

Aspectos éticos del consentimiento informado en la investigación translacional/clínica y sobre el sesgo o prejuicio en los ensayos clínicos

Ethical Issues Concerning Informed Consent in Translational/Clinical Research and Vaccination Bias and Informed Consent

*Alberto García Gómez**
*Mirko Daniel Garasic***
*María Cubillo Díaz-Valdés****

Resumen

Mejorar la educación en salud de los pacientes en relación con las prácticas médicas y la investigación es esencial para defender el principio del respeto a la autonomía, es decir, respetar la capacidad del paciente para tomar decisiones autónomas con respecto a las intervenciones médicas o a la participación en la investigación que refleje las creencias y valores del paciente. Este artículo considera los desafíos del consentimiento informado (es decir, brechas éticas, barreras y necesidades prioritarias) que son

* UNESCO Chair in Bioethics and Human Rights, Rome, Italy:

agarcia@unescobiochair.org

** UNESCO Chair in Bioethics and Human Rights, Rome, Italy:

mgarasic@unescobiochair.org

*** GSK, Madrid, Spain: maria.x.cubillo@gsk.com

Este ensayo ha sido elaborado como parte del proyecto i-CONSENT que ha recibido fondos del programa de investigación e innovación Horizonte 2020 de la Unión Europea mediante acuerdo No 741856: www.i-consentproject.eu
Recibido el 06 de marzo de 2019. Aceptado el 08 de marzo de 2019.

exclusivos de ciertos grupos vulnerables, como preadolescentes, adolescentes y mujeres embarazadas, con un énfasis específico en cómo deben tomarse en cuenta las variables neurobioéticas, multiculturales e interreligiosas para valorar la idoneidad de los documentos actuales que se basan en la noción de consentimiento informado. Al explorar cómo hemos de mejorar el proceso de obtención del consentimiento informado, este artículo presta especial atención a la relevancia del sesgo y la privacidad en el debate, sugiriendo nuevas formas de intervención para reducir los efectos del sesgo o prejuicio implícito.

Palabras clave: Autonomía, Sesgo, Prejuicio, Bioética, Competencia, Consentimiento informado, Vacunación

Introducción

El proceso de consentimiento informado requiere de cuatro características para ser válido: voluntariedad, divulgación, comprensión y capacidad. Cuando falta uno de estos elementos, el consentimiento informado puede verse comprometido.¹

Voluntariedad significa que los pacientes deben tomar la decisión de participar sin ser influidos o coaccionados y comprender que no tienen la obligación de participar y, si lo hacen, tienen derecho a retirarse en cualquier momento.^{2 3}

Divulgación significa dar a los sujetos toda la información relevante y correcta sobre la investigación, incluidos los riesgos, los beneficios potenciales, su naturaleza y otras alternativas terapéuticas. De acuerdo con las consideraciones éticas del Informe Belmont, los siguientes principios son específicamente relevantes en relación con los problemas existentes al revelar la información en el proceso de obtención del consentimiento informado. El principio de autonomía y la de decir la verdad, implica proporcionar siempre la información completa a cada paciente. Sin embargo, basándose en el principio de beneficencia y el principio de no malefi-

cencia, generalmente la aproximación correcta es una divulgación parcial. El principio de justicia no será considerado en el análisis de la divulgación debido a su menor relevancia en relación con el tema.^{4 5} La comprensión implica que los participantes tengan la capacidad de comprender la información y entender su relevancia en sus vidas personales en condiciones razonadas. En otras palabras, se debe proporcionar información apropiada, precisa y relevante en un lenguaje y formato que los pacientes entiendan completamente.^{6 7 8} La capacidad en cualquier situación clínica significa ser competencia para tomar decisiones autónomas y participar en un ensayo clínico con deliberaciones razonadas, comparando los riesgos y beneficios del procedimiento. Un paciente debe tener la capacidad de autodeterminación para reflexionar, considerar y decidir acerca de su participación en un ensayo clínico.^{9 10} La capacidad también se puede considerar como una escala móvil, donde no todas las decisiones necesitan el mismo nivel de capacidad. De esta manera, un paciente podría tener la capacidad de tomar una decisión pero no otra. A medida que aumenta la importancia de la decisión, y la información proporcionada es más específica y precisa, el umbral para considerar que un paciente es capaz también es más alto. Por ejemplo, una decisión de vida o muerte con información clínica y técnica tendría un alto umbral de capacidad y el paciente tendría que mostrar el nivel requerido de capacidad para razonar el proceso de toma de decisiones.^{11, 12} En la siguiente sección, se explorará con mayor detalle el papel que los investigadores pueden tener (con su sesgo) en la obtención del consentimiento informado.

¿Qué es el sesgo o prejuicio?

Un paciente debería recibir atención diferenciada en base a su grupo étnico, género o cualquier otro factor específico. Aún así, hay sesgos o prejuicios existentes entre los profesionales de la salud

que contribuyen a crear disparidades.^{13 14} El prejuicio, en este contexto, es referido por los psicólogos como «la evaluación negativa de un grupo y sus miembros en relación con otro».¹⁵

Un estereotipo es «una estructura cognitiva que contiene las creencias, conocimientos y expectativas del perceptor sobre un grupo humano».¹⁶ La razón por la cual las personas tienen estereotipos es porque es una forma de simplificar el procesamiento y almacenamiento de información de una manera más eficiente en términos de energía mental y tiempo. Se ha probado que estereotipar repetidamente conduce a un sistema psicológico donde la conciencia desaparece y se vuelve implícita incluso cuando una persona está educada en la diversidad multicultural y no tiene la intención negativa consciente de usar sus estereotipos.¹⁷

Hay dos tipos de sesgo o prejuicio: explícito e implícito. El sesgo explícito es aquel del cual la persona tiene conciencia y se asocia con conductas deliberativas (por ejemplo, verbales). En los últimos 50 años, el sesgo explícito en relación al origen étnico o las creencias religiosas ha disminuido significativamente, siendo hoy en día inaceptable dentro de la sociedad en general.¹⁸ Sin embargo, el sesgo implícito es el que hace que una persona actúe de manera no intencional e inconsciente, y realice asociaciones y juicios negativos inconscientemente. Este tipo de sesgo implícito es persistente y común en la sociedad y es difícil de controlar. El sesgo implícito se asocia normalmente con el comportamiento espontáneo no verbal, como el contacto visual repetido, estar alejado de una persona que no pertenece al mismo grupo étnico que el tuyo, la expresión facial, etc. Por ejemplo, una persona podría pensar que él o ella no es racista, pero luego, involuntariamente, tiene actitudes que lo hacen actuar de una manera sesgada. Este comportamiento no consciente puede influir en la toma de decisiones, las percepciones del paciente y de los profesionales de la salud y, por lo tanto, en la calidad de la atención. Las actitudes raciales implícitas han sido consideradas como una de las razones que pueden explicar por qué los médicos brindan atención de menor calidad a pacientes de diferen-

tes orígenes étnicos, incluso cuando tienen la intención de brindar la misma atención a todos.^{19 20 21 22 23}

Reclutamiento de minorías

El reclutamiento en la investigación está influenciado por varios factores que deben identificarse para mejorar este proceso.²⁴ Cuando se habla de minorías, el reclutamiento para ensayos clínicos tiene aún más barreras y brechas que deben abordarse.²⁵ A los investigadores clínicos les ha resultado difícil inscribir a pacientes pertenecientes a minorías debido a una relación de desconfianza, diferencias de idioma, valores culturales y acceso limitado a sus poblaciones.²⁶ De esta manera, un estudio que entrevistó y buscó experiencias y perspectivas de investigadores principales, personal de investigación, médicos y líderes de centros de cancerología mostró que las minorías a menudo se enfrentan a barreras de múltiples niveles que los excluyen de la posibilidad de participar en ensayos clínicos. La discordancia lingüística fue una de las barreras en las que los investigadores sugirieron que el tiempo y el esfuerzo requeridos por los traductores podrían disuadir a otros de ofrecer el ensayo a estos pacientes.²⁷

Un estudio cualitativo realizado en Londres, donde se entrevistó a tres equipos de investigación clínica, mostró que había cuatro temas relevantes para el reclutamiento: la infraestructura, la naturaleza de la investigación, la características del reclutador y las características de los participantes. Centrándose en las características del reclutador, se observó que ninguno de los reclutadores había recibido capacitación específica en reclutamiento. Hubo debate sobre si esta capacitación podría afectar o no las habilidades del reclutador o podría ser útil para mejorarlas. Al final, se concluyó que la personalidad de un individuo era crucial para reclutar en modo exitoso, lo que significa que es un aspecto difícil de enseñar. Esto sugiere nuevamente que existe un sesgo por parte del investigador

que puede afectar el reclutamiento y, en consecuencia, el proceso de obtención del consentimiento informado, ya que cada persona es diferente y, por lo tanto, puede influir en el hecho de ofrecer o no la participación en un ensayo clínico a un sujeto potencial. Además, normalmente no se emplean estrategias específicas para el reclutamiento de pacientes de diferentes etnias y orígenes sociodemográficos debido a la creencia de que los reclutadores invitan a participar a todos los pacientes elegibles, a pesar de sus orígenes. Sin embargo, la verdad es que los reclutadores tienden a estereotipar a los posibles participantes en función de sus experiencias previas y optan por no elegir a personas que de otra manera serían elegibles.²⁸

Un grupo de investigación del Reino Unido (*Centre for Population Health Sciences* de la Universidad de Edimburgo; el *National Heart & Lung Institute* y la *Division of Epidemiology of the Imperial College London*; también el *Medical Research Council (MRC)- Asthma UK Centre for Allergic Mechanisms in Asthma of the Barts* y la *London School of Medicine and Dentistry*) llevó a cabo un estudio de tipo cualitativo en el que se realiza una comparación entre Estados Unidos y el Reino Unido en términos de multiculturalismo y actitudes multiétnicas al reclutar minorías para la investigación. Este estudio se considera particularmente relevante en este informe, ya que los Estados Unidos es un país de referencia con grandes diferencias multiétnicas y multiculturales en la población y una gran experiencia en la realización de ensayos clínicos. El estudio consistió en entrevistas con 19 investigadores del Reino Unido y 17 de los Estados Unidos. Los resultados revelaron una gran brecha entre ambos países en términos de políticas, actitudes, prácticas y experiencias en relación con la inclusión de minorías étnicas en procesos de investigación. El estudio mostró pruebas de que investigadores del Reino Unido tenían muchos estereotipos y prejuicios que influían negativamente en el proceso de reclutamiento de minorías étnicas. Por ejemplo, un investigador presentó a las minorías étnicas como carentes de altruismo, afirmando que esta población estaba más centrada en sus

familias que en la sociedad en general, y describía a las personas del sur de Asia como «un poco egoístas».²⁹ Esta brecha entre los EE. UU. Y el Reino Unido (hasta cierto punto asimilables con gran parte de Europa) podría explicarse por la presencia en los EE. UU. de las políticas del *National Institutes of Health* (NIH) en relación con el reclutamiento de mujeres y minorías en los ensayos clínicos, que responsabiliza a los investigadores de garantizar que las mujeres y los miembros de las minorías y sus subpoblaciones se incluyan en todas las investigaciones humanas, sin permitir que el costo sea una razón para excluirlas, e iniciar programas y apoyo para los esfuerzos de divulgación para reclutar a estos grupos. La ausencia de tal política en el Reino Unido, sumándose los prejuicios y estereotipos, contribuye a la subrepresentación de estos grupos en los ensayos clínicos y, por lo tanto, al sesgo o prejuicio de los investigadores existentes en el proceso de obtención del consentimiento informado.³⁰ Además, los médicos también pueden encontrar dificultades para comunicar la información a sus pacientes, porque les preocupa que la información pueda asustarlos en algunos casos. Por esta razón, la actitud del investigador puede llevar a un reclutamiento sesgado que selecciona a los pacientes considerados «más fáciles» para recibir la comunicación.³¹

Influencia del investigador

El proceso de toma de decisiones del paciente también puede ser influenciado consciente o inconscientemente por el investigador. De tal manera que varios estudios han demostrado que la influencia de los investigadores es una de las variables más determinantes en la participación de los pacientes en los ensayos clínicos. Los pacientes tienden a aceptar la participación cuando tienen una buena relación con el investigador y se establece una relación de confianza entre ellos. Sin embargo, cuando los pacientes no confían en su médico, o el médico incluso los desalienta, es más probable que re-

chacen la participación.³² Así pues, también se influye en el consentimiento informado sugiriendo que los pacientes no están siendo informados objetivamente y que el investigador y otros factores externos influyen en su consentimiento. También hay otro tipo de sesgo, llamado sesgo de optimismo, que se ha observado tanto en pacientes como en investigadores. Este tipo de sesgo es más probable en los ensayos clínicos de fase I en los que los pacientes normalmente no tienen otra alternativa al tratamiento y aceptan participar en la investigación porque es su única opción. En este contexto, surgen problemas éticos sobre si estos pacientes están dando su consentimiento sin comprender realmente el propósito del ensayo o sin información suficiente para tomar una decisión de consentimiento informado. Por ejemplo, en los sujetos con cáncer de fase I, el sesgo de optimismo se encuentra comúnmente. Esperan tener posibilidades de obtener un alto beneficio médico. A veces, incluso los investigadores no son inmunes al sesgo de optimismo terapéutico. A pesar de sus predicciones de supervivencia, muestran un sesgo de optimismo cuando se trata de pacientes que conocen mejor o que han tratado durante más tiempo. Este sesgo de optimismo es uno de los más consistentes en psicología y sus consecuencias se muestran en pacientes dispuestos a participar en el ensayo clínico e investigadores dispuestos a proponerlo.³³

Límites de la divulgación

Otro aspecto a considerar son los límites de divulgación en el consentimiento informado. Por ahora, solo se ha discutido el punto de vista en el que la opinión, perspectiva y características del investigador pueden influir en el proceso de toma de decisiones de un sujeto potencial. Sin embargo, otras opiniones y críticas afirman que, a menos que los sujetos sean informados de las características personales, puntos de vista y promotores de estos investigadores, su autonomía está siendo anulada, lo que significa que los sujetos po-

drían considerar la información sobre los investigadores importante para sus decisiones. Pero también está la cuestión de que no se respeta la privacidad del investigador y que no se discrimina en base a sus características.³⁴

Hay diferencias en la forma en que las personas entienden, aceptan y reaccionan cuando se enfrentan a malas noticias, e incluso existen culturas en las que no se permite dar malas noticias, mientras que otros piensan que toda información es necesaria, etc. A causa de estas opiniones divergentes, la divulgación de información debe pensarse cuidadosamente y considerando estas preguntas: ¿Quién? ¿Dónde? ¿Qué? ¿Cómo?³⁵

Con respecto a quién debe divulgar la información, el médico que mejor conoce al paciente debe hacerlo.³⁶ ¿Dónde? Siempre se debe revelar en una habitación privada y tranquila, no en mitad del pasillo o frente a otras personas.³⁷ ¿Qué? La información relevante y adecuada debe ser divulgada en cada caso, atendiendo a aquello que sea la mejor para el paciente.³⁸ ¿Cómo? La información siempre debe ser divulgada de manera sensible y empática, considerando también el lenguaje corporal, el comportamiento no verbal y las palabras usadas. Además, los pacientes deben tener su tiempo para procesar la información y disponer de una segunda visita si así lo desean.³⁹

Sesgo étnico/racial implícito: un enfoque neurocientífico

Hemos visto en las secciones anteriores que tanto la neurociencia como el contexto cultural son variables importantes a tener en cuenta al evaluar el consentimiento informado, y esto también se aplica a lo que concierne al sesgo implícito. En general, los investigadores clínicos y los profesionales de la salud muestran respeto por otras culturas y etnias, pero cuando se aplican a situaciones reales e investigaciones clínicas, se identifican muchas lagunas.

