

# Bioética y universidad: el hospital universitario, ¿público o privado?

## *Bioethics and University: The University Hospital, Private or Public Institution?*

José Nel Carreño R., MD, esp.<sup>1</sup>

### Resumen

Para el aprendizaje de la medicina, la práctica directa con el paciente es fundamental, con el fin de poder aplicar de manera adecuada los conocimientos teóricos. De hecho, sin esta práctica, el aprendizaje de la medicina no se consolida. Por lo tanto, el *hospital* se convierte en el aula docente más importante durante el entrenamiento del médico. Ancestralmente han sido los hospitales públicos, antaño de caridad, los que acogían a las facultades de medicina, concepto inherente al modelo paternalista de la medicina. Sin embargo, con el cambio de paradigma hacia una medicina respetuosa de la justicia y la autonomía, es indispensable replantearse si esta educación en sitios donde se atienden primordialmente pacientes del régimen contributivo o subsidiado es ético. Esta discriminación atenta contra la justicia, la dignidad de las personas y su autonomía. No existen criterios reales que permitan discriminar de esta manera la educación, y ésta debe desarrollarse en todos los ámbitos: públicos y privados.

**Palabras clave:** hospital, educación médica, ética.

### Abstract

In order to acquire a real and useful knowledge of medicine, the practice in the hospital setting is indispensable. Public, former charity hospitals

have been the scenery for student practice. In a paternalistic model of medicine this was understandable. Nevertheless now that the model has changed to a more respectful of autonomy and justice this discrimination appears as unethical. There are no real reasons to discriminate education in such a way. Medical education should happen in both the public and private sector.

**Keywords:** Hospital, medical education, ethics.

### INTRODUCCIÓN

El *Diccionario* de la Real Academia Española, en su versión en línea, define *hospital* como: "Establecimiento destinado al diagnóstico y tratamiento de enfermos, donde se practican también la investigación y la enseñanza."

Así, en el criterio de los lingüistas puros, connatural al hospital es la docencia. Por lo tanto, sonaría a pleonasma hablar de "hospitales universitarios", pues en todas las instituciones de

Recibido: 18 de mayo de 2007

Aceptado: 1 de junio de 2007

<sup>1</sup> Jefe del Departamento de Urgencias y Servicio de Trauma de la Fundación Santa Fe de Bogotá. Magistrado del Tribunal de Ética Médica de Bogotá.

Correspondencia:

José Nel Carreño R. Fundación Santa Fé de Bogotá. Calle 119 No. 9-33, Bogotá, Colombia.

Correo electrónico: famcarrematiz@gmail.com

salud la enseñanza debería darse de manera espontánea. Sin embargo, el desarrollo de los hospitales, desde su concepción medieval como sitios de caridad a donde iban a morir los pobres (1), hasta la figura moderna de instituciones prestadoras de servicios, ha hecho que algunas instituciones privilegien el acto asistencial y busquen un lucro económico, mientras que otras, aquéllas generalmente estatales y encargadas de proveer servicios de salud para los más pobres, se han convertido en centros docentes.

Académicamente hablando, como lo propone Eslava, los hospitales universitarios deberían caracterizarse, además de la asistencia, por seis elementos primordiales:

1. Construcción del conocimiento.
2. Generación de pensamiento crítico.
3. Formación profesional.
4. Reflexión pedagógica.
5. Cualificación de la opinión pública.
6. Formulación de soluciones a problemas prioritarios (1).

Es decir que en medio de aquello que define al hospital como tal (la asistencia de enfermos en busca de su alivio o curación), el *hospital universitario* debe propender por la génesis de un pensamiento crítico, fuertemente científico y con hondo compromiso social, que le permita enfrentar como prioritarios los problemas de salud de la comunidad a la que atiende. Pero el compromiso no termina ahí. El hospital universitario se beneficia de sus relaciones contractuales con una universidad, al ofrecerle un campo de práctica para sus estudiantes. Ese campo de práctica se hace fecundo gracias a la comunidad que asiste al hospital en busca de soluciones de salud. En retribución, el hospital universitario no sólo busca curar las enfermedades de sus usuarios, sino que se compromete con la formación integral en lo

científico, técnico y humanístico de nuevas generaciones de médicos, que, con su trabajo, habrán de atender a esta comunidad en el futuro.

