

Diego López-Luján<sup>1</sup>María Teresa Pou<sup>2</sup>Laureano de la Cruz<sup>3</sup>

## Conocimiento, actitud y práctica de bioética en residentes médicos de Santiago de los Caballeros

*Knowledge, attitude and practice of bioethics in resident doctors of Santiago de los Caballeros*

### Resumen

#### Palabras claves

CAP bioética, médicos bioética, medicina familiar bioética

El objetivo de este artículo es dar a conocer los datos obtenidos de un trabajo de investigación sobre el conocimiento, actitud y práctica (CAP) sobre bioética, entre los médicos residentes de Santiago de los Caballeros. Los resultados de esta investigación nos hacen reflexionar sobre la importancia de tener una formación académica temprana sobre bioética para que la práctica médica se haga con mayor conciencia de lo que significa la vida humana en todos los sentidos.

#### Keywords

Bioethics KAP, bioethics doctors, bioethics family medicine

### Abstract

*This article shows the information given by a Bioethics research work about knowledge, attitude and practice (KAP) among resident doctors of Santiago de los Caballeros. The information obtained from this investigation moved to think about the importance of a bioethics early academic education to get a higher conscience about a full meaning of human life.*

Recibido: 03-01-14

Aprobado: 29-01-14

<sup>1</sup> **Diego López-Luján:** Licenciado en Ciencias Religiosas y Magíster en Teología Moral por la Universidad Pontificia de Comillas (Madrid-España). Profesor a tiempo completo y Director de los departamentos de Humanidades y Estudios Teológicos, y Presidente del Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias de la Salud, PUCMM, Campus Santiago. Para contactos: di.lopez@ce.pucmm.edu.do

<sup>2</sup> **María Teresa Pou:** Doctora en Medicina y Magíster en Medicina Familiar y Comunitaria por la Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra. Egresada de PUCMM. Para contactos: maria.teresa.1309@hotmail.com

<sup>3</sup> **Laureano de la Cruz:** Licenciado en Trabajo Social por la Universitat de les Illes Balears y Magíster en Educación –Mención Administración Escolar– por la Universidad Tecnológica de Santiago. Profesor a tiempo completo del Departamento de Humanidades, PUCMM, Campus Santiago. Para contactos: l.delacruz@ce.pucmm.edu.do

## Introducción

El presente artículo describe la influencia de la Bioética en la praxis profesional de los residentes médicos de los centros de salud de la ciudad de Santiago de los Caballeros. El mismo es fruto de una investigación dirigida por el Prof. Diego López-Luján, asesorada metodológicamente de manera especial por el Prof. Laureano de la Cruz y realizada por las doctoras María Teresa Pou, Noonkee Marie Minouche y Dulce Manuela Espinal, para la obtención del grado de Magíster en Medicina Familiar. Dicha investigación se desarrolló bajo un diseño descriptivo de corte transversal y de fuente primaria en el período enero-marzo del 2013. El objetivo era determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas que los médicos residentes de la ciudad de Santiago tenían sobre seis principios de Bioética, los cuales están presentes en la práctica profesional cotidiana. Para ello, se contó con un universo de 231 médicos residentes que respondían a los criterios de inclusión y accedieron a participar.

## Principios bioéticos investigados

La Bioética es definida por Reich en la introducción de la Encyclopedia of Bioethics como: “El estudio sistemático de las dimensiones morales –incluyendo la dimensión moral, las decisiones, las conductas y las políticas–, de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, usando una variedad de metodologías éticas en un contexto interdisciplinario”. El planteamiento de esta investigación se basó principalmente en los principios bioéticos surgidos de la Teoría Principialista propuesta por los autores Beauchamp y Childress (En Ferrer y Álvarez, 2003): Autonomía, Beneficencia, No-maleficencia y Justicia; agregándole el Principio de Solidaridad (Amor, 2005), proveniente de una bioética más Personalista; y el Principio de Doble Efecto (Flecha, 1994). Este último principio, lo encontramos en la moral católica clásica y se debe a Juan de Santo Tomás (1589-1644), aunque las premisas se encuentran ya en Santo Tomás de Aquino.