Esto sugiere que existe un sesgo inconsciente y un estereotipo que conduce a dificultades en la comunicación, la inscripción y el proceso de consentimiento informado cuando otras culturas y poblaciones están involucradas.⁴⁰

Se ha visto que cuando los profesionales de la salud tienen el tiempo adecuado para procesar la información, suficientes recursos cognitivos y la motivación necesaria para evitar sesgos y prejuicios, la atención que brindan es igual en diferentes pacientes y se ve influenciada por un sesgo implícito. Sin embargo, estas actitudes implícitas pueden influir en el comportamiento y la cognición cuando la capacidad del proceso cognitivo se ve alterada por factores como la ansiedad, el estrés, la enfermedad, la fatiga o la sobrecarga cognitiva. Además, en este contexto, cuando la capacidad cognitiva está demasiado cargada, es más probable que las personas estereotipen y se den a la categorización automática debido a que la memoria está sesgada hacia actitudes implícitas, difíciles de anular. Por esta razón, es importante tener esto en cuenta en contextos clínicos/médicos, donde es fácil encontrarse en situaciones con estrés, presión del tiempo y memoria de trabajo, que pueden llevar a una sobrecarga cognitiva y, por lo tanto, a una conducta sesgada.^{41 42}

Una gran cantidad de diferentes estudios realizados en diferentes países encontraron evidencia de la existencia de sesgo implícito entre los profesionales de la salud, utilizando diferentes métodos de prueba y estudiando diversas características sociodemográficas. Los resultados mostraron que cuanto mayor era el nivel de sesgo implícito, peor era la calidad de la atención. Existe evidencia clara de que existe una relación entre el sesgo implícito y los efectos negativos en la interacción con el paciente, pero, aunque esto no siempre significa un mal trato, la verdad es que una buena relación entre el paciente y el profesional de la salud es crucial para proporcionar una buena atención.⁴³ Otro estudio indicó que el sesgo racial implícito en favor de las personas blancas sobre personas de color mostró actitudes menos centradas en el paciente por parte de

los clínicos, con un tono menos emocional y una comunicación negativa, que calificaron como deficiente el cuidado de la visita.⁴⁴

De hecho, los resultados han demostrado que la mayoría de los prejuicios étnicos implícitos son favorables para personas blancas sobre personas de color, siendo estas actitudes diferentes entre los profesionales de la salud masculinos o femeninos, siendo más fuertes para en los varones, que tienen mayores preferencias por los blancos en lo que se refiere a actitudes raciales explícitas e implícitas.⁴⁵

Pasos a seguir

El sesgo implícito se puede considerar como una asociación automática entre dos términos (señal y respuesta). Se ha demostrado que tratar de cambiar la asociación es más efectivo que tratar de cambiar la respuesta en sí misma, porque el sesgo implícito es difícil de controlar e incluso si los médicos están convencidos de querer reducir sus percepciones y sesgos implícitos, no se garantiza que los hayan borrado y no puedan volver a aparecer después de un tiempo. De esta manera, existen algunos casos en los que admirados afroamericanos se presentan a personas blancos y, posteriormente, se reduce el sesgo implícito. Esta técnica debe traducirse a contextos clínicos, pero sugiere una posible forma de abordar el sesgo.^{46 47}

Otra posible medida podría ser abordar la amenaza del estereotipo que tienen algunos pacientes, que se ha demostrado que puede alterar la comunicación entre el paciente y el investigador y, por lo tanto, aumentar la desconfianza. Son necesarias acciones que disminuyan las percepciones de amenaza del paciente. La autoafirmación es el proceso en el que se afirman los valores de la integridad personal, y a veces se utiliza en el sector educativo para disminuir problemas raciales. Por lo tanto, la autoafirmación podría ayudar a

reducir el sesgo implícito y mejorar la relación paciente-investigador.⁴⁸

Investigaciones emergentes han demostrado que la cognición explícita se puede utilizar para controlar y mitigar actitudes implícitas. Teniendo en cuenta esto, una de las estrategias sugeridas para los profesionales de la salud es cambiar la clasificación de los pacientes, centrándose en una identidad común compartida. El profesional de la salud debe hacer preguntas sobre otras identidades sociales como pasatiempos, intereses, ocupación, desviando así su atención de la etnia del paciente. Esto puede ayudar a inhibir estereotipos negativos implícitos. Además, otra estrategia para reducir la activación del sesgo implícito puede ser tomar la perspectiva del otro lado, en este caso, del grupo minoritario. Algunos casos han demostrado que cuando una persona se imagina que se encuentra en la difícil situación del otro lado, es más probable que sea empática y adopte una concepción más satisfactoria como resultado. Algunos talleres que entrenan este aspecto, involucran a los participantes haciéndoles ver una imagen de un grupo minoritario y escribir una historia donde pasan un día en la vida de ese paciente.⁴⁹ También hay evidencia de que el aumento de la diversidad de profesionales de la salud ayuda a reducir los prejuicios raciales y étnicos.⁵⁰

Bibliografía

1. Bester J, Cole CM, Kodish E. The Limits of Informed Consent for an Overwhelmed Patient: Clinicians' Role in Protecting Patients and Preventing Overwhelm. *AMA journal of ethics*. 2016;18(9):869.
2. Blair IV, Steiner JF, Havranek EP. Unconscious (implicit) bias and health disparities: where do we go from here? *The Permanente Journal*. 2011;15(2):71.
3. Cooper L. *Overcoming Healthcare Disparities: The role of patient-centered care—College of Public Health and Health Professions celebrating 50 years*. Gainesville: University of Florida. 2008.
4. Durant RW, Wenzel JA, Scarinci IC, Paterniti DA, Fouad MN, Hurd TC, et al. Perspectives on barriers and facilitators to minority recruitment for clinical trials

- among cancer center leaders, investigators, research staff, and referring clinicians: enhancing minority participation in clinical trials (EMPaCT). *Cancer*. 2014;120 Suppl 7:1097-105.
5. FitzGerald C, Hurst S. Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. *BMC medical ethics*. 2017;18(1):19.
 6. Garasic MD. The Singleton case: enforcing medical treatment to put a person to death. *Med Health Care and Philos*. 2013;16(4):795.
 7. Gorini A, Mazzocco K, Pravettoni G. Decision-Making Process Related to Participation in Phase I Clinical Trials: A Nonsystematic Review of the Existing Evidence. *Public health genomics*. 2015;18(6):359-65.
 8. Hamilton DL, Trolier TK. Stereotypes and stereotyping: An overview of the cognitive approach. 1986.
 9. Hardicre J. Valid informed consent in research: An introduction. *British Journal of Nursing*. 2014;23(11):564-7. Kim EJ, Kim SH. Simplification improves understanding of informed consent information in clinical trials regardless of health literacy level. *Clinical Trials*. 2015;12(3):232-6.
 10. John-Henderson NA. Implicit Cognition. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*. 2015;24(4):751-63.
 11. McCabe MS (ed.) *The ethical foundation of informed consent in clinical research*. Seminars in oncology nursing; 1999: Elsevier.
 12. Newington L, Metcalfe A. Factors influencing recruitment to research: qualitative study of the experiences and perceptions of research teams. *BMC medical research methodology*. 2014;14(1):10.
 13. O'Brien RL, Kosoko-Lasaki O, Cook CT, Kissell J, Peak F, Williams EH. Self-assessment of cultural attitudes and competence of clinical investigators to enhance recruitment and participation of minority populations in research. *Journal of the National Medical Association*. 2006;98(5):674.
 14. Ross S, Grant A, Counsell C, Gillespie W, Russell I, Prescott R. Barriers to participation in randomised controlled trials: a systematic review. *Journal of clinical epidemiology*. 1999;52(12):1143-56.
 15. Sabin DJA, Nosek DBA, Greenwald DAG, Rivara DFP. Physicians' implicit and explicit attitudes about race by MD race, ethnicity, and gender. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 2009;20(3):896.
 16. Sheikh A, Halani L, Bhopal R, Netuveli G, Partridge MR, Car J, et al. Facilitating the recruitment of minority ethnic people into research: qualitative case study of South Asians and asthma. *PLoS Med*. 2009;6(10):e1000148.
 17. Steinberg A. Disclosure of information and informed consent: ethical and practical considerations. *Journal of child neurology*. 2009;24(12):1568-71.
 18. Stone J, Moskowitz GB. Nonconscious bias in medical decision making: what can be done to reduce it? *Medical education*. 2011;45(8):768-76.
 19. Tam NT, Huy NT, Thoa LTB, Long NP, Trang NTH, Hirayama K, et al. Participants' understanding of informed consent in clinical trials over three decades: systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*. 2015;93(3):186-98H.

20. Tham, J, Durante, C, García, A. (eds.) *Religious Perspectives on Social Responsibility in Health*; 2018: Springer.
21. Van Ryn M, Saha S. Exploring unconscious bias in disparities research and medical education. *Jama*. 2011;306(9):995-6.
22. Walsh E, Sheridan A. Factors affecting patient participation in clinical trials in Ireland: A narrative review. *Contemporary Clinical Trials Communications*. 2016;3:23-31.
23. Williamson T. Research, informed consent, and the limits of disclosure. *Bioethics*. 2001;15(4):341-63.

Referencias bibliográficas

- ¹ Bester J, Cole CM, Kodish E. The Limits of Informed Consent for an Overwhelmed Patient: Clinicians' Role in Protecting Patients and Preventing Overwhelm. *AMA journal of ethics*. 2016;18(9):869.
- ² Ibid
- ³ Hardicre J. Valid informed consent in research: An introduction. *British Journal of Nursing*. 2014;23(11):564-7.
- ⁴ Tam NT, Huy NT, Thoa LTB, Long NP, Trang NTH, Hirayama K, et al. Participants' understanding of informed consent in clinical trials over three decades: systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*. 2015;93(3):186-98H.
- ⁵ Steinberg A. Disclosure of information and informed consent: ethical and practical considerations. *Journal of child neurology*, 2009;24(12):1568-71.
- ⁶ Bester J, op. cit.
- ⁷ Tam NT, op. cit.
- ⁸ Kim EJ, Kim SH. Simplification improves understanding of informed consent information in clinical trials regardless of health literacy level. *Clinical Trials*. 2015;12(3):232-6.
- ⁹ Bester J, op. cit.
- ¹⁰ McCabe MS (ed.) *The ethical foundation of informed consent in clinical research*. Seminars in oncology nursing; 1999: Elsevier.
- ¹¹ Bester J, op. cit.
- ¹² Garasic MD. The Singleton case: enforcing medical treatment to put a person to death. *Med Health Care and Philos*. 2013;16(4):795.
- ¹³ Blair IV, Steiner JF, Havranek EP. Unconscious (implicit) bias and health disparities: where do we go from here? *The Permanente Journal*. 2011;15(2):71.
- ¹⁴ FitzGerald C, Hurst S. Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. *BMC medical ethics*. 2017;18(1):19.
- ¹⁵ Blair IV, op. cit.

- ¹⁶ Hamilton DL, Trolie TK. Stereotypes and stereotyping: An overview of the cognitive approach. 1986.
- ¹⁷ Stone J, Moskowitz GB. Non conscious bias in medical decision making: what can be done to reduce it? *Medical education*. 2011;45(8):768-76
- ¹⁸ Ver por ejemplo: Tham, J, Durante, C, García, A. (eds.) *Religious Perspectives on Social Responsibility in Health*; 2018: Springer.
- ¹⁹ Blair IV, op. cit.
- ²⁰ Fitzgerald C, op. cit.
- ²¹ Stone J, Moskowitz GB. Non conscious bias in medical decision making: what can be done to reduce it? *Medical education*. 2011;45(8):768-76.
- ²² Sabin DJA, Nosek DBA, Greenwald DAG, Rivara DFP. Physicians' implicit and explicit attitudes about race by MD race, ethnicity, and gender. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 2009;20(3):896.
- ²³ Van Ryn M, Saha S. Exploring unconscious bias in disparities research and medical education. *Jama*. 2011;306(9):995-6.
- ²⁴ Newington L, Metcalfe A. Factors influencing recruitment to research: qualitative study of the experiences and perceptions of research teams. *BMC medical research methodology*. 2014;14(1):10.
- ²⁵ Durant RW, Wenzel JA, Scarinci IC, Paterniti DA, Fouad MN, Hurd TC, et al. Perspectives on barriers and facilitators to minority recruitment for clinical trials among cancer center leaders, investigators, research staff, and referring clinicians: enhancing minority participation in clinical trials (EMPaCT). *Cancer*. 2014;120 Suppl 7:1097-105.
- ²⁶ O'Brien RL, Kosoko-Lasaki O, Cook CT, Kissell J, Peak F, Williams EH. Self-assessment of cultural attitudes and competence of clinical investigators to enhance recruitment and participation of minority populations in research. *Journal of the National Medical Association*. 2006;98(5):674.
- ²⁷ Durant RW, op. cit.
- ²⁸ Newington L, op. cit.
- ²⁹ Sheikh A, Halani L, Bhopal R, Netuveli G, Partridge MR, Car J, et al. Facilitating the recruitment of minority ethnic people into research: qualitative case study of South Asians and asthma. *PLoS Med*. 2009;6(10):e1000148.
- ³⁰ Ibid.
- ³¹ Ross S, Grant A, Counsell C, Gillespie W, Russell I, Prescott R. Barriers to participation in randomised controlled trials: a systematic review. *Journal of clinical epidemiology*. 1999;52(12):1143-56.
- ³² Walsh E, Sheridan A. Factors affecting patient participation in clinical trials in Ireland: A narrative review. *Contemporary Clinical Trials Communications*. 2016;3:23-31.
- ³³ Gorini A, Mazzocco K, Pravettoni G. Decision-Making Process Related to Participation in Phase I Clinical Trials: A Nonsystematic Review of the Existing Evidence. *Public health genomics*. 2015;18(6):359-65.
- ³⁴ Williamson T. Research, informed consent, and the limits of disclosure. *Bioethics*. 2001;15(4):341-63.