Este es un contrato bidireccional: el hospital se beneficia, económica y asistencialmente con los estudiantes, quienes prestan parte de los servicios de salud atendiendo a las personas que acuden a él, mientras que las personas se benefician inmediatamente con la atención a sus quebrantos y, a largo plazo, con nuevos médicos bien entrenados que se harán cargo de su atención. De ningún lado de esta definición se colige que son exclusivamente universitarios los hospitales públicos y que esta función no pueda llevarse a cabo en centros privados que atienden poblaciones privilegiadas.

El modelo de hospital público como centro docente asistencial se deriva de los hospitales de caridad de principios del siglo XX, signados por un paradigma paternalista de la medicina. En ellos, el “buen doctor” donaba parte de su tiempo en atender a los más pobres y necesitados, mientras, de forma muy tutorial, enseñaba a sus discípulos el arte de curar. Con ello cumplía con todos los preceptos del Juramento Hipocrático, pues no sólo enseñaba la medicina a quien se lo solicitaba, sino que prestaba atención a todo aquel que se lo solicitara, sin distinción de raza, credo o clase social.

Pero las cosas han cambiado drásticamente en el siglo XXI. Ya no existen más los hospitales de caridad. Desde la introducción de la Ley 100 de 1993, todos los hospitales deben ser autosuficientes y, por ende, la venta de servicios y el lucro dejaron de ser objeto de unos pocos hospitales o clínicas privados y se convirtieron en la necesidad de todas las instituciones de salud. Ya no hay pobres desamparados que claman por su vida y salud ante las puertas misericordiosas de ciertas instituciones, sino usuarios del

sistema que, de una u otra manera, tienen un cubrimiento en salud que les permite exigir la compensación al “prepagado” que han hecho de estos servicios que ahora demandan.

Aunque unos paguen más que otros, aunque unos puedan costearse servicios más lujosos, todos son ahora contratistas del sistema y tienen el derecho económico a exigir la atención en igualdad de condiciones. Ya no hay pacientes en condición total de indefensión económica que los obligue a aceptar estoicamente la atención del estudiante de medicina. Se acabó la “medicina de caridad”.

Este ejercicio hegemónico de la profesión durante años violó sistemáticamente la autonomía del paciente, al desconocer que: “La relación médico-paciente implica obligaciones especiales para el médico de atender el interés del paciente debido al conocimiento especializado que tienen los médicos y al desequilibrio de poder entre los médicos y sus pacientes” (2). Es decir que esta relación se daba entre dos personas iguales en dignidad, pero desiguales en conocimiento, lo que obliga a quien atiende a poner sus conocimientos al servicio del doliente. No es ni ha sido válido que el médico entienda el desconocimiento del enfermo como una autorización tácita para ignorar su derecho a ser informado y, con esa información, a tomar las decisiones que mejor se ajusten a sus principios y valores.

Los rezagos de esta visión paternalista están en el modelo del hospital público como hospital universitario. Esta dicotomía plantea serios problemas éticos:

1. ¿Existen pacientes de diferentes categorías?
2. ¿Sólo los pobres están obligados al “contrato social” con la medicina?
3. ¿En razón a su estatus económico, los más privilegiados tienen el derecho a recibir atención por parte de personal muy bien entrena-

do, que logró ese entrenamiento trabajando precisamente con los menos privilegiados?

4. ¿Enseñar medicina en los hospitales públicos enseña a su vez a discriminar?
5. Por último, ¿se crea una selección adversa en las instituciones privadas, donde el paciente que cree estar más protegido realmente está más expuesto?

Por lo tanto, es indispensable preguntarse si es ético proponer sólo a los hospitales públicos como hospitales universitarios.

