciente el derecho a elegir.

Inténtelo de nuevo.

ALTERNATIVA 3 - Sí, hoy estaré en el hospital todo el día, puedo volver cuando esté aquí para continuar nuestra conversación. Hay algunas cosas que quiero explicarle mejor, principalmente sobre las posibilidades de tratamiento, ok.

- El hospital tiene una psicóloga, creo que ya la conoce, quizás sería buena idea que hablara con ella, eso ayudaría mucho, ¿qué le parece?

COMENTARIO - Deje claro cómo y dónde encontrarlo, si es necesario. Como todo el equipo multidisciplinario del hospital ya conoce el cuadro clínico actual del paciente, la responsabilidad de los cuidados y el apoyo debe ser compartida. Hay que ofrecerle apoyo psicológico y asistencial. Normalmente los enfermeros tienen contacto más frecuente con el paciente, por lo que es fundamental que el equipo esté de acuerdo, que todos transmitan la misma información y que no sea conflictiva y, fundamentalmente, que sea la que le transmitió el médico.

PACIENTE:

RESPUESTA A LA ALTERNATIVA 3 - Muy bien doctor, pídale que venga entonces. Y mi mujer llega a las 14:00 y se va a las 19:00, si puede venir se lo agradecería.

7 MÉDICO:

ALTERNATIVA 1 - De acuerdo, pero no se preocupe, nos ocuparemos de su caso. ¡Hasta luego!

COMENTARIO - En ningún momento de la conversación prometa algo que no pueda cumplir, no intente tranquilizar al paciente dándole falsas expectativas. La medicina no es una ciencia exacta, y aunque esté seguro de que el tratamiento tendrá efectos, sepa que pueden producirse resultados adversos.

Inténtelo de nuevo.

ALTERNATIVA 2 - De acuerdo Sr. Iván, si me necesita, sólo tiene que hablar con el personal de enfermería, ellos ya conocen su caso.

- ¡Hasta luego!

COMENTARIO - Exponer que el equipo está al tanto del caso, como si fuera algo banal, pone al paciente en una posición de aislamiento, e incluso puede hacerle sentir vergüenza o incomodidad al hablar con los enfermeros. El médico puede informarle que el equipo de enfermería está al tanto, pero debe hacerlo de la manera adecuada.

Inténtelo de nuevo.

ALTERNATIVA 3 - Vengo a las 3 de la tarde, después de que hayan pasado los enfermeros.

- Pero Sr. Iván, confíe en mí, tengo experiencia en esto y estoy aquí para ayudarlo.

COMENTARIO - En este momento, con la aceptación del paciente, es fundamental el apoyo compartido del equipo multidisciplinario. El hospital debe contar con un plan de acción protocolizado para atender a los pacientes que se enfrentan a diagnósticos y pronósticos difíciles. El paciente no debe sentirse solo cuando se va el médico.

PACIENTE:

RESPUESTA A LA ALTERNATIVA 3 - Lo sé, gracias doctor.

FIN DE LA SIMULACIÓN

La metodología de enseñanza de la gamificación activa, representada por el diálogo narrado anteriormente, puede utilizarse para diferentes ejemplos de interacciones entre médicos y pacientes, desde una consulta médica rutinaria hasta diálogos más complejos, como la comunicación de noticias difíciles.

Obviamente, la mera lectura del contenido del diálogo no da una idea clara de cómo la dinámica de este enfoque metodológico puede ser útil e instructiva para el alumno. Pero si imaginamos que el guion será interpretado por actores entrenados, con lenguaje corporal, expresión facial y un escenario montado para ello, es evidente cómo este enfoque puede contribuir a la enseñanza práctica de la bioética, así como también a otras experiencias a la que los futuros profesionales tendrán que enfrentarse.

Los puntos positivos de esta modalidad pedagógica son: a) agilidad en la enseñanza, no se requiere mucho tiempo para la actividad, dado que los alumnos la realizarán simultáneamente; b) posibilidad de insertar comentarios a las alternativas de diálogo, dándole retroalimentación en tiempo real al alumno; c) promueve la reflexión crítica del alumno; d) como utiliza dispositivos en línea, posibilita la inserción de documentos y sitios web que ayudan al estudio; e) el profesor no necesita mucho entrenamiento para implementar la metodología, ya que la simulación y la explicación vienen preparadas.