A groso modo y pecando de reduccionismo por cuestiones de espacio vamos a señalar y explicar brevemente los seis principios que se manejaron en el estudio, para tratar de dar al lector una visión algo más amplia y contextualizada del ejercicio profesional de futuros especialistas en distintas áreas de la salud, a saber:

- **Principio de Autonomía.** La autonomía se refiere a la capacidad que tienen las personas para auto-determinarse. Para ello, es necesario que la persona esté libre tanto de influencias externas que la controlen, como de limitaciones personales que le impidan hacer una genuina opción por un pro-

cedimiento quirúrgico, o tratamiento farmacológico por la comprensión inadecuada del objeto o de las circunstancias de la elección. De la autonomía se desprende como aplicación práctica y directa el Consentimiento Informado; el cual no se ha de entender nunca como un simple documento que el paciente firma autorizando un procedimiento quirúrgico, sino que se enmarca dentro de un diálogo veraz y honesto que se ha de dar en la relación médico-paciente. Para que exista un verdadero Consentimiento Informado es necesario, además de que el paciente pueda actuar de manera libre, voluntaria y consciente, que se le explique y comprenda la naturaleza y objetivos de la intervención, con sus molestias, riesgos y beneficios; así como las posibles alternativas que pueden haber para la misma, también con sus riesgos y beneficios, cuál sería el curso de la enfermedad si no accede a la intervención, así como las opiniones y recomendaciones por parte del médico. De esta manera el paciente pueda decidir con un mayor conocimiento de causa (Ferrer & Álvarez, 2003).

- **Principio de Beneficencia.** Este principio se refiere a la “obligación” moral de obrar para beneficiar a otros. Algunas normas de beneficencia que se desprenden de dicho principio son:

- 1) proteger y defender los derechos ajenos; 2) prevenir los daños que podrían afectar a terceras personas; 3) eliminar las condiciones o situaciones que puedan dañar a otros; 4) ayudar a las personas con incapacidades o deficiencias y 5) rescatar a las personas que están en peligro.

El ejercicio desmedido de este principio da como resultado el paternalismo, donde se violenta el respeto a la autonomía del paciente, podríamos decir que se cae en una especie de despotismo médico: todo para el paciente pero sin el paciente. Desde el punto de vista bioético, el paternalismo es prácticamente inaceptable y la única situación donde se justifica es en casos de emergencia. Por otra parte, este principio presenta otro problema y es la “obligatoriedad”. ¿Hasta dónde se puede obligar a una persona o a un médico a actuar en beneficio de otros más allá de su deber o realizar acciones supererogatorias? Esto entraría dentro del campo de la excelencia moral, deseable para todo el mundo –no sólo para los profesionales de la salud–, pero desde el punto de vista legal la excelencia moral no es obligatoria, en principio, para nadie (Ferrer & Álvarez, 2003).

- **Principio de No-maleficencia.** Dicho principio afirma esencialmente la obligación de no hacer

daño intencionalmente a nadie. La no-maleficencia está directamente ligada al concepto de agravio; es decir, al perjuicio que se hace a una persona en sus derechos, intereses, estado físico o salud. Aunque la noción de este principio es similar al principio de beneficencia, tiene algunas diferencias muy claras. La primera y más patente es la fuerza con que obliga la no-maleficencia en forma negativa y legal con con la prohibición de hacer un mal o daño a alguien, en nuestro caso a los enfermos.

La aplicación de ambos principios –beneficencia y no-maleficencia– ha de llevar a los profesionales de la salud a la exigencia de valorar los riesgos y beneficios de toda acción médica, la naturaleza y alcance de estos, para así poder disminuir dichos riesgos y maximizar los posibles beneficios (Ferrer & Álvarez, 2003).