### ALGUNAS DEFINICIONES BÁSICAS QUE ALIMENTAN LA DISCUSIÓN

Para podernos adentrar en la discusión sobre las “calidades de enfermos” es necesario ponernos de acuerdo en algunos términos, que, si bien coloquiales, no siempre se entienden en el sentido extenso de su definición.

La *salud* fue definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el completo estado de bienestar físico, psíquico y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad. Esta definición, que contempla la mayoría de las dimensiones del ser humano, fue un gran avance en el concepto de salud-enfermedad, al considerar que no basta con la homeostasis corporal para sentirse sano, sino que reconoce la importancia de la interrelación de las diferentes esferas del ser humano en su sensación de bienestar. Sin embargo, como lo plantea Miguel Ángel Monge en el libro *Medicina pastoral* (3), esta definición corre el riesgo de producir una sensación de inconformidad, en la medida en que un estado total de bienestar en estas tres esferas es utópico. Presuponer que un ser humano es completamente feliz en sus esferas social, física

y emocional no es posible y, por ende, siempre se sentirá enfermo.

Por contraposición a esta definición, se entiende la *enfermedad* como una ausencia de bienestar en cualquiera de estas dimensiones. La *enfermedad*, desde la óptica clínica (3), se entendería como la alteración en la *integralidad* o el funcionamiento físico y/o psíquico de un individuo. Dadas estas condiciones, el enfermo es una persona que no puede desarrollar todas sus potencialidades humanas y espirituales, como consecuencia de una noxa que desequilibra la normal interrelación de las tres esferas (psíquica, física y social). Aunque parezca obvio, es indispensable para los objetivos de este ensayo puntualizar un hecho trascendente: la enfermedad ocurre en el enfermo.

Podríamos definir al *enfermo* como una persona aquejada por una alteración de la homeostasis, que conlleva sensaciones displacenteras. Es, en últimas, un “doliente”. Esta definición trae implícitos dos conceptos fundamentales:

1. **El de persona:** hay una gran cantidad de definiciones de *persona*, y éstas han cambiado con el desarrollo del pensamiento. De hecho, lo que para los griegos era una representación de lo relevante (4), adquirió un verdadero sentido trascendente con la aparición de los pensadores cristianos. Tomás de Aquino reconocería como propiedad caracterizadora del individuo su peculiar dignidad o grandeza y equipó a la persona con el nombre de dignidad (*nomen dignitatis*). Esta persona, según Yepes Strork (5), tiene tres notas que la definen:
  - a. La inmanencia o intimidad.
  - b. La manifestación de la intimidad o capacidad de dar.
  - c. La libertad.

Así, la visión cristiana de la persona reconoce en el individuo de la especie humana (definición escueta y simplista del *Diccionario* de la Real Academia Española) el concepto de la individualidad irrepitable, pues todos los hombres son creados a imagen y semejanza de Dios. Es, precisamente, de ese origen de donde emana su grandiosa dignidad y su ejercicio de la libertad. Quiero llamar la atención sobre el concepto de *inmanencia*, no sólo porque implica la existencia de un espacio interior donde ocurren cosas privadas que tocan su cognición y su alma, sino porque también implica que todo aquello que afecta al ser humano en su corporeidad crea un “engrama” inmodificable en su intimidad. Por eso, cuando yo como médico interactúo con esa persona-enfermo, creo en él recuerdos, experiencias y sensaciones que se guardan en su intimidad. Pero, ateniéndonos a las leyes de la física (que no por materiales dejan de ser inaplicables en la metafísica), toda acción tiene una reacción; así que, al dejar en su intimidad experiencias, éstas modificarán de alguna manera a la persona. Por lo tanto, el maltrato que como médico puedo causar sobre la dignidad de la persona generará en ésta sensaciones displacenteras, que más tarde terminarán expresándose como maltrato al médico maltratador o, lo que es peor, a otros. De ahí probablemente deriva la racionalidad del concepto de que “la violencia sólo engendra violencia”. Igualmente, es importante reconocer que la intimidad se “da” a otros por medio del diálogo, capacidad exclusiva del ser humano que le permite comunicar su intimidad a la intimidad del otro. En una relación de iguales, el diálogo es imagen viva del respeto a la dignidad del interlocutor; por lo tanto, negarse al diálogo