³⁵ Steinberg A. Disclosure of information and informed consent: ethical and practical considerations. *Journal of child neurology*. 2009;24(12):1568-71.

³⁶ Ibid.

³⁷ Ibid.

³⁸ Ibid.

³⁹ Ibid.

⁴⁰ O'Brien RL, op. cit.

⁴¹ Stone J, op. cit.

⁴² Van Ryn M, op. cit.

⁴³ FitzGerald C, op. cit.

⁴⁴ Cooper L. Overcoming Healthcare Disparities: The role of patient-centered care –College of Public Health and Health Professions celebrating 50 years. Gainesville: University of Florida. 2008.

⁴⁵ Sabin DJA, op. cit.

⁴⁶ Blair IV, op. cit.

⁴⁷ John-Henderson NA. Implicit Cognition. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*. 2015;24(4):751-63.

⁴⁸ Blair IV, op. cit.

⁴⁹ Stone J, op. cit.

⁵⁰ John-Henderson NA, op. cit.

Ethical Issues Concerning Informed Consent in Translational/Clinical Research and Vaccination Bias and Informed Consent

Aspectos éticos del consentimiento informado en la investigación translacional/clínica y sobre el sesgo o prejuicio en los ensayos clínicos

*Alberto García Gómez**
*Mirko Daniel Garasic***
*María Cubillo Díaz-Valdés****

Abstract

Improving the health literacy of patients in relation to medical practices and research is essential for upholding the principle of respect for autonomy—that is, respecting the patient’s ability to make self-governed choices regarding medical interventions or research participation that reflects the patient’s beliefs and values. This paper considers the challenges of informed consent (i.e. ethical gaps, barriers, and priority needs) that are unique to cer-

* UNESCO Chair in Bioethics and Human Rights, Rome, Italy:

agarcia@unescobiochair.org

** UNESCO Chair in Bioethics and Human Rights, Rome, Italy:

mgarasic@unescobiochair.org

*** GSK, Madrid, Spain: maria.x.cubillo@gsk.com

This paper has been elaborated under i-CONSENT project that has received funding from the European Union’s Horizon 2020 research and innovation programme under grant agreement No 741856: www.i-consentproject.eu

Received on March 06, 2019. Accepted on March 08, 2019.

tain vulnerable groups, namely preadolescents, adolescents, and pregnant women, with a specific emphasis on how neurobio-ethical, multicultural and interreligious variables should be taken into account when assessing the appropriateness of the current documents relying on the notion of informed consent. In exploring how we are to improve the process of obtaining informed consent, this contribution pays particular attention to the relevance of bias and privacy in the debate, suggesting new ways of intervening so to reduce the effects of implicit bias.

Key words: Autonomy, Bias, Bioethics, Competence, Informed consent, Vaccination

Introduction

Informed consent process requires of four characteristics to be valid: voluntariness, disclosure, understanding and capacity. Whenever one of these elements is missing, informed consent can be compromised.¹

Voluntariness, meaning that patients must make the decision to participate without influences or coercion and understanding that they are under no obligation to participate, and if they do, they have the right to withdraw at any time.^{2 3}

Disclosure means giving subjects all the relevant and right information about the research, including the risks, potential benefits, nature and other therapeutic alternatives. According to the ethical considerations of the Belmont Report, the following principles are specifically relevant in terms of the existing issues when disclosing the information in the informed consent obtaining process. The principle of autonomy and obligation truth-telling, places disclosure on always providing the complete information to every patient. However, based on the principle of beneficence and the principle of non-maleficence, usually the right approximation to do is only partial disclosure. The principle of justice is not considered here

when analyzing disclosure due to its more limited relevance with this issue.^{4 5} Understanding involves that participants have the ability to comprehend the information and perceive the relevance into their personal lives under reasoned conditions. In other words, appropriate, precise and relevant information should be provided in a language and format that patients fully understand.^{6 7 8} Capacity in any clinical situation means to be capable of making autonomous decisions and engage into a clinical trial under reasoned deliberations, comparing the risks and benefits of the procedure. A patient needs to have the capacity of self-determination to reflect, decide and consider, when deciding to participate in a clinical trial.⁹ ¹⁰ Capacity can also be considered as a sliding scale, where not all the decisions need the same level of capacity. In this way, a patient could have the capacity to make a decision but not another. As the importance of the decision increases, and the information given is more specific and accurate, the threshold for considering a patient capable, is also higher. For instance, a life-or-death decision with clinical and technical information, would have a high threshold for capacity and the patient would need to show the required level of ability to reason the decision-making process.^{11 12} In the following section, the role that investigators can have (with their bias) in the obtainment of informed consent will be explored more in detail.

What is bias?

A patient should receive a different care attention relative to his or her specific ethnic group, gender or any other factor. However, there are existing bias, among health care professionals that contribute to health disparities.^{13 14} Bias refers by psychologists as «the negative evaluation of one group and its members relative to another».¹⁵

A stereotype is «a cognitive structure that contains the perceiver's knowledge beliefs, and expectations about a human

group».¹⁶ The reason why people have stereotypes is because it is a way to simplify the processing and storing of information in a more efficient way in terms of mental energy and time consuming. It has been found that repeated stereotyping leads to a psychological system where consciousness disappears and becomes implicit even when a person is educated in multicultural diversity and has no conscious negative attempts to use their stereotypes.¹⁷

There are two types of bias: explicit and implicit. The explicit bias is the one that the person has awareness of, and it is associated with deliberative behaviors (e.g. verbal). In the last 50 years, explicit bias in terms of ethnic background or religious beliefs have decreased significantly, being nowadays unacceptable within general society.¹⁸ However, implicit bias, is the one that makes a person acts unintentionally, unconsciously and makes negative associations and judgements without awareness. This kind of implicit bias is persistent and common in the society and it is difficult to control. Implicit bias is normally associated with spontaneous non-verbal behavior such as repeatedly eye contact, sitting away from a person that is not from the same ethnic group as yours, facial expression, and so on. For instance, a person could think that he or she is not racist but then, has unintentionally attitudes that makes him or her act in a prejudiced manner. This non-conscious behavior can influence in the decision-making, health-care professionals and patient's perceptions, and thus, in the quality of care. Implicit racial attitudes have been considered as one of the reasons that may explain why clinicians provide less quality care to patients from a different ethnic background, even when they fully intend to give equal care to everybody.^{19 20 21 22 23}

Recruitment of minorities

Recruitment in research is influenced by several factors that need to be identified in order to improve this process.²⁴ When talking

about minorities, recruitment for clinical trials have even more barriers and gaps that need to be addressed.²⁵ Clinical investigators have found it difficult to enroll patients from minorities due to a mistrust relationship, language differences, cultural values and limited access to these populations.²⁶ In this way, a study that interviewed and look for experiences and perspectives of principal investigators, research staff, referring clinicians and cancer center leaders, showed that multi-level barriers are often faced by minorities that exclude them from being offered an opportunity to participate in a clinical trial. Language discordance was one of the barriers where investigators suggested that the time and effort required with translators could discourage others from even offering the trial to these patients.²⁷

One qualitative study performed in London where three clinical research teams were interviewed, showed that there were four themes influential to recruitment: infrastructure, nature of the research, recruiter characteristics and participant characteristics. Focusing on the recruiter characteristics it was noticed that none of the recruiters had received specific training in recruitment. There was a discussion on whether or not this training could affect the recruiter skills or could be useful to improve them. At the end, it was said that an individual's personality was crucial to their recruitment success, meaning that it is an aspect difficult to teach. This suggests again that there is an existing investigator bias that can affect in the recruitment and in consequence in the informed consent obtaining process, as every person is different and thus, can influence in offering or not the participation in a clinical trial to a potential subject. Furthermore, no specific strategies are normally employed for the recruitment of patients from different ethnicities or socio-demographic backgrounds due to the belief that recruiters invite all eligible patients to participate, despite of their background. However, the truth is that recruiters tend to stereotype potential participants based on their previous experiences and choose not to go towards individuals who are otherwise eligible.²⁸

A research group from United Kingdom (Centre for Population Health Sciences of the University of Edinburgh; the National Heart & Lung Institute and the Division of Epidemiology of the Imperial College London; and the Medical Research Council (MRC)- Asthma UK Centre for Allergic Mechanisms in Asthma of the Barts and The London School of Medicine and Dentistry) conducted a qualitative case study where a comparison between United States and United Kingdom is done in terms of multiculturalism and multi-ethnic attitudes when recruiting minorities into research. This study is considered particularly relevant in this report, since United States is a reference country with high differences in multi-ethnic and multiculturalism population and also large experience in conducting clinical trials. The study consisted on interviews with 19 researches from UK and 17 from US. Results revealed a wide gap between both countries in terms of policy, attitudes, practices and experiences in relation to the inclusion of ethnic minorities in research. The study showed evidence of UK researchers having a lot of stereotypes and prejudices that were negatively influencing on the recruitment process of ethnic minorities. For instance, one researcher presented ethnic minorities as lacking altruism stating that this population were more focused on their families rather than on society as a whole, describing south Asian people as «a little bit selfish».²⁹ This gap between US and UK (to an extent linkable to much of Europe) could be explained by the presence in US of the NIH policy in relation to recruitment of women and minorities in clinical trials, that places a responsibility on investigators to ensure that women and members of minorities and their subpopulations are included in all human research not allowing cost as a reason for excluding them and initiate programs and support for outreach efforts to recruit these groups. The absence of such a policy in UK, with the prejudices and stereotypes, contribute to the under-representation of these groups in the clinical trials, and thus, to the existing investigator bias in the informed consent obtaining process.³⁰ Besides, clinicians can also

find difficulties to provide the information to their patients, because they worry about information being frightening in some cases. For this reason, the investigator's attitude can lead to a biased recruitment selecting patients that they consider «easier» to communicate with.³¹

Researcher influence

Patient decision making process could also be influenced conscious or unconsciously by the investigator. This is so, that various reviews have shown that researcher influence is one of the most provocative variables in patient participation in clinical trials. Patients tend to accept participation when they have a good relationship with the investigator and a reliable relation is built between them. Nevertheless, when patients do not trust their physician, or the physician even discourage them, they are more likely to decline participation.³² In this way, informed consent is also influenced suggesting that patients are not being objectively informed, and their consent is being influenced by the investigator and other external factors. There is also another kind of bias, called optimism bias which has been seen in patients but also in investigators. This kind of bias is more likely of phase I clinical trials where patients normally do not have another alternative to treatment and accept to participate in research because it's the only choice. In this context, ethical issues arise in whether these patients are consenting without understanding really the trial's purpose or without enough information to make an informed consent decision. For instance, in phase I cancer subjects, optimism bias is commonly found. They hope their own chance of obtaining high medical benefit. Sometimes, even investigators are not immune to therapeutic optimism bias. Despite of their predictions about survival, they show an optimism bias when it comes to patients they know better or they have treated longer. This optimism bias is one

of the most consistent in psychology and its consequences are shown in patients willing to participate and investigators willing to propose the clinical trial.³³

Limits of disclosure

Another aspect to consider are the limits of disclosure in informed consent. For now, it has only been discussed the point of view where the investigator's opinion, views, and characteristics can influence on the decision-making process of a potential subject. However, other opinions and reviews state that unless subjects are informed of these investigator's personal characteristics, views and sponsors, their autonomy is being overridden, meaning that subjects could consider the information about researchers important to their decisions. But then, there is also the issue of the investigator's privacy not being respected and the doubt of his or her characteristics not being discriminated.³⁴

There are differences in how people understand, accept and react when confronting bad news, or even cultures where giving bad news is not allowed, whereas others think that every kind of information is needed to know, etc. For these inconsistent opinions, disclosure of information should be thought carefully and considering these questions: Who? Where? What? How?³⁵

Regarding who should disclose the information, the doctor that best knows the patient should.³⁶ Where? It should always be disclosed in a private and quiet room, not in the middle of the corridor or in front of other people.³⁷ What? The relevant and adequate information in each case should be disclosed, whatever is the best for the patient.³⁸ How? The information should always be disclosed in a sensitive and empathic way, considering also the body language, non-verbal behavior, the wording. Also, patients need to have their time to process the information and a return visit if they wish.³⁹

Ethnic/racial implicit bias: neuroscientific approach

We have seen in the previous sections that both neuroscience and cultural background are important variables to take into account when assessing informed consent -and this applies also for what concerns implicit bias. In general, clinical investigators and health care professionals show respect for other cultures and ethnicities, but when applying it to real situations and clinical research, a lot of gaps are identified. This suggests that there is an unconscious bias and stereotyping that lead to the difficulties in communicating, enrollment and informed consent process when other cultures and populations are involved.⁴⁰

It has been seen that when health care professionals have the appropriate time to process the information, enough cognitive resources and the required motivation to avoid bias and prejudices, the care attention they provide is equal within different patients and it is not influenced by implicit bias. However, these implicit attitudes can influence in the behavior and cognitions when the cognitive process capacity is altered by factors such as anxiety, stress, illness, fatigue or cognitive overload. Moreover, in this context, when cognition capacity is loaded too much, people are more likely to stereotype and follow automatic categorizing due to the memory being biased towards implicit attitudes, difficult to override. For this reason, it is important to take this into account in clinical/medical contexts, where it is easy to have situations under stress, time pressure and working memory, that can lead to a cognitive overload, and thus, to a biased behavior.^{41 42}