Puntos negativos: a) alto coste para implementar la actividad; b) a pesar de que favorece la reflexión crítica, no es tan profunda como la que brinda la primera modalidad de MA presentada; c) requiere el acceso a dispositivos tecnológicos, lo que no siempre es posible para todos los alumnos.

Estos fueron sólo dos ejemplos, pero existen otros enfoques para implementar la metodología activa en las carreras del área de la salud. Estos modelos se utilizan para la enseñanza práctica transdisciplinaria que involucra temas clínicos y humanísticos, brindando experiencias que no serían posibles a través de las clases teóricas.

Sin embargo, es necesario que los profesores reciban capacitación para entender y saber aplicar las metodologías de enseñanza activa, de lo contrario no habrá éxito en la actividad propuesta.

El vínculo con los métodos tradicionales de enseñanza sigue siendo muy fuerte, con el profesor y el alumno en posiciones predefinidas, con lecciones meramente expositivas, sin debate ni reflexión crítica, porque este modelo es el que sigue la mayoría de las escuelas de educación infantil y juvenil.

Por lo tanto, es necesario tener cuidado cuando se aplica la metodología en la educación superior. La formación de los profesores es esencial, de lo contrario la experiencia será frustrante y tanto los profesores como los estudiantes no podrán comprender el concepto y la práctica de las metodologías activas, haciendo que vuelvan a los modelos tradicionales y estáticos de enseñanza, fortaleciendo un método que es anticuado para los tiempos actuales de la educación.

6. Conclusión

El objetivo del estudio presentado hasta ahora, que se le prestase atención al modelo educativo que se aplica en las carreras de salud y a las consecuencias que tiene para la vida profesional de los graduados. Inicialmente, se hizo un análisis histórico de la formación de los primeros médicos/cuidadores, destacando su papel original para el éxito de la sociedad tecnológica actual. Además, en la primera parte del trabajo, refiriéndose a un contexto más actual, se describió el papel de los profesionales de la salud para el desarrollo socioeconómico del país. En la secuencia de continuación, se abordó la relación médico-paciente, rescatando algunos conceptos históricos para, después, describir la importancia de la comunicación en esta relación.

En una segunda etapa, se analizó tanto la formación del personal de salud, como la realidad profesional de la mayoría de estos profesionales, revelando rastros de agotamiento físico y psicológico, precariedad de las relaciones laborales, dificultades para establecer vínculos saludables con los pacientes y los compañeros de trabajo, etc.

En este sentido, se observó que hay una relación directa entre muchos de los problemas que enfrentan los profesionales de la salud y el modelo de enseñanza que practica la mayoría de las instituciones educativas. Lógicamente, las causas de estas imperfecciones no se limitan sólo a la educación, pero la formación académica parece ser un factor relevante que determina en gran parte las elecciones y trayectorias del futuro profesional.

Por lo tanto, este trabajo reveló que existen algunas deficiencias en la educación en salud. Una de ellas radica en la armonización entre la teoría y la práctica, porque los estudiantes del área de la salud suelen tener contacto con la práctica sólo en el último año de la carrera. Sin embargo, lo ideal es que el alumno experimente la práctica lo antes posible, sobre todo para tener la oportunidad de equivocarse y corregir el error, sin poner en riesgo la vida del paciente.

En este sentido, las metodologías activas son capaces de responder a dicha necesidad de aprendizaje, promoviendo la reflexión crítica y la acción del

alumno ante un reto simulado, aunque el MA no se limita sólo a la simulación de casos.

