

EL CONOCIMIENTO MÉDICO Y LA EXCELENCIA PROFESIONAL. (RESUMEN DE TESINA DEL MÓDULO EN FUNDAMENTOS DE BIOÉTICA.) MAESTRÍA DE BIOÉTICA. UH.

Circe de la Caridad Herrera Bueno.
Lic. en Enfermería.

“... el sentimiento es también un elemento de la ciencia”

José Martí, 1890.

INTRODUCCIÓN

Uno de los elementos que han definido históricamente las profesiones diferenciándolas de los oficios es que sus responsabilidades se han definido más en términos morales que en jurídicos. En los últimos 50 años, la distinción clásica entre profesión y oficio ha venido haciéndose cada vez más difusa, a costa de que las profesiones clásicas han rebajado su identificación con la responsabilidad, y sin embargo no es el obligado respeto a la ley sino la tendencia a la excelencia moral- el deber de procurar la excelencia- la característica fundamental de las profesiones. Es característico de una profesión que sus miembros busquen la virtud, no hay calidad posible sin búsqueda de excelencia y la promoción de la excelencia es el objetivo propio de la ética.

La profesionalidad puede ser entendida como un conjunto de valores y conductas que se expresan en el servicio de los intereses de los pacientes de

la sociedad antes de la de uno mismo. Para conseguirla, se ha recomendado, trabajar en tres campos: El contenido curricular, el proceso de enseñanza, las estructuras internas de las facultades de medicina con sus diferentes disciplinas y la relación de estas facultades y las organizaciones externas.

También se han propuesto cuatro pasos para reafirmar la profesionalidad: Crear comunidad en el hospital alimentar modelos de rol, enseñar profesionalidad médica y evaluar la conducta profesional.

La “Educación para la Virtud” debería ser vista como un componente necesario a un aprendizaje más tra-





dicional "de libro", sobre la ética. Es necesario crear un ambiente ético en las facultades de medicinas, incluyendo disciplinas como la enfermería para que la confianza y el cuidado importen de verdad, sin olvidar que a veces, según "Sulmasy", los propios médicos y personal sanitario de plantilla son las barreras más importantes para el desarrollo moral de los estudiantes, incluso de formas tan sutiles que las hacen parecer inconscientes; y que las presiones del nuevo comple-

jo médico-industrial-político, cuyos principales valores son la eficiencia y la productividad, buscan un cambio de conducta en los profesionales apelando al autointerés ilustrado en vez de al altruismo, lo que añade otra dificultad al proceso de educación en ética.

La profesionalidad es la base del contrato de la medicina con la sociedad y exige colocar los intereses de los pacientes por encima de los del médico, suministrando estándares de competencia e integridad, y proporcionando asesoría experta a la sociedad en cuestiones de salud. Todo ello se sustenta en unos principios fundamentales: La primacía del bienestar del paciente, la autonomía del paciente, y la justicia social. Y requiere una serie de responsabilidades: Compromiso con la competencia profesional, la honestidad, la confidencialidad, el mantenimiento de relaciones apropiadas con los pacientes, la mejora de la calidad de la atención, la mejora del acceso a la atención sanitaria, la justa distribución de los recursos, el compromiso científico, el mantenimiento de la confianza mediante el manejo de los conflictos de intereses y las responsabilidades profesionales¹.

OBJETIVOS

General

- Valorar la importancia del conocimiento médico y la excelencia profesional basada en las normas de buenas prácticas, relacionándolos con la bioética y los modelos teórico-metodológicos.

Específicos

- Referenciar los fundamentos teóricos metodológicos sobre la Medicina Basada en la evidencia y su importancia para la excelencia profesional.
- Exponer aspectos de las guías de buenas prácticas en la ética del cuidar.

MATERIAL Y MÉTODO

Para la búsqueda de la información existente sobre el tema objeto de estudio, se utilizaron, los conocidos buscadores generales Yahoo y Google, así como los temáticos : Biome, Medical World Search (MWSearch) y Medexplorer, así como la base de datos Medline, la Biblioteca Virtual de Salud y

de Bireme, además de múltiples trabajos de revistas especializadas. Los términos empleados fueron excelencia médica, medicina basada en la evidencia, normas de buenas prácticas.

CONTROL SEMÁNTICO

Antes de dar juicio de valor sobre el trabajo debemos clarificar los conceptos fundamentales.