A plethora of different studies that were conducted in different countries found evidence of existing implicit bias among health-care professionals, using different testing methods and studying various socio-demographic characteristics. The results showed that the higher the level of implicit bias was, the poorer was the quality of care. There is clear evidence for a relationship between implicit bias and negative effects on patient interaction, but, although this

does not always have to mean a bad treatment, the truth is that, a good relationship between patient and healthcare professional is crucial to provide a good treatment.⁴³ Another study stated that implicit racial bias in favor of white people over blacks showed less patient-centered attitudes in clinicians, with a less emotional tone and negative communication that rated as poor the care of the visit.⁴⁴

In fact, results have shown that the majority of implicit ethnic bias are favorable to whites over blacks and that these attitudes are different between males or females health care professionals, being stronger for males, which have stronger preferences for whites on explicit and implicit racial attitudes.⁴⁵

Future steps

Implicit bias can be considered as an automatic association between two terms (cue and response). It has been shown that trying to change the association is more effective than trying to change the response itself, because implicit bias is difficult to control and even if physicians are convinced to consciously reduce their perceptions and implicit bias, it is not guaranteed that they have deleted it and they may re-appear again after a while. In this way, there are some findings where admired African Americans are presented to whites and afterwards, implicit bias is reduced. This technique needs to be translated into clinical contexts, but it suggests a possible way to address the bias.^{46 47}

Another possible intervention could be to address the stereotype threat that some patients have which have been shown that may altered patient-researcher communication and thus, increase mistrust. Actions that decrease patient's insights of threat are needed. Self-affirmation is the process where the self-integrity values are affirmed, and it is sometimes used in educational fields to

decrease racial issues. Hence, self-affirmation could help reduce the implicit bias and improve patient-researcher relationship.⁴⁸

Emerging research has shown that explicit cognition can be used to control and mitigate implicit attitudes. Considering this, one of the strategies suggested for health care professionals, is to change the categorization of the patients, focusing on a shared common identity. The health care professional should ask questions about other social identities such as hobbies, interests, occupation, and shifts his or her attention from the patient's ethnicity. This can help to inhibit the implicit negative stereotypes. Moreover, another strategy for reducing the activation of implicit bias can be taking the perspective of the other side, in this case, the minority group. Some findings have shown that when a person imagines to be in the difficult situation of the other side, he or she is more likely to be empathic and adopt a more approving conception as a result. Some workshops that train this, involve viewing a picture of a minority group and write down a story where they spend a day in the life of that patient.⁴⁹ There is also evidence that increasing the diversity of health care professionals help to reduce racial and ethnic biases.⁵⁰

Bibliography

1. Bester J, Cole CM, Kodish E. The Limits of Informed Consent for an Overwhelmed Patient: Clinicians' Role in Protecting Patients and Preventing Overwhelm. *AMA journal of ethics*. 2016;18(9):869.
2. Blair IV, Steiner JF, Havranek EP. Unconscious (implicit) bias and health disparities: where do we go from here? *The Permanente Journal*. 2011;15(2):71.
3. Cooper L. *Overcoming Healthcare Disparities: The role of patient-centered care—College of Public Health and Health Professions celebrating 50 years*. Gainesville: University of Florida. 2008.
4. Durant RW, Wenzel JA, Scarinci IC, Paterniti DA, Fouad MN, Hurd TC, et al. Perspectives on barriers and facilitators to minority recruitment for clinical trials among cancer center leaders, investigators, research staff, and referring clinicians: enhancing minority participation in clinical trials (EMPaCT). *Cancer*. 2014;120 Suppl 7:1097-105.

5. FitzGerald C, Hurst S. Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. *BMC medical ethics*. 2017;18(1):19.
6. Garasic MD. The Singleton case: enforcing medical treatment to put a person to death. *Med Health Care and Philos*. 2013;16(4):795.
7. Gorini A, Mazzocco K, Pravettoni G. Decision-Making Process Related to Participation in Phase I Clinical Trials: A Nonsystematic Review of the Existing Evidence. *Public health genomics*. 2015;18(6):359-65.
8. Hamilton DL, Trolie TK. Stereotypes and stereotyping: An overview of the cognitive approach. 1986.
9. Hardicre J. Valid informed consent in research: An introduction. *British Journal of Nursing*. 2014;23(11):564-7. Kim EJ, Kim SH. Simplification improves understanding of informed consent information in clinical trials regardless of health literacy level. *Clinical Trials*. 2015;12(3):232-6.
10. John-Henderson NA. Implicit Cognition. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*. 2015;24(4):751-63.
11. McCabe MS (ed.) *The ethical foundation of informed consent in clinical research*. Seminars in oncology nursing; 1999: Elsevier.
12. Newington L, Metcalfe A. Factors influencing recruitment to research: qualitative study of the experiences and perceptions of research teams. *BMC medical research methodology*. 2014;14(1):10.
13. O'Brien RL, Kosoko-Lasaki O, Cook CT, Kissell J, Peak F, Williams EH. Self-assessment of cultural attitudes and competence of clinical investigators to enhance recruitment and participation of minority populations in research. *Journal of the National Medical Association*. 2006;98(5):674.
14. Ross S, Grant A, Counsell C, Gillespie W, Russell I, Prescott R. Barriers to participation in randomised controlled trials: a systematic review. *Journal of clinical epidemiology*. 1999;52(12):1143-56.
15. Sabin DJA, Nosek DBA, Greenwald DAG, Rivara DFP. Physicians' implicit and explicit attitudes about race by MD race, ethnicity, and gender. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 2009;20(3):896.
16. Sheikh A, Halani L, Bhopal R, Netuveli G, Partridge MR, Car J, et al. Facilitating the recruitment of minority ethnic people into research: qualitative case study of South Asians and asthma. *PLoS Med*. 2009;6(10):e1000148.
17. Steinberg A. Disclosure of information and informed consent: ethical and practical considerations. *Journal of child neurology*. 2009;24(12):1568-71.
18. Stone J, Moskowitz GB. Nonconscious bias in medical decision making: what can be done to reduce it? *Medical education*. 2011;45(8):768-76.
19. Tam NT, Huy NT, Thoa LTB, Long NP, Trang NTH, Hirayama K, et al. Participants' understanding of informed consent in clinical trials over three decades: systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*. 2015;93(3):186-98H.
20. Tham, J, Durante, C, García, A. (eds.) *Religious Perspectives on Social Responsibility in Health*; 2018: Springer.

21. Van Ryn M, Saha S. Exploring unconscious bias in disparities research and medical education. *Jama*. 2011;306(9):995-6.
22. Walsh E, Sheridan A. Factors affecting patient participation in clinical trials in Ireland: A narrative review. *Contemporary Clinical Trials Communications*. 2016;3:23-31.
23. Williamson T. Research, informed consent, and the limits of disclosure. *Bioethics*. 2001;15(4):341-63.

Bibliography references

- ¹ Bester J, Cole CM, Kodish E. The Limits of Informed Consent for an Overwhelmed Patient: Clinicians' Role in Protecting Patients and Preventing Overwhelm. *AMA journal of ethics*. 2016;18(9):869.
- ² Ibid
- ³ Hardicre J. Valid informed consent in research: An introduction. *British Journal of Nursing*. 2014;23(11):564-7.
- ⁴ Tam NT, Huy NT, Thoa LTB, Long NP, Trang NTH, Hirayama K, et al. Participants' understanding of informed consent in clinical trials over three decades: systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*. 2015;93(3):186-98H.
- ⁵ Steinberg A. Disclosure of information and informed consent: ethical and practical considerations. *Journal of child neurology*, 2009;24(12):1568-71.
- ⁶ Bester J, op. cit.
- ⁷ Tam NT, op. cit.
- ⁸ Kim EJ, Kim SH. Simplification improves understanding of informed consent information in clinical trials regardless of health literacy level. *Clinical Trials*. 2015;12(3):232-6.
- ⁹ Bester J, op. cit.
- ¹⁰ McCabe MS (ed.) *The ethical foundation of informed consent in clinical research*. Seminars in oncology nursing; 1999: Elsevier.
- ¹¹ Bester J, op. cit.
- ¹² Garasic MD. The Singleton case: enforcing medical treatment to put a person to death. *Med Health Care and Philos*. 2013;16(4):795.
- ¹³ Blair IV, Steiner JF, Havranek EP. Unconscious (implicit) bias and health disparities: where do we go from here? *The Permanente Journal*. 2011;15(2):71.
- ¹⁴ FitzGerald C, Hurst S. Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. *BMC medical ethics*. 2017;18(1):19.
- ¹⁵ Blair IV, op. cit.
- ¹⁶ Hamilton DL, Trolier TK. *Stereotypes and stereotyping: An overview of the cognitive approach*. 1986.

- ¹⁷ Stone J, Moskowitz GB. Non conscious bias in medical decision making: what can be done to reduce it? *Medical education*. 2011;45(8):768-76
- ¹⁸ Ver por ejemplo: Tham, J, Durante, C, García, A. (eds.) *Religious Perspectives on Social Responsibility in Health*; 2018: Springer.
- ¹⁹ Blair IV, op. cit.
- ²⁰ FitzGerald C, op. cit.
- ²¹ Stone J, Moskowitz GB. Non conscious bias in medical decision making: what can be done to reduce it? *Medical education*. 2011;45(8):768-76.
- ²² Sabin DJA, Nosek DBA, Greenwald DAG, Rivara DFP. Physicians' implicit and explicit attitudes about race by MD race, ethnicity, and gender. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 2009;20(3):896.
- ²³ Van Ryn M, Saha S. Exploring unconscious bias in disparities research and medical education. *Jama*. 2011;306(9):995-6.
- ²⁴ Newington L, Metcalfe A. Factors influencing recruitment to research: qualitative study of the experiences and perceptions of research teams. *BMC medical research methodology*. 2014;14(1):10.
- ²⁵ Durant RW, Wenzel JA, Scarinci IC, Paterniti DA, Fouad MN, Hurd TC, et al. Perspectives on barriers and facilitators to minority recruitment for clinical trials among cancer center leaders, investigators, research staff, and referring clinicians: enhancing minority participation in clinical trials (EMPaCT). *Cancer*. 2014;120 Suppl 7:1097-105.
- ²⁶ O'Brien RL, Kosoko-Lasaki O, Cook CT, Kissell J, Peak F, Williams EH. Self-assessment of cultural attitudes and competence of clinical investigators to enhance recruitment and participation of minority populations in research. *Journal of the National Medical Association*. 2006;98(5):674.
- ²⁷ Durant RW, op. cit.
- ²⁸ Newington L, op. cit.
- ²⁹ Sheikh A, Halani L, Bhopal R, Netuveli G, Partridge MR, Car J, et al. Facilitating the recruitment of minority ethnic people into research: qualitative case study of South Asians and asthma. *PLoS Med*. 2009;6(10):e1000148.
- ³⁰ Ibid.
- ³¹ Ross S, Grant A, Counsell C, Gillespie W, Russell I, Prescott R. Barriers to participation in randomised controlled trials: a systematic review. *Journal of clinical epidemiology*. 1999;52(12):1143-56.
- ³² Walsh E, Sheridan A. Factors affecting patient participation in clinical trials in Ireland: A narrative review. *Contemporary Clinical Trials Communications*. 2016;3:23-31.
- ³³ Gorini A, Mazzocco K, Pravettoni G. Decision-Making Process Related to Participation in Phase I Clinical Trials: A Nonsystematic Review of the Existing Evidence. *Public health genomics*. 2015;18(6):359-65.
- ³⁴ Williamson T. Research, informed consent, and the limits of disclosure. *Bioethics*. 2001;15(4):341-63.
- ³⁵ Steinberg A. Disclosure of information and informed consent: ethical and practical considerations. *Journal of child neurology*. 2009;24(12):1568-71.

³⁶ Ibid.

³⁷ Ibid.

³⁸ Ibid.

³⁹ Ibid.

⁴⁰ O'Brien RL, op. cit.

⁴¹ Stone J, op. cit.

⁴² Van Ryn M, op. cit.

⁴³ FitzGerald C, op. cit.

⁴⁴ Cooper L. Overcoming Healthcare Disparities: The role of patient-centered care –College of Public Health and Health Professions celebrating 50 years. Gainesville: University of Florida. 2008.

⁴⁵ Sabin DJA, op. cit.

⁴⁶ Blair IV, op. cit.

⁴⁷ John-Henderson NA. Implicit Cognition. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*. 2015;24(4):751-63.

⁴⁸ Blair IV, op. cit.

⁴⁹ Stone J, op. cit.

⁵⁰ John-Henderson NA, op. cit.

Liderazgo en medicina: uniendo competencias sociales a valores morales

Leadership in medicine: linking soft skills o moral values

Antonio Marturano

Resumen

El liderazgo en medicina es todavía un campo poco explorado en Italia; mientras este tema es de creciente importancia global en el ámbito del cuidado de la salud, su impacto en el área académica italiana aún está limitado a enfermería, y solamente algunos cursos están disponibles. A nivel mundial, el liderazgo en el cuidado de la salud se iguala a poseer habilidades de competencia social; por el contrario, en Italia, los eruditos aún ligan el liderazgo con habilidades técnicas. En este documento, nos proponemos abordar el problema del liderazgo en medicina de una manera más general: la creciente complejidad de actividades administrativas en el cuidado de la salud pone nuevos retos a la profesión médica, que hoy en día requiere no solamente poseer competencias sociales, sino también habilidades en la implementación organizacional, social y de valores profesionales, que necesitan una conciencia moral basada en un liderazgo en transformación.

Departamento de Historia, Patrimonio Cultural, Educación y Sociedad, Universidad de Roma, Tor Vergata.

Publicado por la revista *Medicina e Morale*. La traducción no fue revisada por el autor.

Recibido el 30 de enero de 2019. Aceptado el 12 de febrero de 2019.

Palabras clave: liderazgo en medicina, competencias sociales, ética de liderazgo, liderazgo transaccional y en transformación.