con el enfermo es una contravención ética, no porque esté codificada en la ley la obligación de dar información, sino porque es un desconocimiento de la dignidad del enfermo, quien sólo mediante el diálogo es capaz de dar de su intimidad, a la vez que recibe de la nuestra. Desconocer a la "persona" en el enfermo es desconocerlo como sujeto. Kant nos motiva a considerar al hombre como fin en sí mismo. Negarle su derecho al diálogo, y, por ende, a la información que con él viene, es utilizarlo como un medio: el medio para vencer la muerte o la enfermedad, el medio para conseguir la subsistencia del médico o el medio para buscar un mayor reconocimiento académico o prestigio social.

**2. El de doliente:** el doliente sufre tanto en lo físico (corporal y psicológicamente) como en lo espiritual; por lo tanto, la enfermedad no sólo produce sensaciones perceptiblemente desagradables como el dolor, la fiebre o la astenia, sino que impacta su percepción de la justicia, le obliga a cuestionarse sobre sus culpas y le hace sospechar un castigo por sus culpas morales (6).

El enfermo busca ayuda del médico para paliar sus males. Éste se define como el agente sanitario entrenado específicamente en el arte y la ciencia de prevenir y curar las enfermedades. Independientemente de sus conocimientos, el médico es también una persona con las características ya descritas y cuya única diferencia con el paciente es su conocimiento sobre los procesos mórbidos que lo aquejan. Ni siquiera puede decirse que la diferencia entre médico y paciente radique en que el uno está sano y el otro enfermo, pues, al ser humano, el médico está tan expuesto como cualquiera a las noxas. No, la única y real diferencia entre paciente y médico es

el conocimiento. Este conocimiento del médico y, por antítesis, la ignorancia del paciente pone a este último en un estado de indefensión que obliga al médico a poner todos sus conocimientos y cualidades éticas a su servicio (3), pues: "El ejercicio de la medicina en el ámbito de la bioética no puede justificarse como un ejercicio de poder del hombre sobre el hombre, sino como un servicio de respeto a la vida y dignidad de los hombres y mujeres invadidos por el dolor o la enfermedad" (7).

Debido a que en el ejercicio del dar se comunican libremente dos intimidades, el acto médico implica la creación de un lazo interpersonal, lo cual, en últimas, configura la relación médico-paciente. Según la Ley 23 de 1981, esta relación: "Es elemento primordial en la práctica médica. Para que dicha relación tenga pleno éxito debe fundarse en un compromiso responsable, leal y auténtico, el cual impone la más estricta reserva profesional" (8). Más adelante, en la misma ley, claramente se establece:

Artículo 5. La relación médico-paciente se cumple en los siguientes casos:

1. Por decisión voluntaria y espontánea de ambas partes.
2. Por acción unilateral del médico, en caso de emergencia.
3. Por solicitud de terceras personas.
4. Por haber adquirido el compromiso de atender a personas que están a cargo de una entidad privada o pública.

Por lo tanto, sin importar en qué ambiente se desarrolle la relación médico-paciente (el hospital público o el privado), la norma y, lo más importante, los principios filosóficos establecen claramente que siempre que un enfermo solicite la ayuda de un médico, ya sea de manera

voluntaria o por razones de la vinculación laboral del galeno, éste deberá prestar sus servicios profesionales sin ningún tipo de discriminación (“Artículo 3. El médico dispensará los beneficios de la medicina a toda persona que los necesite, sin más limitaciones que las expresamente señaladas en esta Ley”). En consecuencia, ya se vislumbra con claridad que no existen diferentes categorías de pacientes.