1-Virtud: Actividad, fuerza, poder de las causas para producir sus esfuerzos. Fuerza, vigor, valor. Poder, facultad o potestad para obrar. Integridad y rectitud, probidad y bondad de vida. Hábito y disposición del alma para las buenas acciones. Acción virtuosa o recto modo de proceder. Espíritu bien aventurado que forman el quieto coro².

2-Virtudes: De *Areté*. Son logros personales de difícil adquisición y de aun más laboriosa mantención. Como estructura de carácter, entran en su constitución tanto el ethos personal como el entorno personal³.

3-Excelencia: Superior calidad o bondad que da a una cosa especial aprecio. Tratamiento que se algunas personas por su dignidad o empleo⁴.

4-Medicina basada en evidencias (MBE): Es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de pacientes individuales⁵.

5-Profesional: Un profesional es una persona que ha contraído un compromiso público específico, de satisfacer una necesidad social y que ha recibido la certificación correspondiente del cuerpo autorregulatorio al que pertenece, llenando las exigencias públicas de entrenamiento y habilidades para satisfacer las necesidades sociales⁶.

6-Profesional: Relativo a profesión o magisterio de ciencias o artes. Persona que hace hábito o profesión de alguna cosa⁷.

7-Profesionalidad: Es todo oficio, arte, o profesión que en su ejercicio manifiesta virtudes que promueven la excelencia y beneficia al que la recibe⁸.

8-Conocimiento: Mathesis. Es información, pero estructurada por y para algún interés. Es el resultado experiencial (de experiencia) de la co-

recta articulación de los saberes científicos y sapienciales (de sapiencia), los cuales ofrecen “certezas transitorias” en pos de la verdad⁹.

9-Conocimiento: Acción de conocer, Entendimiento e inteligencia. Sentido, entendimiento o razón. Ciencia, sabiduría, noción¹⁰.

10-Conocimiento médico: Conjunto de destrezas y habilidades adquiridas mediante el estudio sistemático de las ciencias y las investigaciones sobre esta, que puesto en práctica favorece la cura o el mantenimiento de la salud humana; Su praxis está dada por una persona que ejerce legalmente la medicina¹¹.

CAPÍTULO I: marco teórico referencial.

1.1 Paradigma médico clásico

❖ La virtud como excelencia profesional

Para hablar de excelencia hay que hacer alusión al filósofo griego Aristóteles, para él la excelencia estaba dada por la virtud.

Aristóteles sostuvo lo que hoy se llama una ética de virtudes. Según Aristóteles, las virtudes más importantes son las virtudes del alma, principalmente las que se refieren a la parte racional del hombre. Aristóteles divide la parte racional en dos: el intelecto y la voluntad. Las virtudes intelectuales perfeccionan al hombre en relación al conocimiento y la verdad y se adquieren mediante la instrucción. A través de las virtudes, el hombre domina su parte irracional. Existen dos clases de virtudes: virtudes éticas y virtudes dianoéticas. Ambas expresan la excelencia del hombre y su consecución produce la felicidad, ya que ésta última es “la actividad del hombre conforme a la virtud”.

Las virtudes éticas son adquiridas a través de la costumbre o el hábito y consisten, fundamentalmente, en el dominio de la parte irracional del alma (sensitiva) y regular las relaciones entre los hombres. Las virtudes éticas más importantes son: la fortaleza, la templanza, la justicia.

Las virtudes dianoéticas se corresponden con la parte racional del hombre, siendo, por ello, propias del

intelecto (*nous*) o del pensamiento (*nóesis*). Su origen no es innato, sino que deben ser aprendidas a través de la educación o la enseñanza. Las principales virtudes dianoéticas son la inteligencia (sabiduría) y la prudencia.

✓ La templanza es el Punto medio entre el libertinaje y la insensibilidad. Consiste en la virtud de la moderación frente a los placeres y las penalidades.

✓ La valentía es el punto medio entre el miedo y la temeridad.

✓ La generosidad es el punto medio entre el uso y posesión de los bienes. La prodigalidad es su exceso y la avaricia su defecto.

Prudencia: el hombre prudente es aquel que puede reconocer el punto medio en cada situación. Cuando uno hace algo virtuoso, la acción es buena de por sí. La prudencia no es ni ciencia ni praxis, es una virtud.

La definición tradicional de justicia consiste en dar a cada uno lo que es debido. Según Aristóteles, existen dos clases de justicia:

* La justicia distributiva, que consiste en distribuir las ventajas y desventajas que corresponden a cada miembro de una sociedad, según su mérito.

* La justicia conmutativa, que restaura la igualdad perdida, dañada o violada, a través de una retribución o reparación regulada por un contrato.