1. Introducción: El surgimiento del liderazgo en medicina

El estudio de liderazgo es una disciplina de creciente importancia en muchos sectores profesionales, y es de una creciente importancia académica hoy en día [1]. El estudio del liderazgo en medicina ha iniciado hace poco a tomar su lugar como un término médico común [2]. Como Dowton lo advirtió desde hace algunos años, “el liderazgo ha recibido poca atención en [...] literatura médica arbitrada.” [3]. Las cosas han cambiado: la literatura de liderazgo en medicina ha aumentado dramáticamente en años recientes. El interés en el liderazgo en medicina fue disparado por el cambio en el clima organizacional: desde las formas anticuadas a las nuevas formas de gobierno [4:2], que llevó a una creciente participación de los médicos no solamente en administración general [5], sino que también por el desplazamiento de la Práctica General (a menudo referida como “medicina de cabecera”) hacia la forma más centralizada de prestación de la atención médica tal como la medicina hospitalaria [2]. Al mismo tiempo, “surgen nuevos retos de salud. Nuevos riesgos de infecciones, medioambientales, y de comportamiento, en tiempos de rápido crecimiento y transiciones demográficas y epidemiológicas, amenazan la seguridad de salud de todos. Los sistemas de salud a nivel mundial están luchando por mantenerse, a medida que se vuelven más complejos y costosos, imponiendo demandas adicionales en los trabajadores de la salud” [6].

El liderazgo, en esos países pioneros (tales como el Reino Unido y los Estados Unidos de América) que están enfrentando cambios en el Sistema Nacional de Salud, parece que están equiparando el liderazgo a habilidades diferentes de las que son solamente

habilidades médicas prácticas; en otros países más tradicionales, tales como Italia, el liderazgo en medicina parece generalmente que aún se equipara con habilidades técnicas.¹ De acuerdo con Warren y Carnall, “el buen liderazgo médico es vital para proveer un cuidado de salud de alta calidad,² y aun así el progreso en la carrera médica ha tradicionalmente visto el liderazgo con poca credibilidad comparativamente con las habilidades técnicas y académicas” [7].

De hecho, el liderazgo en medicina no se refiere a habilidades técnicas, que son las habilidades específicas de un médico profesionalmente entrenado, sino que, de acuerdo con la idea general dominante del liderazgo, ello involucra aspectos organizacionales (tales como una relación líder-seguidores) y las así llamadas competencias sociales (tales como la persuasión, motivación, negociación, redes sociales, y así sucesivamente)³ a través de todas las profesiones médicas [8] [9]. En efecto, sin estas habilidades sociales, la aptitud técnica y la inteligencia empresarial no valen mucho si los líderes no tienen habilidades para ejecutarlas; en otras palabras, las competencias sociales son necesarias en apoyo al profesionalismo existente, a fin de lograr un liderazgo [10].

En su discurso de James Mackenzie 2010, Sir Lewis Ritchie argumenta los rangos de importancia del liderazgo desde la práctica general a la enfermería y hasta los servicios hospitalarios. Sin embargo, “la consulta de pacientes se mantiene en el centro de la práctica clínica, pero ahora está siendo dada en diferentes formas, bajos nuevos arreglos, y por un equipo creciente de profesionales de la salud. El potencial excepcional de la práctica general continua desenvolviéndose, incluyendo cuidados anticipados y promoción de la salud, adicionalmente a nuestro rol tradicional de aliviar el sufrimiento, el dolor, y la angustia” [11]. De acuerdo con Frenk y otros autores (*et alii*), “todo profesional de la salud en todos los países deberá ser educado para movilizar el conocimiento, y para involucrarse en razonamiento crítico y en conducta ética, a fin de que sea competente para participar en sistemas de salud centrados en el paciente y la población, como miembros de equipos local-

mente responsivos y globalmente conectados” [6]. En otras palabras, el liderazgo en medicina deberá incluir la idea de una medicina centrada en la persona, en la cual el elemento moral es un ingrediente fundamental, como lo sugiere Ramsey [12], y es tan importante como las competencias sociales, como lo discutiremos al final de este documento.

2. Definiciones de liderazgo y de competencias sociales

Mientras que la literatura sobre liderazgo en medicina se enfoca básicamente en las competencias sociales, la naturaleza misma (ejemplo: “el problema de definición”) del liderazgo es todavía un asunto controvertido.⁴ John Nye experto en liderazgo político [14: X], declara que has cerca de 211 diferentes definiciones de liderazgo (de la literatura de los Veintes a los Noventas del siglo pasado). Por otro lado, Rost, un crítico académico de los estudios de liderazgo, concluye que, viendo la prensa popular, el liderazgo es una palabra “candente”, la cual “ha llegado a significar toda clase de cosas para toda clase de gente” [15:7]. Peter Drucker, uno de los pioneros de los estudios en administración, declaró su famosa expresión “La única definición de un líder es alguien que tiene seguidores. Algunas personas son pensadores. Algunas son profetas. Ambos roles son importantes y muy necesarios. Pero sin seguidores no puede haber líderes” [16]. En tanto es controversial, la definición propuesta es formalmente correcta: lo que sea que queramos decir con funciones de liderazgo en una profesión en particular (o en un ambiente de liderazgo), el liderazgo se dispara únicamente cuando alguien obtiene seguidores: sin seguidores no hay liderazgo. Podemos llamar a esta definición “una definición de liderazgo mínima” [17]; cualquier aplicación de liderazgo en un campo en particular hace surgir habilidades específicas que caracterizan a un líder en ese profesionalismo en particular. Así como Warren Bennis, uno de los pioneros en estudio de liderazgo, explicaba « Hasta cier-

to punto, el liderazgo es como la belleza. Es difícil de definir, pero lo reconoces cuando lo ves» [18]. John Kotter, [19] profesor de la Escuela de Negocios de la Universidad de Harvard, define el liderazgo por lo que los líderes hacen: asumen el cambio, establecen la dirección, alinean gente que participe en esa nueva dirección, y motivan a la gente. La misma dificultad se encuentra cuando alguien intenta definir el liderazgo clínico en medicina. De acuerdo con LAI y otros, el concepto de liderazgo clínico puede ser definido en una variedad de formas; y mientras la definición estándar de liderazgo clínico, que está absolutamente de acuerdo en su significado, no es crucial para el progreso y es probable que sea difícil, es útil considerar las diferentes formas en que el liderazgo clínico es conceptualizado y presentado en la literatura. Mientras que el liderazgo clínico efectivo ha sido ofrecido como una manera de asegurar un cuidado óptimo y superar los problemas del área de trabajo clínico, una definición estándar de lo que define un liderazgo clínico efectivo se mantiene esquivo” [20].

Los “problemas de definición” concuerdan también con cómo se desmarca el liderazgo de la administración. Esto es un delicado debate en los estudios de liderazgo discutidos desde su infancia, y aun así no has un punto de vista concordante en lo que los administradores o líderes deben de hacer y que necesitan hacer. De acuerdo con G. Salaman, “nunca podrá haber, puesto que tales definiciones no surgen de requerimientos organizacionales o técnicos (que ellos mismos son producto de la teoría administrativa de la organización), sino que surge de las formas cambiantes en que a lo largo del tiempo estas funciones han sido conceptualizadas de maneras diferentes” [21]. Por el contrario, en su documento fundamental, A. Saleznik distingue claramente líderes de administradores, de acuerdo con sus tareas y sus roles en las organizaciones: Estos últimos tratan con las tareas rutinarias del día a día, que están ligadas a su rango organizacional, “asegurándose de que el negocio diario de la organización sea realizado” [22]. Por otro lado los líderes, “adoptan actitudes activas personales, hacia los objetivos. Ellos

buscan oportunidades potenciales y recompensas que yacen a la vuelta de la esquina, inspirando a sus subordinados, y disparando el proceso creativo con su propia energía” [22]. John P. Kotter también agrega otros dos elementos que nos ayudan a distinguir entre líderes y administradores: “La administración trata acerca de ajustarse con la complejidad” [19]; su alcance es traer un grado de orden y consistencia a las dimensiones organizacionales clave. “El liderazgo, en contraste, trata acerca de ajustarse al cambio” [19], tal como el cambio en la estructura propia de las organizaciones, que necesita encajar con nuevas condiciones sociales y económicas y con el cambio tecnológico. Estas diferentes funciones, de acuerdo con Kotter, perfilan las actividades características de la administración y el liderazgo. Lewis Richie define el liderazgo más ampliamente como «la habilidad para influenciar y motivar a la gente» y describe a los líderes como gente que “afrenta el cambio, ellos establecen una visión y una dirección, y estimulan a los miembros del equipo a seguir esa visión” [11]. De acuerdo con Rughani y otros, “Richie hace una conexión entre el profesionalismo (médico) y el liderazgo, y debemos pensar en esto como algo que está entrelazado con el liderazgo, siendo ambos parte del comportamiento profesional central, y un impulsor de su reforma continua” [23].

En resumen, la administración parece ligada a competencias rutinarias relacionadas con el rol de una persona dentro de una organización, con el objetivo de mantener aceite la maquinaria organizacional, mientras que el liderazgo está más relacionado con la visión, el cambio⁵ y el factor humano en una organización. Sin embargo, la naturaleza cambiante de los retos encarados por las sociedades del siglo XXI impulsan nuevos enfoques a la gobernanza y al liderazgo; Kickbusch y Gleicher sostienen que «la salud es únicamente un reto, y no siempre se le da prioridad. Sin embargo, la mayoría de estos retos tienen efectos significativos en la salud, que no han sido suficientemente tomados en cuenta hasta ahora. Los retos incluyen *shocks* sistémicos, tales como desastres naturales y el brote de enfermedades, así como procesos de largo plazo, tales como la urba-

nización, transiciones demográficas y epidemiológicas, inseguridad en la alimentación, cambio climático y las crecientes disparidades económicas» [4: VII-VIII].

Lo que es muy importante es que recientemente la literatura sobre el liderazgo se ha enfocado en las competencias sociales o poderes (opuesto al fuerte poder que está ligado a la autoridad, a la posición jerárquica en las organizaciones y la coerción); estos poderes o habilidades surgen de dos hechos diferentes, aunque convergentes: el desplazamiento del paradigma militar-industrial en macroeconomía, y la importancia creciente y compleja de la información, y de la forma en la cual eso debe ser comprendido, elaborado y entregado [14: 45]. De acuerdo con Kickbusch y Gleicher, el vivir en una sociedad compleja basada en la información “quiere decir que el poder y la autoridad no están ya más concentrados en el gobierno. Los ciudadanos informados, los negocios y empresas conscientes, las agencias independientes y las organizaciones de expertos cada vez aumentan su rol participativo. Sin embargo, los gobiernos y los ministerios de salud continúan siendo importantes en la administración de la gobernanza de la salud, en el establecimiento de normas, en el proporcionar evidencias, y en hacer de la opción más sana, la opción más fácil” [4: VIII]. El centralismo del trabajo de un líder se desplazó de las habilidades relacionadas con la autoridad formal, hacia competencias sociales que permiten a un líder usar información, para persuadir y atraer seguidores.

En el liderazgo gerencial y político, las competencias sociales no son tan centrales, como en el campo de la medicina. Mientras que cierta cantidad de habilidades fuertes o duras (habilidades que están conectadas a la posición formal dentro de una jerarquía) se requiere en la profesión médica, son menos importantes que la administración. La interacción con colegas y con pacientes pide, como en las universidades, una jerarquía más plana, porque la complejidad, la posesión de conocimiento⁶ y el compartirlo con sus colegas requiere un enfoque diferente y más democrático que en la administración [14: 31], o aun requiere de un liderazgo disperso [4: VII].

Ciertamente, de acuerdo con Nye, el liderazgo político y administrativo se beneficia de la interrelación entre los poderes fuertes y suaves, que Nye llama (*smart power*) *poder inteligente* (14: X), que es una combinación de habilidades derivadas de la posición personal (esencialmente coerción y recompensas) y esas habilidades personales que hemos visto más arriba.

Por lo tanto, hay un acuerdo general de que las habilidades suaves son muy importantes para el liderazgo en medicina, especialmente en una organización tal como lo es un hospital, en el cual los médicos tienen que batallar diariamente con emergencias clínicas, cuidado de pacientes y relaciones sociales con sus colegas. Ciertamente, Rughani y otros sostienen que “La práctica general está caracterizada por la incertidumbre y la complejidad, y opera a través de relaciones con un amplio rango de gente, con quienes la colaboración es un principio clave” [23].

¿Qué son estas competencias sociales? De acuerdo con Warren y Carnall, los médicos deberían «tener la posibilidad de tomar una vista macroscópica de la provisión de cuidados de la salud y de asignación de recursos, y de entender los impulsores políticos, económicos, sociales y tecnológicos del cambio que influenciará esta visión a lo largo de sus carreras. Los médicos, a quienes hasta ahora se les ha enseñado poco del Sistema Nacional de Salud (NHS), tendrán la necesidad de aprender acerca del fondeo, organización, gobernanza y administración, que son parte integral de sus labores. Necesitan ser apoyados por sistemas bien desarrollados, lineamientos claros para reportar información y responsabilidad, y una cultura organizacional que proporcione buena información y motive su uso, como un vehículo para mejorar el desempeño. Finalmente, todos los médicos, ya sea que continúen predominantemente como practicantes médicos, se movilizan para dirigir organizaciones o asumir roles más estratégicos, pues necesitan aprender más acerca de “seguimiento al líder” (*followership*) [...], que reconoce la importancia de la participación y de permitir a otros para que dirijan [7]. Más aún, Warren y Carnall sugieren, sin embargo, que estas

habilidades necesitan ser apoyadas por “una amplia gama de habilidades no técnicas para permitir a (futuros líderes médicos) otros que dirijan, no solo dentro de la medicina, sino a través de todos los límites profesionales” [7]. Básicamente, las competencias sociales requieren que los médicos “creen y comuniquen su visión, estableciendo una clara dirección, el rediseño del servicio y el mejoramiento del cuidado de la salud, la negociación efectiva, el estar consciente tanto de otros como de ellos mismos, el trabajar colaborativamente y en redes. Necesitarán tener la habilidad de equilibrar muchos intereses y prioridades diferentes en competencia, y administrarse ellos mismos efectivamente; para ampliar la credibilidad de sus colegas, muchos tratarán de continuar proporcionando cuidados clínicos de alta calidad a la par de estas posiciones prominentes de liderazgo. Ellos deben mantener, la voz y la práctica de fuertes valores morales personales, y creencias que impacten positivamente en aquellos alrededor de ellos, y colocar al paciente en el centro de la toma de decisiones, y no las prioridades del proveedor” [7].