- **Principio de Justicia.** Este principio, que en un primer momento se aplicó a la investigación biomédica, Beauchamp y Childress lo aplicaron a la medicina clínica y asistencial. Evidentemente, el concepto de justicia que interesó a nuestros autores para un ejercicio moral de la medicina y una reflexión ética sobre la distribución de recursos donde se pueda satisfacer de manera mayoritaria el derecho a la asistencia sanitaria de todo ser humano fue el de justicia distributiva. Este principio, en sentido amplio, se refiere a la asignación equitativa de los derechos, beneficios y responsabilidades o cargas en la sociedad y más concretamente en el ejercicio de la medicina. Su espectro es amplísimo y toca, entre otras cosas, a las leyes fiscales, a la distribución de recursos para las diversas necesidades, los derechos y deberes de los agentes que participan en todo el entramado de la sanidad, incluyendo a los enfermos. Además, parte de la convicción de que todos los seres humanos somos iguales en dignidad y derechos. Por todo ello, este principio busca la equidad entre todos los miembros de la sociedad (Ferrer & Álvarez, 2003).
- **Principio de Solidaridad.** Este principio, propuesto desde una reflexión más humanista proveniente de autores surgidos de una bioética personalista, parte de la idea de que el ser humano es un ser social y solo en sociedad puede alcanzar su perfección. Este principio conlleva el estar atentos a los problemas y necesidades de todos los seres humanos, para sentir y compartir con ellos sus luchas y esperanzas. Además, trata de paliar la discriminación y segregación de personas que desgraciadamente se produce con el cálculo utilitarista de la propuesta Principialista. La indiferencia ante el sufrimiento ajeno es un mal moral que no se debería tolerar. La “globalización de la indiferencia”

en nuestros días, como nos decía el papa Francisco, es un mal que tiene como raíz el individualismo egoísta que hace que nos despreocupemos de aquellos con los cuales compartimos un mismo suelo. En resumen, la solidaridad ha de desembocar en el compromiso de compartir aquello que poseemos para tratar de integrar a todos aquellos enfermos que se ven desplazados de los sistemas de salud establecidos (Amor, 2005).

- **Principio de Doble Efecto.** Este principio ha sido un elemento casi imprescindible a lo largo de los siglos para la teología moral católica en la formación del juicio ético. En un primer momento, este principio sirvió para el enjuiciamiento moral de situaciones de distinta índole, en las cuales entraban en conflicto deberes y valores. Pío XII lo aplicó de manera especial a las cuestiones médicas cuando habló sobre la analgesia y la pérdida de conciencia de los enfermos, sobre todo en estado terminal. Este principio ayuda a la toma de decisiones ante acciones –u omisiones– que tengan dos efectos diversos: uno considerado acorde con los valores éticos (efecto bueno) y otro desacorde con estos por comportar consecuencias negativas (efecto malo).

Cuando la intervención se justifica por este principio, el efecto malo se considera: voluntario indirecto y moralmente justificado. Una formulación actual especialmente pensada para las cuestiones médicas sería la siguiente: 1) que la finalidad de la acción que se propone sea siempre buena o indiferente, nunca mala; 2) que el efecto directo de la acción sea el positivo; mientras que el efecto negativo ha de ser consecuencia del positivo, y nunca al contrario; 3) que el efecto positivo sea siempre proporcionalmente superior al negativo o al menos igual, pero nunca el negativo superior al positivo y 4) que no haya otros medios exentos de los efectos negativos (Flecha, 1994).

## Enseñanza de la bioética

Se puede afirmar que la Bioética es una disciplina relativamente joven. El mismo término surge como un neologismo propuesto por el oncólogo Van Rensselaer Potter, en 1971, cuando publicó la obra *Bioethics: bridge to the future*; aunque en 1970 ya la utilizó en el título de un artículo y anteriormente en una nota a pie de página. También, en 1971 el obstetra André Hellegers funda el Instituto Joseph Kennedy de Bioética en Washington, orientado hacia problemas biomédicos cotidianos, en contraposición a la bioética potteriana que buscaba conciliar las Ciencias Naturales con las Ciencias Humanas en general como, podríamos decir, antídoto al cientificismo, el cual pensaba podía llevar al declive de la Humanidad.

La Bioética se ha convertido en pocos años en una disciplina importante y trascendental en el ejercicio de la medicina, especialmente en lo concerniente a la toma de decisiones. Además, se ha incorporado de forma mayoritaria al proceso formativo de las escuelas de medicina de todo el mundo, buscando junto a los componentes científicos y técnicos, integrarse de manera equilibrada.

También, en la República Dominicana las escuelas de medicina la han insertado en sus currículos, ya sea con el nombre de Bioética, Ética Médica o Deontología y Bioética Médica –como es el caso de nuestra universidad, y que por su carácter católico ofrece, también, una Bioética Teológica denominada Moral Médica–.

Pero, parece que el estudio directo de la bioética resulta insuficiente, pues se siguen detectando una serie de comportamientos en un buen número de médicos, como demuestra el presente estudio, alejados de las actitudes y prácticas éticas que promueven la bioética y la deontología médica.