La literatura sobre “El médico perfecto” se inició en los mismos orígenes de la medicina occidental. Aristóteles habla del *télcios iatrós* (El médico perfecto), y el Galeno del *áritos iatrós* (el óptimo médico). El adjetivo es el superlativo de *agathós*, bueno y aplicado al médico significa que este ha de poseer en el máximo grado tanto las virtudes dianoéticas, como las éticas o morales.

El óptimo médico, es, pues aquel que se halla poseído tanto por las virtudes éticas como por las dianoéticas. Unas y otras consisten en hábitos buenos, y juntas conforman el *bíos iatrikos*, el modo o forma de vida del buen médico, del médico virtuoso o médico perfecto.

La virtud siempre supone un esfuerzo; en latín viene de *vir* (hombre)

y *vis* (fuerza). La virtud es el esfuerzo por conseguir el bien. En griego, Virtud proviene de *areté* (excelencia), que es la disposición habitual del ser humano a ser lo mejor que uno puede llegar a ser. Por ello la virtud supone la disposición del ánimo y el esfuerzo en la búsqueda de la excelencia.

En la ética a Nicómaco se utiliza la palabra virtud para referirse a las virtudes éticas. La virtud ética es definida con las siguientes características (EN11, 11.07a):

- Un hábito selectivo.
- Que consiste en un término medio entre dos extremos que son vicios, uno por exceso y otro por defecto
- Relativo a nosotros
- Establecido por la razón
- Y por aquella por la cual decidiría el hombre prudente.

La virtud para Aristóteles consiste en una manera habitual de obrar que es fruto de una determinada manera de ser y que se ha trabajado con disciplina para que devenga espontánea. La virtud requiere, por tanto, de esfuerzos, pero llega un momento en que se instaura como hábito como segunda naturaleza.

Por todo aquello Aristóteles culmina su definición de virtud ética aludiendo al hombre prudente, como el referente moral comunitario que es un interlocutor válido, nos está indicando que es importante una comunidad de pertenencia (y, por tanto, de referencia) en la que hay un proyecto moral para lograr que la persona llegue a ser lo mejor que puede, llegue a la excelencia a partir de las prácticas aprendidas en la comunidad cooperativamente.

La teoría aristotélica ha estado actualizada en el siglo XX para la ética general sobre todo por A. MacIntyre¹², y para la bioética clínica por D. Pellegrino¹³. MacIntyre explica la virtud dese una triple realidad: la acción, la unidad de la persona y el contexto social. Para él las virtudes son *“las cualidades necesarias para lograr los bienes internos de una práctica, que contribuyen al bien de una vida completa y cuyo concepto sólo puede elaborarse y poseerse dentro de una tradición social vigente”*¹⁴

MacIntyre, actualizando a Aristóteles, subraya que las finalidades inherentes a las actividades son objetivas, independientemente de la satisfacción personal que produzca al individuo que las haga. Hay pues en las actividades profesionales tres cuestiones en juego:

- El bien intrínseco de la actividad, el fin de la actividad es inherente a la medicina: paliar el dolor, o restablecer la salud del paciente.
- EL bien del sujeto, el desarrollo de sus potencialidades, y el consiguiente florecimiento que se produce al realizar bien la actividad, para lo cual se precisa de vocación
- Los fines extrínsecos a la actividad que el sujeto puede conseguir ejerciéndola: fama, prestigio, dinero.

En la bioética de MacIntyre nos hace pensar en lo esencial para la bioética clínica la deliberación, el conocimiento de los fines al servicio de los cuales está la profesión, el tipo de profesionales que queremos (buenos médicos pero también médicos buenos), el entorno comunitario que promueve las buenas prácticas así consideradas por la profesión.

A. MacIntyre considera la tradición y la comunidad como esenciales para insertarse de dichas prácticas; y define práctica como *“cualquier forma coherente y compleja de actividad cooperativa establecida socialmente, mediante la cual se realizan los bienes inherentes a la misma mientras se intenta lograr los modelos de excelencia y los conceptos humanos y de los fines y bienes que conlleva se extienden sistemáticamente”*¹⁵.

La virtud como reacción e ineludible complemento al principialismo: E.D. Pellegrino.

Si la filosofía moderna abandonó el concepto aristotélico de virtud, y lo redefinió hasta el extremo de *“desvirtuarlo”* para acabar desapareciendo del centro de interés filosófico durante siglos (del XV hasta XX), la estrecha relación de la virtud en la medicina desde sus orígenes hizo que esa desaparición de la virtud no aconteciera hasta unos 25 años¹⁶.