Mientras surge un consenso general acerca de los objetivos de las competencias sociales en el liderazgo médico, no hay un consenso sobre qué competencias en particular debiera poseer un líder médico: algunos eruditos enfatizan sobre la habilidad de crear una visión [1; 9]; algunos en crear confianza [11]; otros sobre empoderamiento [8], y otros, especialmente aquellos que trabajan con enfermería, en las emociones [20] o sobre la inteligencia emocional [24]; la importancia de un rango en particular de competencias sociales, no únicamente sobre las relativas a la profesión médica, sino también, como sucede en el liderazgo, más generalmente, en el contexto cultural y organizacional.

3. Liderazgo en medicina y valores morales: la teoría normativa

Hemos declarado que, paralelamente al desarrollo de las competencias sociales, aquellos involucrados en el liderazgo en medicina,

deberían desarrollar una mayor sensibilidad por los valores. Los valores “pueden ser definidos como amplias preferencias por cursos apropiados de acción o resultados; por lo tanto, ellos reflejan el sentido de una persona sobre el bien y el mal, y en lo que debe ser. Los valores influyen en las actitudes y en el comportamiento, y debido a eso conforman la formulación de políticas y sociedades enteras, mediante el establecimiento de reglas y normas (los principios) que determinan lo que son acciones aceptables (esto es, éticas), en las áreas familiar y comunitaria, o en términos de la gobernanza de la sociedad, y en las interacciones entre comunidades y sociedades con diferentes valores y principios” [4: 47-48]. Ciertamente, Ritchie argumenta que “correctamente los pacientes han incrementado las expectativas de involucramiento, rendición de cuentas y transparencia, pero también tienen responsabilidades así como derechos” [11]. No es del todo raro que Ritchie regrese a la *República de Platón*, cuando describe al líder ideal. Ritchie sostiene: “el filósofo griego Platón, quien primero definió al líder ideal como alguien que se compromete a, y es entrenado para, un vida de servicio y devoción para sus conciudadanos” [11]. El líder ideal de Platón “tiene resonancia inmediata sobre nosotros como médicos generales, el enlace entre compromiso, educación continua (o auto-renovación), y las necesidades de nuestros pacientes. Independientemente de los cambios científicos, políticos o de la sociedad, nuestras credenciales de liderazgo deben estar fundamentadas en el baluarte duradero de nuestros valores morales y en las obligaciones hacia pacientes y sociedad. Estos valores y obligaciones se suman a nuestro “profesionalismo” como Médicos Generales” [11].

Esta llamada a los valores morales en el liderazgo en medicina no implica únicamente temas ya discutidos en bioética y en ética médica, como ya sucede en enfermería [24], sino que también incluye discusiones recientes acerca del rol de la ética en el liderazgo (Ética del Liderazgo). La ética del liderazgo, ciertamente sostiene que la ética es importante para el estudio del liderazgo que inició

las así llamadas teorías de liderazgo. Las teorías normativas del liderazgo fueron propuestas y son famosas por –entre otros– el politólogo James MacGregor Burns [25], y tomado como punto de partida de la dimensión ética/moral del liderazgo; los eruditos involucrados en esta escuela deben creer que la ética es un elemento crucial de liderazgo o inclusive, el elemento esencial del liderazgo [26: 15], porque ningún liderazgo puede ser efectivo sin ser al mismo tiempo ético; y porque la opción –y por lo tanto el daño moral– es coincidente con el liderazgo.

De acuerdo con James MacGregor Burns, se pueden distinguir dos clases básicas de liderazgo: *liderazgo transformante y transaccional*.

Burns caracteriza el *liderazgo transaccional*, en términos de la noción de intercambio: “Dicho liderazgo ocurre cuando una persona toma la iniciativa de hacer contacto con otros, con el propósito de un intercambio de cosas valiosas. El intercambio podría ser económico o político, o psicológico en su naturaleza: una permuta de bienes, o un bien por dinero; una transacción de votos entre candidato y ciudadano o entre legisladores; la hospitalidad hacia otra persona, a cambio de la voluntad de escuchar nuestros problemas. Cada parte de la negociación, está consciente de los recursos de poder y actitudes del otro. Cada persona reconoce al otro como una persona. Sus objetivos están relacionados, al menos en la medida en que los objetivos se encuentren dentro del proceso de negociación, y se pueda avanzar mediante el mantenimiento de ese proceso”. [25: 19-20]

Burns argumenta que, la relación durará únicamente en tanto la negociación se mantenga, pero realmente no une a líderes y seguidores juntos en una lucha mutua y continua hacia un objetivo más alto. Una vez que el objetivo de la negociación ha sido satisfecho, la relación del liderazgo terminará; eso resultará en una ética de la opción e individualismo que caracteriza el mercado y (discutible) la política contemporánea [27].

Por el contrario, *el liderazgo transformante* toma otro camino: es normativo. Es normativo en dos sentidos. Primeramente, describe

como los valores morales y las alternativas basadas en valores pueden ser influenciadas por las acciones de líderes, y en las formas en que los seguidores las perciben. En segundo lugar, no intenta simplemente describir cómo los líderes se comportan de hecho, sino más bien, prescribe cómo deberían ellos comportarse.⁷ Burns define el liderazgo transformante como sigue: “El líder transformante reconoce y explota una necesidad existente, o una demanda de un seguidor potencial. Pero, más allá de ello, el líder transformante busca motivos potenciales en los seguidores. El resultado del liderazgo transformante es una relación de estimulación mutua, y de una elevación que convierte a los seguidores en líderes, y puede convertir líderes en agentes morales” [25: 4]. En consecuencia, de acuerdo con Burns, los líderes transformantes se dirigen hacia el movimiento más allá de los deseos de la gente y de sus voluntades, enganchando así sus necesidades reales y sus valores morales. Burns sostiene que el liderazgo transformante es la capacidad de trascender los reclamos de una multiplicidad de deseos diarios, de necesidades y expectativas, mediante la elevación tanto de líderes como de seguidores a “niveles más altos de motivación y moralidad” [25: 20]. Por eso, tanto líderes como seguidores inician principalmente del reconocimiento de valores morales compartidos, que ellos utilizan para acciones colectivas. El erudito pionero del liderazgo ético, J. Ciulla, sostiene que “la teoría de Burns del liderazgo transformante [...], descansa en un conjunto de supuestos morales, acerca de la relación entre líderes y seguidores. La teoría de Burns es claramente una prescripción acerca de la naturaleza de los buenos líderes morales” [26]. Lo muy importante, de acuerdo a Ciulla, es que los líderes transformantes de Burns “tienen valores muy fuertes.⁸ Ellos no diluyen sus valores y sus ideales morales por consenso, sino que ellos elevan a la gente mediante el uso de conflictos para enganchar seguidores, y ayudarlos a revalorar sus propios valores y necesidades” [26]. En otras palabras, los líderes transformantes de Burns están transformando, debido a que encuentran una resonancia entre sus propias creencias morales y las de otros, de tal manera

que aquellos otros se vean a sí mismos como seguidores. La fuerza motivacional para el líder y los seguidores empieza con valores morales compartidos, moralidad y creencias que crean confianza no únicamente entre los médicos practicantes y los pacientes, sino también entre colegas.

4. Conclusiones

El comportamiento ético en el liderazgo a través de las profesiones médicas es fundamental; por ejemplo, en enfermería, un estudio empírico Italiano demostró que “el liderazgo ético actúa en el comportamiento organizacional de las enfermeras [...]”. El comportamiento organizacional de las enfermeras es crucial en el resultado del servicio en el cuidado de la salud. Por lo tanto, el liderazgo ético afecta indirectamente la calidad del cuidado y la curación ofrecida a los pacientes” [24]. Más importante aún, la literatura general acerca de liderazgo en medicina parece converger en la importancia de las competencias sociales, pero seguramente ellas necesitan caminar mano con mano con los elementos morales basados en el liderazgo transformante. Aunque algunas competencias sociales (tales como la creación de confianza, la negociación y la concientización), requieren algo de sensibilidad ética. Aunque en administración el punto de vista de los accionistas pone por delante la utilidad, para la especial sensibilidad moral del liderazgo en medicina (que también es parte de la tradición médica desde el juramento hipocrático) juega un papel fundamental: “La medicina no es un negocio, y las diferencias entre ella y una empresa comercial son profundas, aunque quizás menos bien definidas dentro del actual clima empresarial, cuando es comparado con los viejos tiempos” [1]. Como Ritchie ciertamente ha puntualizado, “el profesionalismo médico ha sido descrito como: “un conjunto de valores, comportamientos, y relaciones que sostienen la confianza que el público tiene en los médicos”. Para los médicos generales, debemos incluir nuestros

propios y esenciales valores profesionales [...], que forman la base de un convenio moral entre los médicos generales, pacientes y sociedad y, a su vez, proporcionar el fundamento de un liderazgo efectivo en la práctica general. Mientras el mantenimiento de los valores profesionales fue visto alguna vez como la responsabilidad individual de los médicos únicamente, yo argumentaría que el éxito profesional también depende vitalmente de la cultura moral de las organizaciones en que nosotros trabajamos” [11].

Referencias bibliográficas

¹ Liderazgo Médico (*Leadership Medica*), una importante revista entre los doctores y practicante médicos Italianos, aún dedica la mayoría de sus páginas a las habilidades técnicas médicas, cfr. <https://www.leadershipmedica.it/index.php/it/medicina/elenco-completo-degli-articoli>. Recuperada 10.1.2017.

² La página web de la Academia de Liderazgo del Sistema Nacional de Salud sostiene: “¿Por qué se necesita cambiar el liderazgo en el Sistema Nacional de Salud? Pues simplemente porque no hay mucha evidencia en conectar mayor liderazgo con mejor atención de pacientes. Francis, Berwick, Keogh lo señalan, así como el líder académico Michael West. Todos ellos establecen un enlace entre un buen liderazgo y hacer una positiva diferencia en el cuidado del paciente, el resultado de la atención y la experiencia de la atención”; ver <https://www.leadershipacademy.nhs.uk/> recuperada 10.1.2017.

³ Esto es lo que hoy en día está siendo hecho en la Maestría de Liderazgo en Medicina Altems, ofrecida por la Universidad Católica del Sagrado Corazón desde 2016.

⁴ Levine y Boaks, por ejemplo, sostienen que el asunto de la definición del liderazgo radica sólo en lo que el liderazgo es; ambos se centran en la cuestión de su relación con la ética, y es problemática. No puede ser resuelta por el curso de la acción tomada por la mayoría de los autores, ya sea disminuyendo la pregunta o contestándola preferentemente. Pero tampoco puede ser ignorada. Debe ser contestada, a fin de decirnos qué necesitamos para saber acerca de la relación entre la ética y el liderazgo, y también aterrizar esa respuesta [13].

⁵ Es interesante ver cómo el cambio es defensor del sector del cuidado de la salud; de acuerdo con Frenk y otros, “durante el siglo pasado, los profesionales de la salud hicieron grandes contribuciones a la salud y al desarrollo socioeconómico, pero no podemos llevar a cabo reformas a la salud en el Siglo XXI con competencias obsoletas o inadecuadas”. El extraordinario avance en el cambio global

está alargando el conocimiento, las habilidades y los valores de los profesionales de la salud.

⁶ A pesar de la tendencia de actuar en el aislamiento de varias de las profesiones, y aun en competencia entre unos y otros, por ejemplo, en el llamado “tribalismo de los profesionales”: J. Frenk y otros, *Profesionales de la Salud para un nuevo siglo: transformando la educación para reforzar los Sistemas de Salud en un mundo interdependiente* [6].

⁷ Antes de Burns, los eruditos académicos eran en efecto ambiguos (o no notaban este punto) con respecto a que si ellos estaban proponiendo una teoría descriptiva o normativa de liderazgo; esta ambigüedad llevó a una cantidad de contradicciones internas, de la misma manera en que las ambigüedades entre cuestiones de ética y la normativa de razonamiento en la ley conducen a falacias éticas y legales: J.B. Ciulla, *Ética de Liderazgo: Mapeo del Territorio y Id. Conversaciones y correspondencia con Burns en la ética de transformar el liderazgo* [26; 28].

⁸ Burns hace una distinción entre dos principales clases de valores: Modales y valor final. Valores modales incluyen responsabilidad, equidad, honestidad y mantener una promesa. Éstas se sustentan en los valores encontrados mediante un acto. Valores finales, por lo contrario, incluyen libertad, justicia y igualdad. Estos permiten a los líderes convertir a sus seguidores en líderes: J.B. Ciulla, *Éticas del Liderazgo...* [26].

Bibliografía

1. WALDHAUSEN J. Liderazgo en Medicina. Boletín del Colegio Americano de Cirujanos 2001; 86 (3): 13-19.
2. CHADI N. Liderazgo Médico: Médicos a la cabeza del cambio. Mcgill J. Med. 2009; 12(1): 52-57.
3. DOWTON SB. Liderazgo en medicina: ¿Dónde están los líderes?. Med J Aust. 2008 [serial en línea] 200418111/12 (ingresado el 29 de Agosto de 2017, en http://www.mja.com.au/public/issues/181_11_061204/dow10543_fm.html).
4. KICKBUSCH I, GLEICHER D. Gobernanza para la Salud en el siglo XXI. Copenhague: Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa; 2012.
5. GRIFFITHS R. NHS Gerencia de Consultas. Londres: DHSS, 1983.
6. FRENK J, LINCOLN C Y OTROS. Profesionales de la Salud para el Nuevo Siglo: transformando la educación para fortalecer los Sistemas de Salud en un mundo interdependiente. The Lancet 2010; 376 (9756): 1923-1958.
7. Warren OJ, Carnall R. Liderazgo Médico: ¿Porque es importante, que se requiere, y como lo desarrollamos? Publicación Médica de Posgrado. 2011; 87(1023): 27-32.
8. WILKIE, V. Liderazgo y Administración para todos los médicos. Gaceta Británica de Práctica General. 2012; 62(598): 230-231.
9. JINDAL, S.K. Liderazgo en medicina. Indian J. Chest Dis Allied Sci. 2014; 56: 69-70.