Entre estos comportamientos podríamos mencionar: abuso de poder, fraude, prepotencia, arrogancia, prejuicios, engaño, falta de dominio e incompetencia disciplinar, conflictos de interés, compromisos comerciales y la aceptación de dádivas. A la vez, también, se reconoce la existencia de una brecha entre los planteamientos teóricos de los dilemas médicos y la evidencia práctica de los mismos (Suárez & Díaz, 2007).

La enseñanza de la Bioética, como cualquier tipo de enseñanza que incida sobre el comportamiento humano, tiene dos niveles: el primero consiste en la adquisición de los conocimientos esenciales sobre la disciplina y el segundo se refiere, no solo a los conocimientos fundamentales, sino también a aquellos que capacitan a las personas –estudiantes de medicina– en la utilización de formas de razonamiento para alcanzar el tipo de conclusiones que se necesitan para el buen desempeño de la profesión médica.

Por tanto, estamos hablando de una formación de habilidades y competencias que requieren, en un buen número de ocasiones, una familiaridad con conceptos filosóficos, axiológicos y una “alfabetización” de principios. Además, de un conjunto de nociones, técnicas y procedimientos que se le hacen indispensable al profesional de la salud para un buen quehacer desde el punto de vista bioético (Lolas, 2003).

No se ha de olvidar que la bioética, especialmente la personalista, se incrusta de manera directa en el humanismo cristiano, enunciado en el Evangelio y desarrollado y defendido por la Tradición y el Magisterio eclesial –seña de identidad de la PUCMM–, pues la

reflexión bioética es una reflexión sobre la dignidad del ser humano (Torralba, 2005). Dignidad, que nosotros los creyentes, además de afirmarla desde una dimensión óntica; es decir, por el simple hecho de existir y ser tal como somos o de otra manera no seríamos; también, la afirmamos desde una dimensión de fe, por sabernos creados a imagen y semejanza de Dios.

Una buena formación en este campo de estudio, como recomienda UNESCO (2006) en el artículo 23 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, se hace cada día más imprescindible para muchos profesionales de la salud que desean ofrecer una respuesta adecuada y sincera a los diferentes dilemas éticos que se plantean con frecuencia en la práctica clínica.

Una formación pluridisciplinar sólida, a la vez teórica y práctica, permite adentrarse en este campo con cierta competencia y habilita al profesional de la salud a dar respuestas tanto a los dilemas surgidos de la medicina asistencial, como aquellos producidos por la investigación clínica y biológica.

Además, en un contexto social donde cada vez más los usuarios de la medicina son conscientes de los derechos legales que les asisten –de los cuales el Estado ha de ser garante–, se hace imprescindible para los profesionales de la salud, que los estándares en la praxis profesional sean los más adecuados y, a la vez, se muevan dentro de la excelencia moral.

Finalmente, nos gustaría señalar que el trabajo de investigación que se realizó se alinea con la vocación de extensión que tiene la PUCMM, pues, está guiado “por los principios básicos de: respeto a la dignidad humana, responsabilidad y promoción de la justicia social” (PUCMM, 2011, p. 21) como muy bien nos señala el Modelo Educativo. Con ello, se pretendía, y se sigue pretendiendo, contribuir a una toma de conciencia en la formación humana de los egresados de la medicina de la PUCMM y ¿por qué no de los del país?

### Análisis de los resultados

De la muestra de 231 residentes que cumplían con los criterios de inclusión especificados en este estudio, el 46% de los médicos residentes encuestados manifestó tener conocimientos generales sobre la Bioética, el 67.9% se expresó de manera negativa hacia sus actitudes y el 56.3% reconoció no realizar sus prácticas conforme a los principios bioéticos. Desglosando estos acápites los resultados son los siguientes:

El 46% de los médicos residentes encuestados afirmó tener conocimientos básicos sobre Bioética, el 30%