Dentro de este acápite de las definiciones es fundamental definir los conceptos de *hospital universitario* y *educación médica*. Como ya se dijo en un principio, el hospital ha sido concebido no sólo como un centro asistencial, sino como un ámbito docente por excelencia. Así que, amalgamando el concepto de *hospital* y la definición de *universidad* (institución de enseñanza superior que comprende diversas facultades y que confiere los grados académicos correspondientes), en el hospital universitario no sólo se da la docencia en medicina, sino que confluyen las diferentes disciplinas que propenden por una visión amplia del hombre en sus dimensiones físicas, psíquicas, sociales y espirituales. Esta confluencia de saberes debe producir una integralidad en el abordaje terapéutico del enfermo y no promueve la jerarquización de saberes, sino la colaboración de todos en busca del mejor resultado posible.

A diferencia de la práctica privada, donde el lucro honesto y la solución de los motivos de consulta son los fines últimos de la atención<sup>1</sup>, en el hospital universitario prima la generación

<sup>1</sup> En la práctica privada, el médico ejerce una labor docente con su enfermo, al enseñarle las medidas preventivas básicas y promover los estilos de vida saludable que lo protejan de las enfermedades; sin embargo, no es objeto de la consulta particular la promoción y prevención en el marco de la salud pública. De hecho, aunque suene duro, la salud pública atenta contra el ejercicio lucrativo de la actividad sanitaria.

y transmisión del conocimiento en un marco de universalidad, transdisciplinariedad e interdisciplinariedad. Pareciera, por esta definición, que en el hospital universitario primara el interés por el conocimiento más que por el enfermo; por lo tanto, la supervisión de los docentes, especialmente en la práctica (lo cual incluye las prácticas de anatomía, histología y patología, donde debe enseñarse que aun el cadáver debe ser respetado como la morada del alma), no sólo debe orientarse hacia la preparación en las competencias específicas, sino en la formación de principios éticos y conductas respetuosas por parte de los estudiantes.

La educación médica desde el pregrado hasta la continuada, allende el posgrado, es un derecho del médico. Como tal ha sido consagrado por la Asociación Médica Mundial en la ‘Declaración sobre la enseñanza médica’:

Todo médico debe estudiar durante toda su vida. Los programas educacionales son indispensables si el médico desea estar al corriente del progreso de la medicina y si desea mantener los conocimientos y la experiencia necesaria para prestar una atención de alta calidad. Los avances científicos son esenciales para una atención médica adecuada. Las escuelas de medicina, los hospitales y las sociedades profesionales comparten la responsabilidad de desarrollar programas de educación médica continua y de ponerlos a disposición de todos los médicos. (9)

Sin embargo, el motivo de este estudio es el perfeccionamiento de competencias, no con miras al progreso individual, sino con miras al beneficio de los enfermos (10):

La enseñanza médica es un aprendizaje continuo que comienza con la admisión en la escuela de medicina y termina con el retiro del ejercicio activo. Su objetivo es preparar a los estudiantes de medicina, a los médicos residentes y a los médicos en ejercicio a aplicar los últimos descubrimientos científicos en la prevención y tratamiento de enfermedades que afectan al ser humano, y en el alivio de enfermedades actualmente incurables. La formación médica inculca también en los médicos normas éticas de pensamiento y conducta que ponen énfasis en el servicio al prójimo más que en el lucro personal. (10)

Pero, además del derecho que tiene el médico a su propia autoformación, hay un compromiso de la medicina como profesión en el aseguramiento de la continuidad en la formación de nuevos médicos para la sociedad. De hecho, el mismo Juramento Hipocrático contempla la educación como un deber del médico:

Artículo 2. Para los efectos de la presente ley, adóptense los términos contenidos en el juramento aprobado por la Convención de Ginebra de la Asociación Médica Mundial, con la adición consagrada en el presente texto.

El médico deberá conocer y jurar cumplir con lealtad y honor el siguiente Juramento médico:

[...] Enseñar mis conocimientos médicos con estricta sujeción a la verdad científica y a los más puros dictados de la ética.

Sin embargo, el compromiso no sólo es de la profesión para con la comunidad. En vista de que en últimas la beneficiada con la formación de más y mejores médicos es la comunidad mis-

ma, la contraprestación mínima que se espera de ella es su participación como sujeto de estudio en la formación de estos médicos. Véase que adrede se utiliza el término sujeto y no objeto de estudio, como es más coloquial. La razón es sencilla: no sólo se espera de un joven estudiante de medicina que aprenda las competencias del saber y del saber hacer, sino que se espera que también se forme en el ser. Por lo tanto, el aprendizaje del comportamiento ético y profesional hace parte de su formación, y dentro de ésta es menester recalcarle al estudiante el riesgo que corre de "cosificar" al enfermo.