10. REAL COLEGIO DE MÉDICOS. Doctores en sociedad: profesionalismo médico en un mundo cambiante. Informe de un grupo de trabajo del Real Colegio de Médicos de Londres. *Clínica Médica (Londres)* 2005; 5(6 Suplemento 1): S5-40.
11. RITCHIE, L. Juego más allá de los números: el llamado al liderazgo. *Gaceta Británica de Práctica General*. 2012; 62(594): e64-e67.
12. RAMSEY, P. El paciente como persona. New Haven, CT: Yale U.P.; 1970.
13. LEVINE, M.P., BOAKS, J. ¿Qué tiene que ver el liderazgo con la ética? *Gaceta de la Ética de Negocios*. 2014; 124(2): 225-242.
14. NYE, J.S, Jr. Los Poderes para liderar. Oxford: Oxford U.P.; 2006.
15. ROST, J. Liderazgo para el siglo XXI. Westport, CT: Praeger; 1991.
16. DRUCKER, P. Prólogo: No murieron suficientes generales. En: Hesselbein F, Goldsmith M, Beckhard R (eds.). *El líder del futuro*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 1997: XI-XV.
17. MARTURANO, A, WOOD, M., GOSLING, J. Juegos de Liderazgo y lenguaje. *Filosofía de la Administración* 2010; 9(1): 59-83.
18. BENNIS, W. *Convirtiéndose en líder*. New York, NY: Perseus Books; 1989.
19. KOTTER, J.P. Lo que realmente hacen los líderes. En: *La Revista Harvard Business review* (IRevista informativa de negocios de Harvard) acerca del liderazgo. Harvard, Mass.: Harvard U.P.; 1996: 37-60.
20. DALY, J., JACKSON, D., MANNIX, J., DAVIDSON, PM, Hutchinson, M. La importancia del liderazgo clínico en un medio hospitalario. *Gaceta del liderazgo en atención médica*. 2014; 6: 75-83.
21. SALAMAN, G. Competencias de los gerentes, competencias de los líderes. En: STOREY, J. (ed.) *Liderazgo en organizaciones*. Londres: Routledge; 2004: 58-78.
22. ZALEZNIK, A. ¿Gerentes y líderes, son ellos diferentes?. En: *Gaceta informativa de negocios de Harvard sobre liderazgo*. Harvard, Mass.: Harvard U.P.; 1996: 61-88.
23. RUGHANI, A., GODDEN, A., PATTERSON, D., SMITHSON, H. Entrenamiento para el liderazgo. *Gaceta Británica de práctica general* 2012; 62(594): 8-9.
24. ZAGHINI, F., BIAGIOLI, V., FIDA, R, SILI, A. La *leadership* ética del coordinatore come fattore determinante i comportamenti organizzativi degli infermieri, nei luoghi di cura-El liderazgo ético de los gerentes de pabellón de enfermería, como la clave determinante del comportamiento organizacional de las enfermeras en medios de atención a la salud. *Professioni Infermieristiche* 2017; 70(1) (ingresado el 31 de Agosto de 2017, en: <<http://www.profinf.net/pro3/index.php/IN/article/view/331>>).
25. BURNS, J.M. *Liderazgo*. Nueva York: Harper & Row; 1975.
26. CIULLA, J.B. Ética de liderazgo: Mapeo del territorio. En: Ciulla JB (ed.). *Ética. El corazón del liderazgo*. Westport, CT: Praeger; 1998: 3-26.
27. PRICE, T.L., HICKS, D.A. Un marco de referencia para la teoría general de la ética en el liderazgo. En: GOETHALS, G.R, SORENSON, .GL.J (eds.). *La búsqueda de una Teoría General del Liderazgo*. Cheltenham, UK: Edward Elgar; 2008: 123-151.
28. CIULLA, J.B. Conversaciones y correspondencia con Burns acerca de la ética del liderazgo transformante. *Liderazgo y las humanidades*. 2015; 3(1): 26-31

Leadership in medicine: linking soft skills o moral values

Liderazgo en medicina: uniendo competencias sociales a valores morales

Antonio Marturano

Abstract

Leadership in medicine is still an underexplored field in Italy; while this topic is of increasing global importance in healthcare, its impact in Italian academia is still limited to nursing and only few courses are available. Worldwide, leadership in healthcare is equate to possessing soft skills abilities; on the contrary, in Italy healthcare scholars still link leadership to technical abilities. In this paper, we will propose to address the problem of leadership in medicine more generally: the increasing complexity of management activities in healthcare poses new challenges to the medical profession, which actually requires not only possession of soft skills but also abilities in the implementation of organizational, societal and professional values which need a moral awareness based on transforming leadership.

Keywords: leadership in medicine, soft skills, leadership ethics, transforming and transactional leadership.

Department of History, Cultural Heritage, Education and Society, University of Rome, Tor Vergata

Published in the Italian Journal *Medicina e Morale*. Translation was not reviewed by the author.

Received on January 30, 2018. Accepted on February 12, 2019.

1. Introduction: the emergence of leadership in medicine

Leadership studies is a discipline of increasing importance in many professional sectors and it is increasing academic importance today [1]. The study of leadership in medicine has only recently started to take its place as a common medical term [2]. As Dowton noticed, since a few years ago, «leadership has received little attention in [...] peer-reviewed medical literature.» [3]. Things are changed: leadership literature in medicine has dramatically increased in recent years. Leadership interest in medicine was triggered by the change in the organizational climate –from old fashioned to new forms of governance [4:2]– which lead to an increasing role of doctors not only in general management [5], but also by the shift from the General Practice (often referred to “bedside medicine”) towards a more centralized form of medical care provision such as the hospital medicine [2]. At the same time, «fresh health challenges loom. New infectious, environmental, and behavioral risks, at a time of rapid demographic and epidemiological transitions, threaten health security of all. Health systems worldwide are struggling to keep up, as they become more complex and costly, placing additional demands on health workers» [6].

Leadership, in those pioneering countries (such as UK and USA) which are facing change in the National Health System, seem to equate leadership to skills different than just practical medical abilities; in other, more traditional countries, such as Italy, leadership in medicine generally seems still to be equated to technical skills.¹ According to Warren and Carnall, «Good medical leadership is vital in delivering high-quality healthcare,² and yet medical career progression has traditionally seen leadership lack credence in comparison with technical and academic ability» [7].

In fact leadership in medicine is not about technical skills which are the specific abilities of any professionally trained doctor, but, according to the mainstream general idea of leadership, it involves

organizational aspects (such us followers-leader relation) and the so-called soft skills (such as persuasion, motivation, negotiation, networking, and so on)³ across all the medical professions [8] [9]. Indeed, without these soft skills, technical aptitude and business savvy aren't worth much if leaders don't have the skills to execute them; in other words, soft skills are needed in support of existing professionalism in order to achieve leadership [10].

In his James MacKenzie Lecture 2010 Sir Lewis Ritchie argues leadership importance ranges from general practice to nursing up to hospital services. However, «The patient consultation remains at the hub of clinical practice, but is now being delivered in different ways, in new settings, and by a growing team of health professionals. The exceptional potential of general practice continues to unfold, including anticipatory care and health promotion, in addition to our traditional role of alleviating suffering, pain, and distress» [11]. According to Frenk et alii, «all health professionals in all countries should be educated to mobilize knowledge and to engage in critical reasoning and ethical conduct so that they are competent to participate in patient and population-centered health systems as members of locally responsive and globally connected teams» [6]. In other words, leadership in medicine should include the idea of person-centered medicine in which the moral element is a fundamental ingredient, as suggested by Ramsey [12], and is as much important as soft skills, as we will argue at the end of this paper.

2. Definitions of leadership and soft skills

While literature on leadership in medicine focuses basically on soft skills, the very nature (i.e. the “definition problem”) of leadership is still a controversial matter.⁴ Political leadership expert John Nye [14: x] claims there are about 211 different leadership definitions (from the literature of the Twenties to the Nineties of the past century). On the other had, Rost, an academic critical of leadership

studies, concludes that, looking at the popular press, leadership is a “hot word” which «has come to mean all things to all people» [15: 7]. Peter Drucker, one of the pioneers of management studies, famously stated that «The only definition of a leader is someone who has followers. Some people are thinkers. Some are prophets. Both roles are important and badly needed. But without followers, there can be no leaders» [16]. While controversial, the proposed definition is formally correct: whatever we mean with leadership functions in a particular profession (or leadership environment), a leadership is triggered only when someone gets followers: without followers there is no leadership. We can call this definition “a minimal leadership definition” [17]; any application of leadership to a particular field emerges specific skills that characterizes a leader in that particular professionalism. As Warren Bennis one of the pioneers of leadership studies, explained «To an extent, leadership is like beauty. It is hard to define, but you know when you see it» [18]. Harvard Business School professor John Kotter [19] defines leadership by what leaders do: they cope with change, they set direction, they align people to participate in that new direction, and they motivate people. The same difficulty is found when someone tries to define clinical or leadership in medicine; according to Daly and alii, «Like “leadership”, the concept of clinical leadership can be defined in a range of ways; and while a standard definition of clinical leadership providing absolute agreement on meaning is not crucial to progress and is likely to prove difficult, it is useful to consider the various ways clinical leadership is conceptualized and presented in the literature. While effective clinical leadership has been offered up as a way of ensuring optimal care and overcoming the problems of the clinical workplace, a standard definition of what defines effective clinical leadership remains elusive» [20].

The “definition problems” match also with how to demarcating leadership from management. This is a vexata quaestio in leadership studies discussed since its infancy, yet there is no an agreed view on what managers or leaders should do and what they need to do.

According to G. Salaman, «there never can be, since such definitions arise not from organizational or technical requirements (which are themselves the product of manager's theory of organization), but from the shifting ways in which over time these functions are variously conceptualized» [21]. On the contrary, in his seminal paper, A. Zaleznik clearly distinguishes leaders from managers according to their tasks and their roles in organizations: the latter deals with day by day routinary tasks linked to their organizational rank, «ensuring that an organization's day to day business gets done» [22]. On the other hands leaders, «adopt personal, active attitudes towards goals. They look for the potential opportunities and rewards that lie around the corner, inspiring subordinates and firing up the creative process with their own energy» [22]. John P. Kotter, also adds other two elements that help us to distinguishing between leaders and managers: «Management is about copying with complexity» [19] its scope is to brings a degree of order and consistency to organizational key dimensions. «Leadership, by contrast, is about coping with change» [19], such as change in the very structure of organizations which needs to fit with new social and economical conditions and with technological change. These different functions, according to Kotter, shape the characteristic activities of management and leadership. Lewis Ritchie defines leadership more broadly as «the ability to influence and motivate people» and describes leaders as people who «cope with change, they set vision and direction, and stimulate team members to follow that vision» [11]. According to Rughani et alii «Ritchie makes a connection between (medical) professionalism and leadership and we should think of these as being intertwined, with leadership being both part of core professional behavior and a driver for its continual reform» [23].

To sum up, management seems linked to routinary competences linked to a person's role within an organization aiming at keeping oiled the organizational machinery, while leadership is more about vision, change⁵ and the human factor in an organization. However,

the changing nature of the challenges faced by 21st-century societies drives new approaches to governance and leadership; Kickbusch and Gleicher claim «health is only one challenge and is not always given priority. Most of these challenges, however, have significant health effects, which have not been considered sufficiently so far. The challenges include systemic shocks, such as natural disasters and disease outbreaks, as well as longer-term processes, such as urbanization, epidemiological and demographic transitions, food insecurity, climate change and widening economic disparities» [4: VII-VIII].

Very importantly, recent leadership literature has focused on soft skills or powers (opposed to hard power which is linked to authority, hierarchical position in organizations and coercion); these powers or skills stem out from two different, albeit convergent facts: the shift from the military-industrial paradigm in macroeconomics and the increasing importance and complexity of information and the way in which that should be understood, elaborated and delivered [14: 45]. According to Kickbusch and Gleicher, living in a complex, information-based society «means that power and authority are no longer concentrated in government. Informed citizens, conscientious businesses, independent agencies and expert bodies increasingly have a role to play. Nevertheless, governments and health ministry's continue to be important in managing governance for health, setting norms, providing evidence and making the healthier choice the easier choice» [4: VIII]. The centrality of a leader's job shifted from skills linked to formal authority to soft skills that enable a leader to use information to persuade and attract followers.

In managerial and in political leadership, soft skills are not as central as in the medical field. While a certain amount of hard skills (skills that are connected to a formal position in a hierarchy) is required in the medical profession, they are less important than management. Interaction with colleagues and patients ask, as in universities, for a more flat hierarchy because complexity, knowledge

possession⁶ and its sharing with peers require a different, more democratic approach than in management [14: 31] or even it requires a disperse leadership [4: VII]. According to Nye, indeed, political and management leadership benefits from the interplay between hard and soft powers which Nye calls *smart power* (14: X) which is a combination of skills derived by personal position (essentially coercion and rewards) and those personal skills we have seen above.

Therefore, there is a general agreement that soft skills are very important for leadership in medicine, especially in an organization such as the hospital in which doctors have to deal daily with clinical emergence, patient care and social relations with peers. Rughani et alii, indeed, claim that «General practice is characterized by uncertainty and complexity and operates through relationships with a wide range of people with whom partnership is a key principle» [23].

What are these soft skills? According to Warren and Carnall, doctors should «be able to take a macroscopic view on healthcare provision and resource allocation and to understand the political, economic, social and technological drivers for change that will influence this view throughout their careers. Doctors, who until now have been taught little of the NHS, will need to learn about the funding, organization, governance and management that are integral to its workings. They need to be supported by well-developed systems, clear lines of reporting and responsibility, and an organizational culture that provides good information and encourages its use as a vehicle for performance improvement. Finally, all doctors, whether they remain predominantly as medical practitioners, move to lead organizations or take on more strategic roles, need to learn more about “followership” [...] that recognizes the importance of participation and allowing others to lead» [7]. Still Warren and Carnall suggest these skills however need to be supported by «a broader range of non-technical skills to allow (future medical leaders) to lead others, not just within medicine but across all professional boundaries» [7]. Basically, soft skills require doctors to «create and communic(ate) their vision, setting clear direction, service redesign

and healthcare improvement, effective negotiation, awareness of both self and others, working collaboratively and networking. They will need to be able to balance many different competing interests and priorities and manage themselves effectively; to enhance peer credibility; many will seek to continue to deliver high-quality clinical care alongside these prominent leadership positions. They must hold, voice and enact strong personal moral values and beliefs that impact positively on those around them and place the patient at the centre of decision-making, not the priorities of the provider» [7].