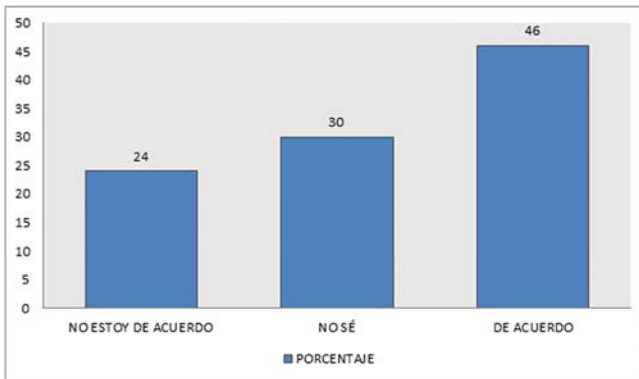


Fig. 1 Conocimiento sobre los principios bioéticos investigados

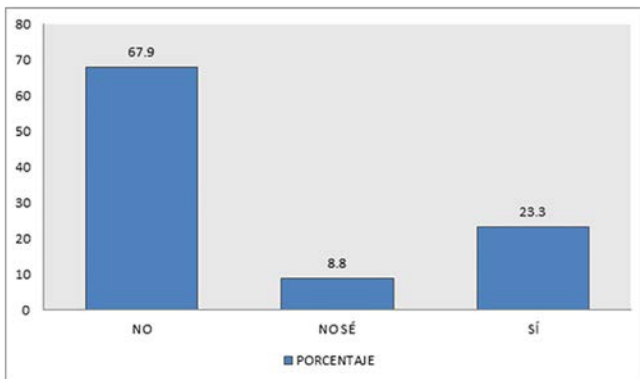


Fig. 2 Actitud sobre los principios bioéticos investigados

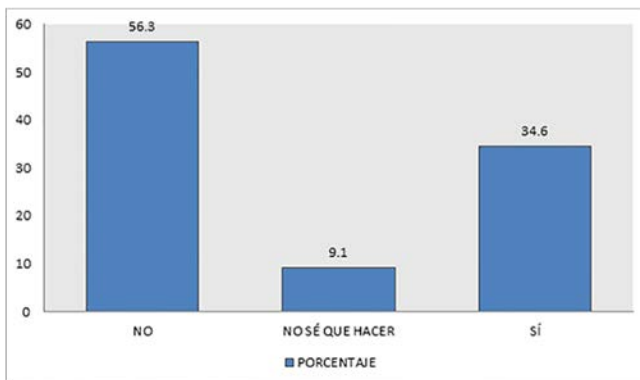


Fig. 3 Práctica sobre los principios bioéticos investigados

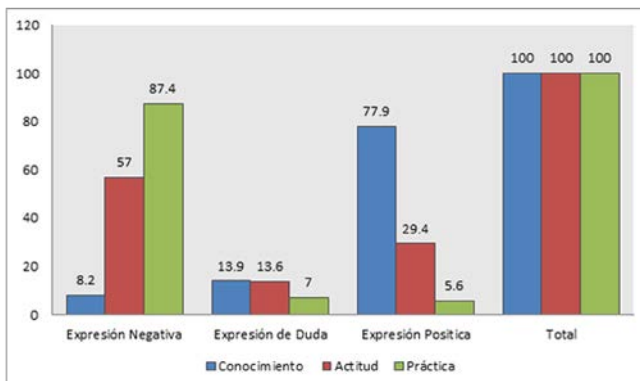


Fig. 4 CAP del Principio de Autonomía

expresó inseguridad sobre el conocimiento de los principales conceptos y principios de la Bioética, mientras que el 24% afirmó desconocer los conceptos básicos y principios de la Bioética (Fig. 1).

El 67.9% de los médicos residentes encuestados expresó en el capítulo de actitudes que no sabría qué hacer en algún caso determinado, el 8.8% manifestó que no estaría totalmente seguro acerca de cómo actuar y el 23.3% afirmó que sabría cómo actuar y qué hacer en los casos planteados acerca de su praxis médica (Fig. 2).

Finalmente, el 56.3% de los residentes médicos encuestados expresó que no pone en práctica los principios de la Bioética en su praxis profesional cotidiana frente al 34.6% que afirmó ponerlos en práctica. El 9.1% restante expresó no estar seguro de estar aplicándolos (Fig. 3).

Es en los conocimientos, actitudes y prácticas bioéticas, donde radican la importancia y la pertinencia de la presente investigación; pues, difícilmente se puede practicar lo que no se conoce y difícilmente se pueden cambiar las actitudes y prácticas en temas tan sensibles como, por ejemplo: el aborto, la eutanasia, la reducción embrionaria, la donación y trasplante de órganos, las terapias con células madres somáticas o embrionarias, etc., si no se conocen las implicaciones bioéticas que todas estas prácticas conllevan.