Otra carencia presente en la educación, que se extiende a la vida profesional, es la dificultad para comprender y utilizar las herramientas humanísticas y bioéticas, imprescindibles para la resolución de numerosas situaciones que se dan de forma natural en el día a día de la prestación de los servicios sanitarios. El estudio abordado aquí, reveló que esta incapacidad también se origina en la educación superior, que no les da la suficiente importancia a estas disciplinas, limitándose a dictar aburridas clases teóricas, sin la demostración práctica de los beneficios de la bioética.

Una vez más, la metodología activa es una herramienta transdisciplinaria que une la técnica y las humanidades, haciendo que el alumno, futuro profesional, descubra lo antes posible las experiencias reales, utilizando los conocimientos bioéticos para la práctica profesional.

Cuando son bien implementadas en el contexto estudiado, las metodologías activas tienen el potencial de formar profesionales mejor preparados, que prestarán servicios más eficientes, lo que, en última instancia, implica una mejora en la salud y la calidad de vida de los pacientes y de la población.

Como también se demostró en temas anteriores, cuando la población tiene altos indicadores de salud, los niveles de desarrollo socioeconómico del país también tienden a aumentar, especialmente cuando los indicadores de ingreso, vivienda, educación, etc. acompañan este crecimiento. Por ende, la calidad de los servicios sanitarios es uno de los pilares para la transformación social y económica de la nación. Por lo tanto, existe una relación directa entre la calidad de la educación en salud y el desarrollo socioeconómico nacional.

Sin embargo, la realización de ejercicios con metodologías activas no es una tarea sencilla, ya que requiere la capacitación de los tutores/profesores para obtener el máximo potencial de las mismas. Aunque muchas instituciones educativas ya utilizan estas herramientas metodológicas, su aplicación es aún tímida y la capacitación de los tutores es precaria, lo que conlleva imprecisiones en su aplicación y malentendidos en su concepto y aplicación.

Para que esta tecnología educativa adquiriera un verdadero protagonismo, es necesario que se implemente un plan de acción específico, diseñado por profesionales comprometidos, y que sea bien recibido por los gestores de los centros educativos públicos y privados.

Bibliografia

- Beauchamp, Tom L. e Childress, James F., Princípios de Ética Biomédica, São Paulo: Loyola, 2002.
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Comunicação de notícias difíceis: compartilhando desafios na atenção à saúde – Rio de Janeiro: INCA, 2010. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/comunicacao-de-noticias-dificeis-compartilhamento-de-desafios-na-atencao-saude>
- Buss, P. M., Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. - Rev. Saude Coletiva, 2007; 17(1):77-93. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/19550>
- Cueto, M.; Palmer, S., Medicina e Saúde Pública na América Latina: uma história, Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2016.
- Dolara, A., Invito ad una “slow medicine”. Italian Heart Journal Suppl 2002;3(1):100-101. Disponível em: <https://www.slowmedicine.com.br/wp-content/uploads/2017/04/Dolara-Slow-medicine.pdf>
- Ferguson, N., A praça e a Torre. São Paulo: Planeta do Brasil, 2018.
- Freire, Patrocínio S., Pedagogia da Práxis: o conceito do humano e da educação no pensamento de Paulo Freire. 2010. 188 f. Dissertação (Mestrado) - universidade Federal de Pernambuco. CE, 2010.
- Goldin, J. R., Bioética: origens e complexidade. Rev HCPA 2006;26(2):86-92. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/164730>
- Gulart, Natiele D. G., et al., Abordando a Relação Clínica e a Comunicação de Notícias Difíceis com o Auxílio das Artes e dos Relatos Vivos. Revista Brasileira de Educação Médica, 2019; 43(4): 131-140. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v43n4RB20190098>
- Harari, Yuval N., Sapiens: Uma breve história da humanidade. Porto Alegre: L&PM Editores S. A., 2018.
- Kant, I., A metafísica dos costumes, 2. ed. Bauru, SP: Edipro, 2008.
- Luna, F., Diploma Superior en Bioética, Introducción a la bioética y a los comités de ética, Clase 1, Bloque I: Introducción, FLACSO Argentina, 2018a.