La gran aportación de la ética de la virtud a la bioética, y en especial la ta-

rea llevada a cabo por Pellegrino para recuperarla, reside en recordar que el núcleo de toda relación asistencial es la confianza y está no puede surgir más que cuando se conoce el tipo de profesional que se es y las razones que lo mueven.

Las 7 virtudes cardinales del excelente profesional

Pellegrino nos advierte que la recuperación de la virtud desde la ética profesional requería una filosofía de la medicina que estuviera orientada a fines; una ética profesional que se forjara en comunidades de prácticas y de aprendizaje, y una lista de virtudes como rasgos del carácter, que los profesionales deben adquirir a lo largo de su proceso de aprendizaje para ser el tipo de persona que consideramos puede ejercer la profesión de la salud de manera excelente y no solo como un mero oficio¹⁷.

Pellegrino nos habla de la siguiente siete virtudes como las fundamentales, recordándonos que, siguiendo el axioma aristotélico de la unidad de las virtudes, o se tiene todas, o no se tiene ninguna y, por lo tanto, no hay tampoco un orden lexicográfico o jerarquía entre ellas:

- 1- **La fidelidad:** a la confianza y a la promesa hecha al paciente de que está en buenas manos. En ese sentido nunca se debería olvidar que el paciente no tiene más elección que confiar en el personal sanitario. La relación profesional-paciente es una relación fiduciaria (Pellegrino, 1983).
- 2- **La benevolencia:** recuerda el deber de buscar el bien del paciente, no solo de no dañarlo (*primum non nosere*), sino de velar por su bien, y desde su concepción de qué se ha dicho bien. Deberíamos añadir que la fidelidad y benevolencia al paciente obliga a sopesar mejor los riesgos y beneficios y, en caso de duda, optar siempre a favor del vulnerable. Por ello Pellegrino insiste tanto en recuperar, sin connotaciones pater/maternalistas, el perseguir el bien del paciente¹⁸.
- 3- La postergación del interés personal: la relación terapéutica es una relación de servicio, por lo que el

autointerés debe ceder ante el esfuerzo por lograr aquel bien del paciente. A veces la presión del propio hospital por aparecer en determinados *ranking* puede incurrir en el vicio, lo contrario de la virtud, de explotar al paciente y convertirlo en un instrumento y mero medio al servicio de la mayor gloria del profesional y/o su hospital.

- 4- La compasión y el cuidado: las dimensiones sentimentales, como hemos visto en Aristóteles, forman parte ineludible del buen hacer, del virtuoso (el que realiza excelentemente su actividad). La empatía, simpatía o compasión, en el sentido de ser receptivo, nunca indiferente, al sentir del paciente, es también una virtud fundamental. Cuidar es tratar, atender, íntegra y particularmente en cuerpo y alma.
- 5- Honestidad intelectual: reconocer la ignorancia, algo tan socráticamente sabio, también debe formar parte de los rasgos del carácter del profesional sanitario virtuoso. A lo que nosotros añadiríamos el saber pedir perdón cuando descubrimos errores clínicos: no olvidemos la condición humana, y por tanto fallible, de todo profesional.
- 6- La justicia: más allá del principio de justicia que supone venda en los ojos para garantizar imparcialidad, no discriminación y equidad, y más allá de la distribución de recursos limitados, como virtud es una manera de saber discernir, en cada momento y en cada paciente, qué es correcto dar a cada cual.
- 7- La prudencia: la sabiduría práctica de escoger lo mejor para ese paciente en determinadas circunstancias.

1.2 Interrelación de la Medicina Basada en la Evidencia y la Bioética

La bioética nace como una necesidad ante los importantes avances científicos y técnicos en el mundo de la biología y la medicina que se estaban produciendo en la segunda mitad del siglo XX para los que era preciso tender un puente entre hechos y valores, algo que la mentalidad positivista abandonó al poner el énfasis en los

hechos científicos y relegando los valores al mundo de lo meramente emocional o irracional.

Aunque el objetivo inicial estaba puesto en el medio ambiente, ha sido en el campo de la investigación y de la asistencia sanitaria donde va a encontrar la bioética su principal desarrollo. Sobre todo después de la segunda guerra mundial, cuando salen a la luz los abusos que realizaron los médicos de la Alemania nazi en sus investigaciones y por los que fueron juzgados y condenados en el tribunal de Núremberg.