Teniendo como marco de referencia los principios bioéticos anteriormente mencionados se realizaron los siguientes hallazgos:

Para el Principio de Autonomía: el 77.9% de los médicos residentes encuestados manifestó conocer este principio frente a un 8.2% que expresó lo contrario y un 13.9% manifestó dudas sobre el conocimiento del mismo.

La actitud hacia este Principio fue negativa en el 57% de los casos. El 87.4% de los encuestados manifestó no poner en práctica este principio a pesar de manifestar conocerlo (Fig. 4).

Para el Principio de Beneficencia: un 39% de los residentes médicos encuestados manifestó no conocer este Principio, un 32.9% manifestó conocerlo y un 28.1% expresó dudas sobre el mismo. Un 94.8% tiene una actitud negativa mientras que un 84.4% lo pone en práctica.

A pesar de que los residentes médicos encuestados expresaron poco conocimiento sobre el Principio de Beneficencia, resulta contradictorio que hubiera una actitud negativa hacia el mismo y que, sin embargo, la mayoría lo pusiera en práctica en su praxis médica (Fig. 5).

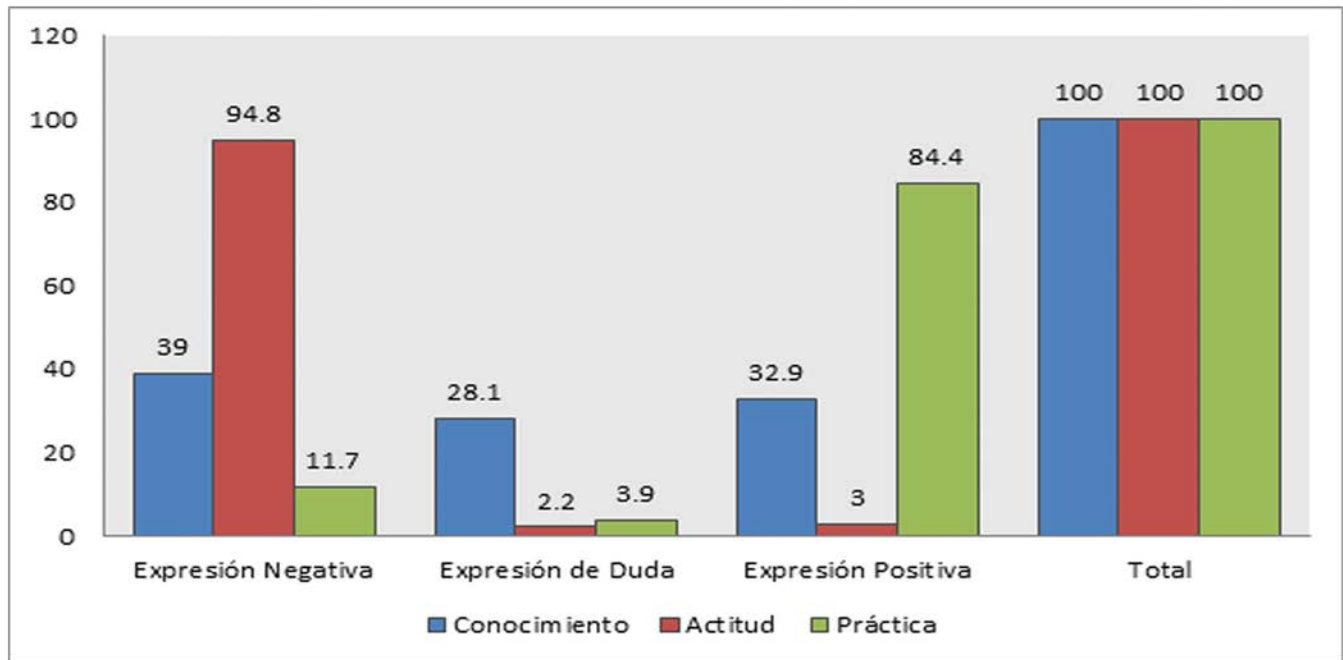


Fig. 5 CAP del Principio de Beneficencia

Para el Principio de No-maleficencia: el 48.9% de los residentes médicos encuestados manifestó conocer este Principio, el 35.1% expresó dudas mientras el 16% dijo no conocerlo.