- Luna, F., Diploma Superior en Bioética, Introducción a la bioética y a los comités de ética, Clase 2, Bloque I: Teorías éticas clásicas: Immanuel Kant , FLACSO Argentina, 2018b.
- Luna, F., Diploma Superior en Bioética, Introducción a la bioética y a los comités de ética, Clase 3, Bloque I: Teorías éticas clásicas: John Stuart Mill y el utilitarismo, FLACSO Argentina, 2018c.
- Luna, F., Diploma Superior en Bioética, Introducción a la bioética y a los comités de ética, Clase 4, Bloque I: La teoría de los principios de Beauchamp y Childress, FLACSO Argentina, 2018d.
- Luna, F., Diploma Superior en Bioética, Introducción a la bioética y a los comités de ética, Clase 5, Bloque I: La relación médico- paciente, FLACSO Argentina, 2018e.
- Luna, F., Diploma Superior en Bioética, Introducción a la bioética y a los comités de ética, Clase 6, Bloque I: El manejo de la información médica, FLACSO Argentina, 2018f.
- Luna, F., Elucidating the Concept of Vulnerability. Layers not Labels, International Journal of Feminist Approaches of Bioethics, vol 2, No1, 2009.
- Luna F., Identifying and evaluating layers of vulnerability – a way forward. Developing World Bioeth. 2018g;(19):86–95. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/dewb.12206>
- Luna, F., Vulnerabilidad: la metáfora de las capas, en Revista Lexis-Nexis, Jurisprudencia Argentina, Número especial, IV, Buenos Aires, 2008.
- Melo, B. C.; Sant’Ana, G., A prática da Metodologia Ativa: compreensão dos discentes enquanto autores do processo ensino- aprendizagem. Revista Ciências Saúde, v. 23, n. 4, p. 327-339, 2012. Disponible en: https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/pratica_metodologia_ativa.pdf
- Melo, C. C. B.; Alves, R. O.; Lemos, S. M. A., Metodologias de Ensino e Formação na Área da Saúde: revisão de literatura. Rev. CEFAC. 2014

- Nov-Dez; 16(6):2015-2028. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201416012>
- Melo, M. C., et al. (organizadores); Berbel, Neusi A. N. (colaboradora). Metodologias Ativas: concepções, avaliações e evidências; Vol 2 - 1. Ed. - Curitiba: Appris, 2020.
- Muhl, E.H., Habermas e a Educação: Racionalidade Comunicativa, Diagnóstico Crítico e Emancipação. Revista Educ. Soc., Campinas, v. 32, n. 117, p. 1035-1050, out.-dez. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-73302011000400008>
- Oguisso, T.; Zoboli, E.L.C.P., (organizadoras). Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde - 2.ed., Barueri, SP: Manole, 2017.
- ONU, Declaração Universal dos Direitos Humanos. Disponível em: <https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=por>
- Ortona, C. O., Bem-estar do paciente deve suplantar os interesses do médico, Revista Ser Médico, Revista do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, São Paulo, Edição 56 - Julho/Agosto/Setembro de 2011, página 4. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Revista&id=550>
- Pellegrino, Edmund D. e Thomasma, David C., Para o Bem do Paciente: a restauração da beneficência nos cuidados da saúde, São Paulo: Edições Loyola, 2018.
- Pereira, Thaís Thomé Seni Oliveira; et al. O cuidado em saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco. Mental, Barbacena , v. 9, n. 17, p. 523-536, dez. 2011 . Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272011000200002&lng=pt&nrm=iso.
- Potter, Van, R., Bioética: ponte para o futuro, São Paulo: Edições Loyola, 2016.
- Rawls, J., Uma teoria da justiça, São Paulo: Martins Fontes, 2002.

Scliar, M., História do conceito de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 2007; (1): 29–41. ISSN 0103-7331. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>.

Sganzerla, A.; Zanella, D. C. (organizadores), *A bioética de V. R. Potter : 50 anos depois*, Curitiba: PUCPRESS, 2020.

Wadt, P. Afinal, o que são os determinantes da Saúde?. *Direção Concursos*, 2019. Disponível em: <https://www.direcaoconcursos.com.br/artigos/determinantes-saude-concursos/>.