En 1966, el *New England Journal of Medicine* recoge un artículo de Beecher donde se denuncian investigaciones en las que se ponían en peligro la vida de los pacientes en aras de la “ciencia”. Más trascendencia tuvo unos años después el conocido como caso Tuskegee, que resultó ser uno de los más escandalosos experimentos realizados hasta la fecha. En 1932 el servicio de salud pública de los EEUU comenzó un experimento en Alabama con 400 hombres de raza negra con sífilis para determinar el curso natural de la sífilis latente no tratada. En los años 60 aparece ya instaurada la penicilina como tratamiento para esta enfermedad pero los hombres incluidos en la investigación no fueron tratados y se decidió que deberían seguir así para que la investigación pudiera dar sus frutos. Hubo que esperar hasta 1972, cuando saltó la noticia a la prensa, para que se suspendiera la investigación. Mientras tanto, alrededor de 100 personas habían muerto ya de lesiones sífilíticas avanzadas. Este posiblemente ha sido el caso de mayor trascendencia, más desde la petición pública de perdón del presidente Obama, pero ni ha sido el primero ni los abusos en la investigación se terminarán.

La bioética nace pues para intentar poner freno a estos abusos, pero no se queda aquí, sino también para dar respuesta ante la cada vez mayor complejidad tecnológica que tiene su máxima expresión en situaciones fronterizas como es el final o el inicio de la vida. La función de la bioética clínica tiene el objetivo de enseñar a gestionar correctamente los valores y sobre todo





cómo resolver los conflictos de valores.

La medicina basada en la evidencia (MBE) hay que integrarla como un instrumento más dentro de la gestión clínica. Gestión clínica que comienza en los años sesenta cuando se establecen las bases para una metodología evaluativa de la práctica médica a través de la calidad con la que comenzamos a familiarizarnos con términos como acreditación de estructuras, evaluación de indicadores de proceso o de resultados. Continúa en los setenta con la promoción de los protocolos para generar trazadores de las actuaciones clínicas más frecuentes e intentar disminuir la variabilidad. Ya en los ochenta se publican los métodos de consenso para generar debate profesional estructurado sobre temas controvertidos mediante grupos Delphi o nominales.

Es en los años noventa que da a luz la MBE, cuando un grupo de epidemiólogos británicos deciden hacer llegar a la práctica clínica los hallazgos científicos. De ahí vendrán las revisiones sistemáticas de la Cochrane, las guías de práctica clínica, etc. Estas herramientas de gestión clínica no terminan con la MBE, sino que continuarán con la toma de conciencia de los peligros que se derivan de la atención clínica apareciendo programas de seguridad de pacientes dentro de los cuales contemplamos los sobrediagnósticos y la medicalización excesiva que son desgraciadamente destacados en diversos campos de la atención de salud. En primer lugar, la exigencia de un buen ejercicio de la misma, ejercicio que ante la exigencia del otro, de nuestro paciente, debe ser un ejercicio de honestidad. En este sentido somos testigos de un reduccionismo de la investigación y de la clínica. La primera, en manos exclusivas de la industria farmacéutica con intereses puramente crematísticos investigando sólo sobre aquello que puede ser rentable. Sin contar con los sesgos o irregularidades por todos conocidos. Pero no sólo en la industria farmacéutica y en la investigación tenemos un problema, en otras herramientas de gestión la administración nos hace recordar los versos

de Machado: “Todo necio confunde valor y precio”, favoreciendo una visión de la gestión economizada hacia el mero ahorro en detrimento del beneficio clínico.

Otro aspecto donde la bioética puede aportar más allá de la exigencia de una mayor honestidad lo encontramos en conseguir evitar un reduccionismo de la clínica, mediante una concepción diferente de la relación entre la ciencia y los valores humanos.

Esta posición sobreprotectora es heredera de una práctica clínica que ha buscado el bien del paciente evitando hacer el daño pero sin contar con él. La bioética hace más presente la relación y la importancia de salir del modelo paternalista cambiando el tipo de relación clínica hacia una toma de decisiones compartidas. La MBE focalizada en la utilización del mejor tratamiento según la gradualidad de la evidencia; ensayo clínico aleatorizado, revisión sistemática, etc... sin más, es una visión estrecha que deja fuera los valores y la participación de los propios pacientes (autonomía). Desde una perspectiva de la ética principialista tendríamos que hablar de la conjunción de la búsqueda de un máximo beneficio (beneficencia), mínimo riesgo (no maleficencia), mínimo coste (justicia) y sobre todo, teniendo en cuenta la opinión del paciente (autonomía)¹⁸.