En cuanto a la actitud sobre este Principio, un 45.9% expresó una actitud negativa mientras que la práctica sobre dicho Principio fue negativa en el 97% de los residentes médicos encuestados.

Es llamativo que un Principio tan importante haya registrado porcentajes tan negativos entre los residentes médicos encuestados (Fig. 6).

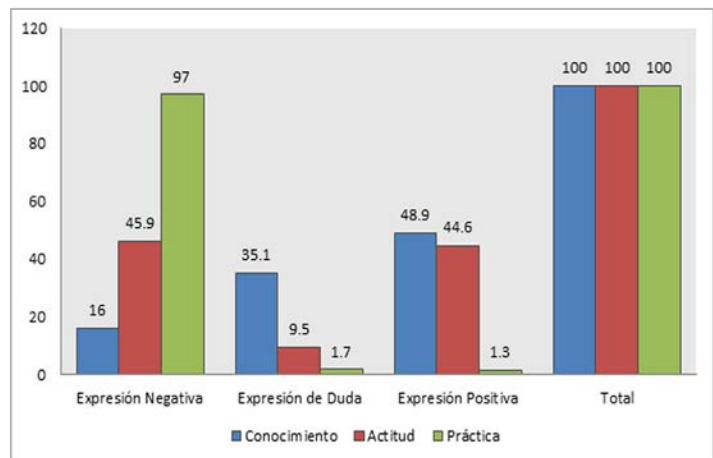


Fig. 6 CAP del Principio de No-maleficencia

Para el Principio de Justicia: el 45.9% de los encuestados manifestó no conocerlo, un 32.0% afirmó conocerlo, mientras que el 22.1% de los médicos residentes expresó dudas acerca de su conocimiento.

En cuanto a la actitud hacia el Principio de Justicia, los médicos residentes encuestados mostraron una actitud negativa en el 73.6% de los casos y una práctica negativa de este principio bioético en el 57.1% de los casos (Fig. 7).

Para el Principio de Solidaridad: el 60.6% de los residentes médicos encuestados expresó

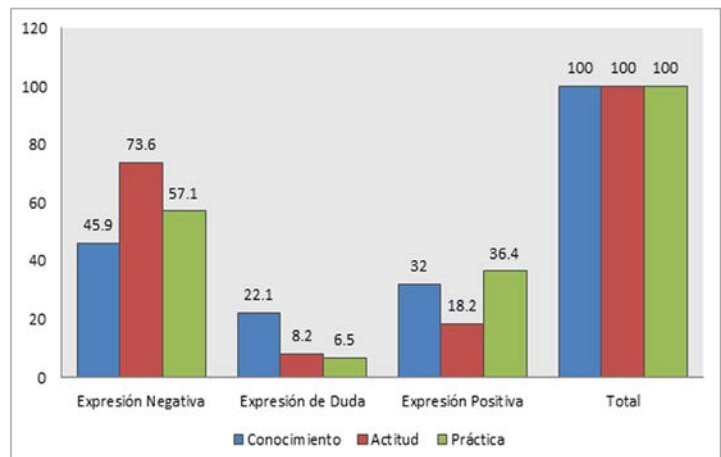


Fig. 7 CAP del Principio de Justicia

conocer este Principio bioético, el 23.4% expresó dudas y el 16% afirmó no conocerlo (Fig. 8).

Para el Principio de Doble Efecto: un 59.3% de los encuestados no está seguro de conocer. El 68.4% tiene una actitud negativa y el 45.5% la pone en práctica (Fig. 9).

A modo de conclusión es necesario resaltar dos ideas fundamentales: En primer lugar, los resultados obtenidos por las encuestas reflejan un bajo conocimiento de los principios bioéticos en los que debe basarse la práctica médica y evidentemente es difícil practicar aquello que se desconoce.

En segundo lugar y relacionado con lo anterior, se ha detectado una discrepancia significativa entre el nivel de conocimiento, de actitudes y de praxis.

Aunque esto requiere un análisis más profundo, una de las posibles interpretaciones de tal fenómeno es que en las escuelas de Medicina no se ha logrado transmitir el fin último y fundamental de la razón de ser de los principios bioéticos.