En un mundo signado por la filosofía utilitarista, el ser humano puede ser desconfigurado como sujeto de derecho y *nomen dignitatis* y convertido en un listado de síntomas, una patología o un número de habitación. De ahí el calificativo tan frecuentemente oído de "la apendicitis de la cama 3026". Si se pretende que la medicina siga persiguiendo, en las nuevas generaciones, los principios de no maleficencia y beneficencia se debe insistir en una formación personalista que rescate la dignidad, el derecho a la vida y la libertad de los individuos (este último término también usado *ex profeso*).

Tal y como lo enfatiza Eslava, en este momento histórico de la salud en Colombia hay un claro conflicto entre los intereses de la *universidad* y los del *hospital*. Desde la introducción de la Ley 100 de 1993, el concepto de autosuficiencia y garantía de la calidad presionó a los hospitales para generar ingresos que les permitieran la subsistencia, y, en este proceso, todo aquello que disminuya el volumen de pacientes (usuarios en la nueva terminología), que incremente el tiempo de atención y, por ende, que disminuya la eficiencia o aumente los costos de atención atenta contra la economía de guerra en la que viven las IPS (1).

Así, la educación médica, que requiere tiempo para asegurar que cada uno de los docentes ha adquirido las competencias en el saber y en el saber hacer, que más adelante les permita un ejercicio libre de su profesión y que, indefectiblemente, es más proclive al error, no es un buen aliado del tema de la eficiencia y la competitividad económica. Los estudiantes, indudablemente, disminuyen la velocidad de los procesos y esto puede percibirse como un atentado contra la economía de la institución. Por otro lado, la inexperiencia del estudiante podría poner en riesgo a los enfermos. Paradójicamente, como lo demuestra el estudio de Kupersmith (11), en todos los indicadores de calidad los hospitales universitarios norteamericanos demostraron un mejor cuidado que los privados. Aunque en su estudio no hay razones que expliquen esta diferencia, puede, *a priori*, presuponerse que se trata de un efecto de supervisión; simplemente hay más ojos pendientes del mismo enfermo.

En el marco de nuestra legislación y forma de operación de las instituciones de salud el factor de supervisión por parte del docente sobre las actividades del docente puede ser la tuerca floja. Claramente, al haber más personas encargadas, por razones asistenciales o académicas, de un mismo paciente, son mayores las oportunidades de que alguien identifique tempranamente una complicación. Sin embargo, si no existe la adecuada supervisión de un docente con más experiencia, incluso signos evidentes de descompensación pueden ser pasados por alto o desestimados y confundidos, lo que incrementa el riesgo del enfermo. Debido a las presiones por la productividad, la sobrecarga de trabajo de los médicos tratantes y la reducción sistemática en la planta laboral de los hospitales, los médicos que tratan de compaginar su actividad asistencial con su actividad docente suelen sacrificar la

segunda en aras de la asistencia. Esto favorece que el estudiante esté más tiempo solo y que, en ese tiempo, si no ha sido formado adecuadamente en la virtud de la responsabilidad, pueda ejecutar acciones médicas no supervisadas que pongan en riesgo injustificado al enfermo. Por lo tanto, atreverse a afirmar que los estudios de Kupersmith son replicables en nuestro medio sin haber reproducido la investigación es una ligereza, que puede llevar a la toma de decisiones inadecuadas a prestadores y pagadores.

Es indispensable que tanto universidades como hospitales universitarios protejan un tiempo docente de sus médicos institucionales, con el fin de asegurar una supervisión adecuada de los practicantes. He aquí otra responsabilidad que cae directamente sobre las universidades: los grupos de estudiantes, para que sean adecuadamente supervisados, deben, obligatoriamente, ser pequeños. Luego, si las facultades, que han visto un negocio interesante en la "venta de matrículas", no se autorregulan en el número de aspirantes que aceptan por semestre, rápidamente vamos a tener una sobrepoblación de estudiantes que será imposible supervisar.