Al igual que las herramientas de gestión clínica han evolucionado, también la bioética lo está haciendo. A finales del siglo XX, la bioética abre la visión hacia la institución a través de la ética de las organizaciones, ampliando el marco de reflexión para encontrar una propuesta práctica para mejorar la calidad de las mismas. Del mismo modo que podemos hablar de una relación benéfica o maléfica podemos ver una institución desde la misma perspectiva.

La bioética propone una reflexión de las metas de la institución sanitaria, una conciencia corporativa, otorgar sentido, una identidad y legitimidad social. Todos ellos, conceptos claves en un buen funcionamiento de cualquier institución e imprescindible para una buena práctica clínica.

Capítulo II

2.1 Normas de buenas prácticas y La Medicina Basada en la Evidencia, reto para la excelencia médica profesional.

La medicina basada en evidencia es una respuesta natural a la necesidad de crear un modelo de atención médica capaz de integrar a la práctica diaria de forma consciente, racional y crítica los resultados de los constantes avances que en materia de investigación clínica tienen lugar, ante el volumen abrumador de información existente. Se exponen un grupo de elementos teóricos- conceptuales básicos en el área de la medicina basada en la evidencia, se describen algunas tendencias y se trata su introducción en Cuba, estado actual, así como las perspectivas de la medicina natural y tradicional frente al desarrollo de una medicina con sólidas bases científicas. La medicina basada en evidencia, no es más que el uso concienzudo, explícito y juicioso de la mejor evidencia existente para tomar decisiones sobre el cuidado de pacientes; significa integral la experiencia individual con la mejor evidencia clínica externa disponible y proviene de la investigación sistemática.

La experiencia, pericia o maestría individual comprende el conocimiento y la habilidad del médico para realizar un buen diagnóstico, para manejar prudentemente los problemas clínicos, para balancear beneficios y riesgos, para considerar los derechos y preferencias del paciente individual cuando se tomen las decisiones para su cuidado, entre otros cuidados.

La medicina basada en la evidencia (MBE), cuyos orígenes filosóficos se remonta a la mitad del siglo XIX en París o incluso antes, resulta actualmente un tema de gran interés para clínicos, médicos, otros profesionales de la salud y los especialistas en la información, entre otros. Esta nueva área del conocimiento es el producto del desarrollo de:

- La metodología para los ensayos clínicos, a partir del impulso infringido por Bradford Hill durante las décadas de los años 50 y 60, así como del metaanálisis dos décadas después.

- La epidemiología clínica como disciplina, que, durante los años 80, progreso cualitativamente con las obras de Feinstein, Spitzer, Rothman, Sackett y otros destacados especialistas en esta rama del saber.
- Las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias, cuya aparición tuvo lugar también en los años 80, en Europa y Estados Unidos.
- La bioética como disciplina a partir de los 70, que cuestiona el modelo asistencial basado en la autoridad del médico y propuso otro con un mayor respeto a la decisión del paciente.
- Las nuevas tecnologías de información y comunicación, que facilitaron la búsqueda, recuperación, manejo y utilización de este recurso decisivo.

Con la MBE, por primera vez institucionaliza como esquema de trabajo médico, el uso de la información actual y relevante en la práctica clínica. Lo que antes era una responsabilidad moral del médico ahora es una exigencia profesional e institucional, porque la evaluación de sus decisiones, como parte de la valoración de su desempeño, se realiza sobre la base de las mejores evidencias existentes para la atención a un determinado problema en las condiciones particulares que presenta el paciente. Existe, por tanto, un nuevo parámetro, diferente a la experiencia, útil para valorar el desempeño y el rendimiento clínico-profesional.

La MBE provee además los instrumentos necesarios para vencer las limitaciones tradicionales en la evaluación y el uso de la información a partir de propuestas nuevas para la búsqueda sistemática de la literatura apropiada, la evaluación crítica de los artículos relevantes y la decisión de como los resultados de las investigaciones más relevantes pueden aplicarse a cada paciente en particular.

La MBE tiene relación con la medicina basada en problemas ya que lo que se busca es la mejor certeza para resolver un problema, ya sea de un paciente individual, como de una comunidad o la administración de un servicio. Esta utilización puede ser

realizada por múltiples agentes de salud: médicos, odontólogos, cirujanos, nutricionistas, cuando atienden pacientes individuales; los profesionales a cargo de un servicio de atención cuando toman decisiones sobre uno o más pacientes de ese servicio; los administradores de un hospital cuando programan una determinada adquisición de insumos; o los responsables políticos de la salud de una comunidad deciden una campaña de prevención de cualquier tipo.