Ambas conclusiones colocan al sistema de salud y a las universidades frente al reto de mejorar y profundizar la enseñanza y la reflexión de la Bioética, para que esta sea percibida como un eje fundamental de la praxis médica cotidiana en todo el sistema de salud dominicano.

## Referencias bibliográficas

Amor, J.R. (2005). *Introducción a la bioética*. (2ª ed.). Madrid: PPC.

Ferrer, J.J. & Álvarez, J.C. (2003). Para fundamentar la Bioética. *Teorías y paradigmas teóricos en la Bioética contemporánea*. Madrid: Desclée De Brouwer.

Flecha, J.R. (1994). *Teología moral fundamental*. Madrid: BAC.

Lolas, F. (2003). *Temas de Bioética*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.

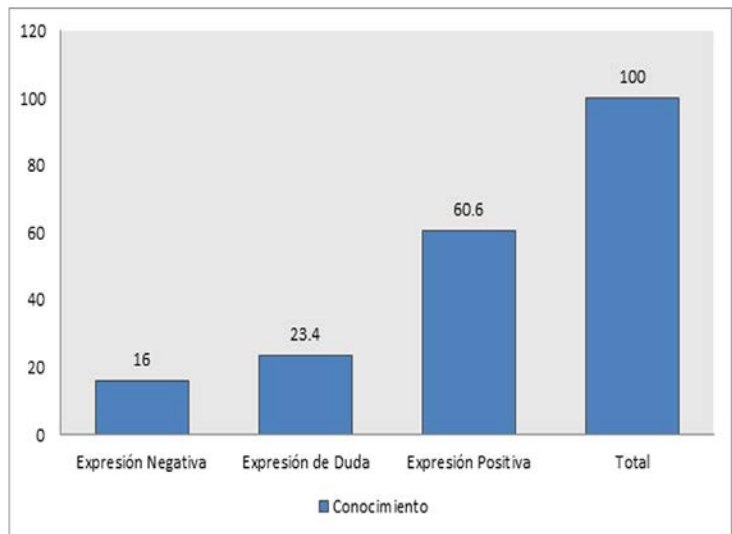


Fig. 8 Conocimiento del Principio de Solidaridad

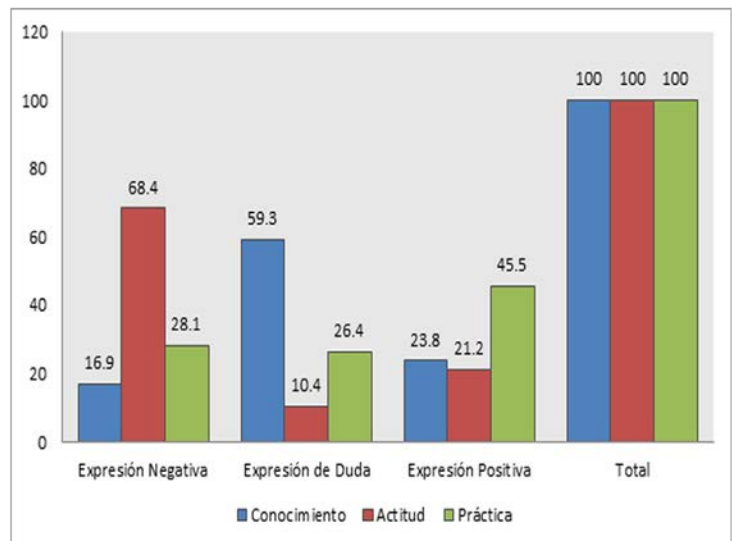


Fig. 9 CAP del Principio de Doble Efecto

Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra (2011). *Modelo Educativo*. Reich, W. T. (1995). *Encyclopedia of Bioethics*. (2a ed.).

New York: MacMillan. Suárez, F. & Díaz, E. (2007). *La formación ética de los estudiantes de medicina: la brecha entre el currículo formal y el currículo oculto* (Vol. 13, N° 1). Santiago de Chile: Acta Bioethica.

Torralba, F. (2005). *¿Qué es la dignidad humana? Ensayo sobre Peter Singer, Hugo Tristram, Engelhardt y John Harris*. Barcelona: Herder.

UNESCO (2006). *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. París.