En consecuencia, no son despreciables los dilemas éticos que se enfrentan en los hospitales universitarios cuando se delega parte del cuidado a los estudiantes (10). Los pacientes, en estos casos, pueden ser sometidos a demoras injustificadas, a la espera de que su caso haya servido como ejemplo a diferentes grupos de estudiantes; los procedimientos pueden tardarse o exponerse más de lo necesario, simplemente mientras el profesor enseña la técnica a un estudiante inexperto, o los pacientes pueden ser sometidos a procedimientos dolorosos o vergonzosos, mientras los estudiantes aprenden.

Claramente, se puede atentar contra el principio de la autonomía y el respeto a la dignidad



del enfermo al convertirlos en “conejiillos de indias”. Igualmente, la seguridad, tema que día a día se vuelve más candente en la política de salud en el mundo (basta recordar que en el 2006, por primera vez en la historia del *New England Journal of Medicine*, el editorial no fue escrito por un médico; lo escribió Hillary Clinton, quien expuso sus ideas sobre el MedicBill y la iniciativa de la conciliación y la exposición pública del error, como herramientas para la disminución del error médico, que produce un número ingente de muertes al año en Estados Unidos), y que parece estar sobreprotegida en estos hospitales universitarios, como lo demuestra el estudio de Kupersmith, depende, exclusivamente, de la dedicación del docente a la vigilancia de sus pupilos.

Por último, varios estudios demuestran cómo la tendencia a la sofisticación del hospital universitario, que, en su afán docente e investigativo, puede traicionar su esencia de institución prestadora de servicios de salud e hipertrofiar la alta tecnología, ha desviado la atención de los estudiantes hacia patologías infrecuentes, privándolos de adquirir las competencias necesarias en lo que será el día a día de la consulta en su comunidad. Tanto es así que en el Reino Unido, preocupados por este fenómeno de *hipertrofia académica*, se han fomentado los *hospitales universitarios rurales*, donde la adquisición de competencias en el saber y saber hacer por el estudiante en la realidad diaria de la comunidad objeto de atención produce mejores resultados académicos a la hora de la calificación de los exámenes de certificación, que los grupos de estudiantes que pasan todo el tiempo de su formación en un hospital universitario (12).

Como se puede deducir de toda la discusión precedente, la caracterización de los enfermos, de la práctica médica en los hospitales y del derecho a la educación médica y el contrato social que

hace la comunidad con la profesión no genera ninguna incompatibilidad entre la educación y la práctica médica pública o privada.

### ¿ESTAMOS ENSEÑANDO A DISCRIMINAR?

Detrás de esta separación artificial entre hospitales públicos-universitarios y hospitales privados no hay ninguna teoría pedagógica; lo que hay es un interés económico. La práctica pública es un procedimiento regulado, donde el ingreso está claramente establecido a manera de salario, mientras que en la práctica privada las tarifas son establecidas por el mismo profesional y esto la hace más rentable. Por lo tanto, el médico prefiere dedicar la mayor parte de su tiempo, si no todo, a la práctica privada que a la institucional. Además, unir las dos prácticas en una misma institución genera una serie de tensiones sociales que hacen que el paciente particular, en un ejercicio discriminatorio de su poder económico, matizado por una filosofía individualista, exija un trato preferencial y busque aislarse del común para hacer valer su capacidad económica.

Si nos percatáramos de que el deber y el mérito son lo “primero”, el presunto “derecho” a ser feliz, a obtener un puesto de trabajo, a una remuneración adecuada... no se reclamarían de forma absoluta y con total independencia del propio modo de obrar y la capacitación consiguiente. (5)

Esta tendencia genera, indiscutiblemente, un mensaje subliminal de discriminación: los solventes económicamente tienen derecho a atención de primera y los pobres no. Existen pacientes VIP y pacientes de clase turista.