La práctica de la MBE significa en cada oportunidad integra la experiencia profesional de una persona o un equipo con la mejor evidencia externa disponible.

Proceso de la Medicina Basada en la Evidencia

- Identificación del problema.
- Conversión de los datos en preguntas contestables.
- Determinación del tipo de estudios que mejor contesten a las preguntas.
- Búsqueda de la mejor evidencia para responder.
- Evaluación crítica de la evidencia disponible.
- Aplicación del conocimiento a la situación problema.
- Evaluación de las decisiones tomadas.

La medicina basada en la evidencia en Cuba

Como se conoce, una práctica basada en evidencia, que integre la experiencia personal sistematizada con los resultados de las mejores investigaciones disponibles, requiere de:

- Una disponibilidad de información.
- Mecanismos de gestión.
- Tecnologías asociadas.
- Una actitud positiva (motivación), tanto de los dirigentes como de los clínicos y expertos en información.
- Una formación y adiestramiento adecuado para la búsqueda y la evaluación crítica de la información.

Estos elementos son abordados por los autores Jorge Bacallao Gallestey-

Alina Arlem González-Marlene Ferrer Arrocha. En su libro *Paradigma en el curso de la vida. Implicaciones en la clínica, la epidemiología, y la salud pública*; al referirse a los cuatro atributos básicos siguientes encarnados en un sistema de salud integral:

- Disponibilidad: el número suficiente de programas, establecimientos bienes, y servicios públicos de salud.
- Accesibilidad: los establecimientos, bienes y servicios al alcance de todas las personas sin exclusiones, el concepto de accesibilidad comprende tres dimensiones:
 - La accesibilidad física.
 - La accesibilidad económica.
 - La accesibilidad a la información.
- La aceptabilidad: la disponibilidad de establecimientos; bienes y servicios debe de atenerse a estrictos principios éticos y debe ser respetuosa de los patrones culturales.
- Calidad: los establecimientos, bienes y servicios deben ser igualmente apropiados desde el punto de vista científico, técnico y de las buenas prácticas médicas¹⁹.

Cuba, aunque con el sistema de salud privilegiado entre los países del tercer mundo, en un país subdesarrollado. Por ello, y a consecuencias de los efectos negativos generados por la acción de las fuerzas externas, carece, en ocasiones, de los recursos necesarios para enfrentar los numerosos problemas que afectan a los países pobres.

Así, es necesario desarrollar una motivación, un conocimiento, unas habilidades y unos hábitos... una conciencia general sobre la necesidad de integrar en forma explícita y medible los mejores resultados de la investigación clínica internacional de sus pacientes.

En este sentido, la realización de investigaciones dirigidas a determinar los recursos de información más importantes en cada área temática del campo de la salud es muy importante, y el localizador de información en salud de Infomed es un buen ejemplo.

2.2 Normas de buenas prácticas

• Ética del cuidar

Para hablar de excelencia profe-

sional, tenemos que hacer alusión a la rama que en la medicina se dedica no solo al curar sino que su objetivo principal es el cuidar, apoyar, aliviar el dolor y sufrimiento humano, me refiero a la enfermería como disciplina dentro de la medicina.

El concepto de *cuidado* recibió un impulso con las investigaciones psicológicas de Carol Gilligan sobre el desarrollo moral de las mujeres. Posteriormente autoras como Nel Noddings o Sara Ruddick, provenientes de las éticas femeninas y feministas, han hecho contribuciones relevantes sobre la ética del *cuidado*. Inicialmente incorporada al terreno de la enfermería, la ética del cuidado ha trasvasado sus límites para aterrizar en la medicina y en todos los campos de la salud.

La ética del *cuidado* se centra en las relaciones interpersonales. No solo hay que curar (propio de la tradición médica), también hay que cuidar y aliviar el sufrimiento. El cuidado es una cualidad de la relación entre dos personas, una que cuida y otra (vulnerable, necesitada) que responde. La disposición a cuidar es la inclinación a dar acogida a otros y a atender sus necesidades. Se establece como prioritaria la obligación de cuidar: las acciones deben orientarse a la fidelidad con el compromiso de cuidado. A responder a las necesidades de la *otra* persona vulnerable²⁰.

Unos cuidados seguros competentes y éticos, así como unos centros de calidad, son fundamentales para la profesionalidad. Las enfermeras valoran la capacidad de proporcionar, una atención segura, competente y ética que les permita cumplir sus obligaciones éticas y profesionales para con las personas a las que atienden²¹.