¿Existe alguna razón que no sea económica y por ende válida para dividir en clases a los pa-

cientes? La respuesta obvia tras las disertaciones precedentes es *no*. No, porque:

1. Independiente de la clase social a la que pertenezca el enfermo, es un ser humano único e irreplicable, revestido de grandeza por su dignidad intrínseca a su naturaleza de criatura humana.
2. En la calidad de doliente, todo ser humano es el reflejo del dolor salvífico y, por ende, corredentor.
3. A pesar de las limitaciones físicas que le imponga su enfermedad, mientras esté consciente tiene la facultad de ejercer su libertad.
4. La libertad, bien que ha sido privilegiado en nuestra sociedad cualificándolo por encima de la vida misma, tiene límites y no puede considerarse el principio ético universal. Así, nadie puede reclamar sus "derechos" pisoteando la libertad de otros.
5. El principio ético universal es la vida y debe ser privilegiada sin distinciones de clase, religión, sexo o estrato social, desde el momento de la concepción hasta la muerte. En cuanto la vida es característica del ser humano, no hay

vidas más valiosas que otras y, por lo tanto, no es lícito moralmente diferenciarlas.

6. Toda la sociedad se beneficia, sin distinciones económicas, de la formación de nuevos y mejores médicos. Con el fin de que esta formación sea posible se requieren sujetos de estudio, para que, supervisados de cerca, aprendan lo suficiente para poder ejercer su profesión más tarde, de manera libre y en beneficio de la misma sociedad. Al ser un contrato bidireccional entre la profesión médica y la sociedad, todos los médicos están en la obligación de atender a todos los pacientes, como retribución a la sociedad que le aportó en su formación, y toda la sociedad está en la obligación de ayudarlo al médico en formación, para que sea idóneo a la hora de hacerse cargo del relevo generacional.

Por lo tanto, y a manera de conclusión, no existe ningún criterio válido para suponer que son sólo los hospitales del Estado los que pueden ser universitarios; persistir en esta práctica es discriminatorio.

## REFERENCIAS

1. Eslava JC. Hospital universitario y crisis hospitalaria en Colombia. *Rev Gerencia Pol Sal* 2002;2:41-8.
2. American College of Physicians. Manual de ética. 4th Ed. [en línea]. Consultado: 31 de noviembre de 2007. Disponible en [http://www.acponline.org/ethics/ethicman\\_sp.htm](http://www.acponline.org/ethics/ethicman_sp.htm).
3. Monge MA. Salud, dolor y enfermedad. En: Monge MA. *Medicina pastoral*. 3th Ed. Pamplona: EUNSA; 2003. p. 169-92.
4. Melendo T. *Introducción a la antropología: la persona*. Barcelona: Ediciones Internacionales Universitarias; 2005.
5. Yepes Stork R. *Fundamentos de antropología. Un ideal de la excelencia humana*. Pamplona: EUNSA; 1996.
6. Juan Pablo II. Exhortación apostólica *salvifici doloris* [en línea]. URL disponible en: [http://www.vatican.va/holy\\_father/john\\_paul\\_ii/apost\\_letters/documents/hf\\_jpi\\_apl\\_11021984\\_salvifici-doloris\\_sp.html](http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/apost_letters/documents/hf_jpi_apl_11021984_salvifici-doloris_sp.html).
7. Blázquez N. *Bioética fundamental*. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos; 1996.
8. Ley 23 de 1981. Tribunal Nacional de Ética Médica; 1981.

9. Asociación Médica Mundial Declaración de la Asociación Médica Mundial Sobre la Enseñanza Médica [en línea]. Consultado: 31 de noviembre de 2007. Disponible en <http://www.unav.es/cdb/ammmadrid2.html>.
10. Sethuraman KR. Ethics of patient care by trainee-doctors in teaching hospitals. *J Postgrad Med* 2003;49(2):160-2.
11. Kupersmith J. Quality of care in teaching hospitals: a literature review. *Acad Med* 2005;80(5):458-66.
12. Morrison J. Learning in teaching hospitals and the community: time to get the balance right. *Med Educ* 2006;40:92-3.