Niveles de excelencia en la enfermería profesional

El concepto de excelencia profesional es tan elusivo como el de tratar de atrapar moléculas específicas de agua en un torrente. Son pocos los miembros en el campo de la enfermería que se han atrevido seriamente a tratar y mucho menos hacer investigación sobre ese tópico. La escasez en la literatura lo evidencia. Sin embar-

go, uno de los grandes intentos lo hizo Patricia Benner (2001) y su intento se publicó con el título; “Desde de novicio a experto: excelencia y poder en la práctica clínica de la enfermería”. Este trabajo de Benner se convirtió en una obra clásica en la literatura de la enfermería. Lo sagaz en la obra de Benner fue el poder extrapolar hacia el campo de la enfermería las ideas de otro trabajo investigativo hecho por otros autores Dreyfus, H y Dreyfus, S, en poblaciones de pilotos y ajedrecistas.

Conclusiones

Los fundamentos teóricos metodológicos sobre la Medicina Basada en la evidencia y su importancia para la excelencia profesional requieren poner los intereses de los pacientes por encima de los del médico al ser suministrados estándares de competencia e integridad lo que proporciona asesoría experta a la sociedad en cuestiones de salud que dependen en gran medida de la integridad de los médicos y del personal de salud en su conjunto concretos como de toda la profesión.

El médico debe ser una persona virtuosa, digna de la confianza del paciente y dispuesta a poner sus conocimientos a su servicio y en su correspondencia permite que las acciones del cuidado deben orientarse con la finalidad y el compromiso de cuidado, cuestiones fundamentales para lograr una profesionalidad de excelencia. ■

Bibliografía

1. Aristóteles. Ética a Nicómaco. VIII (1): 1155a5-12.
2. Aristóteles. Ética a Nicómaco. IX (11): 1171a29-30.
3. Bacallao Gallestey J, Alerm González A, Ferrer Arrocha M. Paradigma del curso de la vida. Implicaciones en la clínica, la Epidemiología y la Salud Pública.
4. Delgado Díaz. CJ. Hacia un nuevo saber. La bioética en la revolución contemporánea del saber. 2ª ed. La Habana: Centro Félix Varela, Publicaciones Acuario; Pág. 133-134
5. Camps V. Virtudes públicas. Madrid: Espasa Calpe; 1990.

- Cf. también Cortina A. Profesionalidad. En: Cerezo Galán P (ed.). Democracia y virtudes cívicas. Madrid: Biblioteca Nueva; 2005. Pp. 360-381.
6. Centro de bioética Juan Pablo II Cuadernos Suplemento Noviembre-Diciembre 2014.
 7. Drane JF. Becoming a Good Doctor: The Place of Virtue and Character in Medical Ethics. Kansas City: Sheed and Ward; 1988.
 8. Toro y Gisbert M del. Diccionario Larousse Básico Escolar. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1979.
 9. Gracia D. El médico perfecto. Fundamentos de Bioética. Pág. 597-602.
 10. Gracia D. Bioética Clínica. Santa Fé de Bogotá: El Búho; 1998.
 11. Torres Acosta R. Glosario de Bioética. La Habana: Centro Félix Varela, Publicaciones Acuario; 2001.
 12. Hortal A. Ética general de las profesiones. Bilbao: Desclee de Brouwer; 2002.
 13. Herreros Ruiz B, Valdepeñas F, Moya B. Historia Ilustrada de la Bioética Pág, 178
 14. MacIntyre A. Tras la virtud. Barcelona: Critica, 1998. P. 240-53.
 15. Medical professionalism in the new millennium. A statute for medical practice. Ann Intern Med 2002; 136: 243-6.
 16. Pellegrino ED, Thomasma DC. The Virtues in Medical Practice. New York: Oxford University Press; 1993.
 17. Pellegrino ED. Toward a virtue-base normative ethics for the health professions. Kennedy Institute of Ethics Journal 1995; 5 (3): 253-77.
 18. Torralba F: Filosofía de la medicina: en torno a la obra de ED Pellegrino. Madrid, Sant Cugat del Valles: Ed. Mapire – Institut Borja de Bioética; 2001.
 19. Wojtczak A. Medical Professionalism – a Global Headache. Educación Médica 2006; 9 (2): 144-145.

20. Gilligan, C. La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino. México: Fondo de Cultura Económica; 1985. p. 35.
21. Gilligan C. In a different voice: psychological theory and women's development. Harvard University Press; 1983.