While a general consensus emerges about the ends of soft skills in leadership medicine, there is no consensus on which particular skills a medical leader should possess: some scholars emphasize on the ability at creating a vision [1; 9], some on enabling trust [11], others on empowering [8], and others –especially those dealing with nursing– on emotions [20] or emotional intelligence [24]; the importance of particular soft skills range not only on the kind of medical profession, but also, as happens in leadership, more generally, on the organizational and cultural context.

3. Leadership in medicine and moral values: the normative theory

We have claimed that, alongside with development of soft skills, those involved in leadership in medicine should develop a further sensibility for values. Values «can be defined as broad preferences for appropriate courses of action or outcomes; they therefore reflect a person's sense of right and wrong and what ought to be. Values influence attitudes and behavior and thereby shape policymaking and entire societies by setting the rules and standards (the principles) that determine acceptable (that is, ethical) actions in the area of family and community or in terms of governance of society and interactions between communities and societies with different values and principles» [4: 47-48]. Ritchie argues, indeed, that «Patients rightly

have increased expectations of involvement, accountability, and transparency but also have responsibilities as well as rights» [11]. It is not odd at all that Ritchie goes back to Plato's Republic when describing the ideal leader. Ritchie claims: «the Greek philosopher Plato, who first defined the ideal leader as someone who commits to, and is trained for, a life of service and devotion to their fellow citizens» [11]; Plato's ideal leader «has immediate resonance for us as GPs the link between commitment, continuous learning (or self renewal), and the needs of our patients. Irrespective of scientific, societal, or political change, our leadership credentials should be founded on the enduring rock of our moral values and obligations to patients and society. These values and obligations amount to our “professionalism” as GPs» [11].

This call for moral values in leadership in medicine not only implies themes already discussed in bioethics and medical ethics as it happens already in nursing, [24], but also includes the recent discussions on the role of ethics in leadership (Leadership Ethics). Leadership ethics indeed claims that ethics is central to the study of leadership which started the so called normative theories of Leadership. Normative theories of leadership were famously proposed by –among others– political scientist James MacGregor Burns [25], and taken as a starting point the ethical/moral dimension of leadership; scholars engaged in this school of thought believe that ethics is a crucial element of leadership or even, the essential element of leadership [26: 15], for no leadership can be effective without being ethical at the same time; and because choice –and therefore moral hazard– is coincident with leadership.

According to James MacGregor Burns, two basic kinds of leadership can be distinguished: *transforming* and *transactional* leadership.

Burns characterizes *transactional leadership* in terms of the notion of exchange: «Such leadership occurs when one person takes the initiative in making contact with others for the purpose of an exchange of valued things. The exchange could be economic or political or psychological in nature: a swap of goods or one good

for money; a trading of votes between candidate and citizen or between legislators; hospitality to another person in exchange of willingness to listen to one's troubles. Each party to the bargain is conscious of the power resources and attitudes of the other. Each person recognizes the other as a person. Their purposes are related, at least to the extent that the purposes stand within the bargaining process and can be advanced by maintaining that process». [25: 19-20]

The relationship, Burns argues, will last only as long as the bargain will be kept but does not really bind leaders and followers together in a mutual and continuing pursuit of a higher purpose. Once the aim of the bargain is fulfilled the leadership relation will end; that will result in an ethics of choice and individualism that characterizes the market and (arguably) contemporary politics [27].

On the contrary, *transforming leadership* takes on another path: it is normative. It is normative in two senses. Firstly, it describes how moral values and value-based choices may be influenced by the actions of leaders and ways in which followers perceive them. Secondly, it does not intend to simply describe how leaders in fact behave but, rather, prescribes how they ought to behave.⁷ Burns defines transforming leadership as follows: «The transforming leader recognizes and exploits an existing need or demand of a potential follower. But, beyond that, the transforming leader looks for potential motives in followers. The result of transforming leadership is a relationship of mutual stimulation and elevation that converts followers into leaders and may convert leaders into moral agents». [25: 4]. Thence, according to Burns transforming leaders aim at moving beyond people's wants and wishes, thereby engaging their real needs and moral values. Burns argues that transforming leadership is the capacity to transcend the claims of multiplicity of everyday wants, needs and expectations by raising both leaders and followers to «higher levels of motivation and morality» [25: 20]. Therefore leaders and followers mainly start from a recognition of shared moral values that they leverage for collective actions. Pioneer leadership ethics scholar, J. Ciulla argues that «Burns's theory

of transforming leadership [...] rests on a set of moral assumptions about the relationship between leaders and followers. Burns's theory is clearly a prescriptive one about the nature of morally good leaders» [26]. Very importantly, according to Ciulla, Burns's «transforming leaders have very strong values.⁸ They do not water down their values and moral ideals by consensus but rather they elevate people by using conflicts to engage followers and help them reassess their own values and needs» [26]. In other words, Burns's transforming leaders are transforming because they find a resonance between their own and others' moral beliefs, such that those others experience themselves as followers. The motive force for leader and followers starts from shared moral values, morality and beliefs that create trust not only between GP and patients but also among peers.

4. Conclusions

The ethical component in leadership across the medical professions is fundamental; in nursing, for example an Italian empirical study demonstrated that «Ethical leadership acts on nurses' organizational behavior [...] The nurses' organizational behavior is crucial to the outcome of the health care service. Therefore, the ethical leadership indirectly affects the quality of the care and the cure offered to the patients» [24]. More importantly, the general literature on leadership in medicine seems to converge on the centrality of soft skills, but they very likely need to walk hand in hand with the moral elements based on transforming leadership. Even though, some soft skills (such as creating trust, negotiation and awareness), require some ethical sensibility. While in management the stakeholder view puts profit forward, for leadership in medicine special moral sensibility (which is also part of the medical tradition since the Hippocratic oath) plays a fundamental role: «Medicine is not a business, and the differences between it and a commercial enterprise are

profound, although perhaps less well-defined in the current entrepreneurial climate when compared to earlier times» [1]. As Ritchie has indeed highlighted, «Medical professionalism has been described as: ‘A set of values, behaviors, and relationships that underpin the trust the public has in doctors’. For GPs, we must include our own core professional values [...] which form the basis of a moral covenant between GPs, patients, and society and, in turn, provide the foundation for effective leadership in general practice. While maintenance of professional values was once seen as the responsibility of individual doctors alone, I would argue that successful professionalism also vitally depends on the moral culture of the organizations in which we work» [11].

Bibliography references

¹ Leadership Medica, an important magazine among Italian medical doctors and practitioners, still devotes the majority of its pages to medical technical skills, cfr. <https://www.leadershipmedica.it/index.php/it/medicina/elenco-completo-degli-articoli>, retrieved 1.10.2017

² The NHS Leadership Academy in its webpage claims: «Why does leadership in the NHS need to change? Quite simply, because there’s so much evidence connecting better leadership to better patient care. Francis, Berwick, Keogh point to it and so does leading academic, Michael West. They all make the link between good leadership and making a positive difference to patient care, care outcomes and the experience of care»; see <https://www.leadershipacademy.nhs.uk/> retrieved 1.10.2017.

³ This is actually what is being done in the Leadership in Medicine Altems Master provided by the Catholic University of the Sacred Heart since 2016.

⁴ Levine and Boaks, for example, claim that the issue of the definition of leadership just what leadership is both central to the question of its relationship to ethics and it is problematic. It cannot be solved by either course of action taken by most authors namely either dismissing the question or answering it preemptively. But, nor can it be ignored. It must be answered in order to tell us what we need to know about the relationship between ethics and leadership and also to ground that answer [13].

⁵ It is interesting to notice how change is advocated for the healthcare sector; according to Frenk et alii, «Health professionals have made huge contributions to health and socioeconomic development over the past century, but we cannot carry

out 21st century health reforms with outdated or inadequate competencies. The extraordinary pace of global change is stretching the knowledge, skills, and values of all health professions.

⁶ Despite the tendency of the various professions to act in isolation from or even in competition with each other, i.e. the so called "tribalism of the professions": J. Frenk et alii, *Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health Systems in an interdependent world* [6].

⁷ Before Burns, leadership scholars were indeed ambiguous (or did not notice this point) regarding whether they were proposing a descriptive or a normative theory of leadership; this ambiguity led to a number of internal contradictions in much the same way as ambiguities between questions of ethics and law in normative reasoning lead to ethical and legal fallacies: J.B. Ciulla, *Leadership Ethics: Mapping the Territory and Id. Conversations and correspondence with Burns on the ethics of transforming leadership* [26; 28].

⁸ Burns distinguishes between two main classes of values: modal and end values. Modal values include responsibility, fairness, honesty, and promise keeping. These rest on the values found in the means of an act. End values, on the opposite, include liberty, justice and equality. These enable leaders to turn their followers into leaders: J.B. Ciulla, *Leadership Ethics...* [26].

Bibliography

¹ WALDHAUSEN, J. Leadership in Medicine. Bulletin of the American College of Surgeons 2001; 86 (3): 13-19.

² CHADI, N. Medical Leadership: Doctors at the Helm of Change. McGill J. Med. 2009; 12(1): 52-57.

³ DOWTON, S.B. Leadership in medicine: where are the leaders?. Med J Aust. 2008 [serial online] 200418111/12 (accessed on 29 August 2017, at http://www.mja.com.au/public/issues/181_11_061204/dow10543_fm.html).

⁴ KICKBUSCH, I., GLEICHER, D. Governance for health in the 21st century. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2012.

⁵ GRIFFITHS, R. N.H.S Management Inquiry. London: DHSS, 1983.

⁶ FRENK, J., LINCOLN, C. ET AL. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health Systems in an interdependent world. The Lancet 2010; 376 (9756): 1923-1958.

⁷ WARREN, O.J., CARNALL, R. Medical leadership: why it's important, what is required, and how we develop it. Postgrad Med Journ. 2011; 87(1023): 27-32.

⁸ WILKIE, V. Leadership and management for all doctors. British Journal of General Practice 2012; 62(598): 230-231.

⁹ JINDAL, S.K. Leadership in medicine. Indian J Chest Dis Allied Sci. 2014; 56: 69-70.

- ¹⁰ ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS. Doctors in society: medical professionalism in a changing world. Report of a Working Party of the Royal College of Physicians of London. *Clin Med (Lond)* 2005; 5(6 Suppl 1): S5-40.
- ¹¹ RITCHIE, L. Beyond the numbers game – the call of leadership. *British Journal of General Practice* 2012; 62(594): e64-e67.
- ¹² RAMSEY, P. *The patient as person*. New Haven, CT: Yale U.P.; 1970.
- ¹³ LEVINE, M.P., BOAKS, J. What Does Ethics Have to do with Leadership? *Journal of Business Ethics* 2014; 124(2): 225-242.
- ¹⁴ NYE, J.S. Jr. *The Powers to Lead*. Oxford: Oxford U.P.; 2006.
- ¹⁵ ROST, J. *Leadership for the twenty-first century*. Westport, CT: Praeger; 1991.
- ¹⁶ DRUCKER, P. Foreword Not Enough Generals were Killed. In: HESSELBEIN, F., GOLDSMITH, M., BECKHARD, R. (eds.). *The Leader of the Future*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 1997: xi-xv
- ¹⁷ MARTURANO, A., WOOD, M., GOSLING, J. Leadership and Language Games. *Philosophy of Management* 2010; 9(1): 59-83.
- ¹⁸ BENNIS, W. *On becoming a leader*. New York, NY: Perseus Books; 1989.
- ¹⁹ KOTTER, J.P. What leaders really do. In: *Harvard Business Review on Leadership*. Harvard, Mass.: Harvard U.P.; 1996: 37-60. ²⁰ DALY, J., JACKSON, D., MANNIX, J., DAVIDSON, P.M., HUTCHINSON, M. The importance of clinical leadership in the hospital setting. *Journal of Healthcare Leadership* 2014; 6: 75-83.
- ²¹ Salaman G. Competences of managers, competences of leaders. In: STOREY, J. (ed.) *Leadership in Organizations*. London: Routledge; 2004: 58-78.
- ²² ZALEZNIK, A. Managers and Leaders: are they different?. In: *Harvard Business Review on Leadership*. Harvard, Mass.: Harvard U.P.; 1996: 61-88.
- ²³ RUGHANI, A., GODDEN, A., PATTERSON, D., SMITHSON, H. Training for leadership. *British Journal of General Practice* 2012; 62(594): 8-9.
- ²⁴ ZAGHINI, F., BIAGIOLI, V., FIDA, R., Sili A. La leadership etica del coordinatore come fattore determinante i comportamenti organizzativi degli infermieri, nei luoghi di cura The ethical leadership of the nursing ward managers as a key determinant of nurses' organizational behaviors in the healthcare settings. *Professioni Infermieristiche* 2017; 70(1) (accessed on 31 August 2017, at: <<http://www.profinf.net/pro3/index.php/IN/article/view/331>>..
- ²⁵ BURNS, J.M. *Leadership*. New York: Harper & Row; 1975.
- ²⁶ CIULLA, J.B. Leadership Ethics: Mapping the Territory. In: Ciulla JB (ed.). *Ethics. The Heart of Leadership*. Westport, CT: Praeger; 1998: 3-26.
- ²⁷ PRICE, T.L., HICKS, D.A. A framework for a general theory of leadership ethics. In: GOETHALS, G.R., SORENSON, G.L.J. (eds.). *The Quest for a General Theory of Leadership*. Cheltenham, UK: Edward Elgar; 2008: 123-151.
- ²⁸ CIULLA, J.B. Conversations and correspondence with Burns on the ethics of transforming leadership. *Leadership and the Humanities* 2015; 3(1): 26-31.

Reseña

Review

Érick Pérez-Mora*

“Creo que harlo más me cuesta digerir la idea de la muerte cuando estoy sano que cuando tengo fiebre”. (Montaigne)

Sacks, Oliver. *Gratitud.* Anagrama, México, pp. 2016-61.

Montaigne escribió que tener presente a la muerte constituye por sí mismo un acto para liberarse de ella; el ensayista agrega que “[...] el imaginarla con antelación supone sin duda una gran ventaja.” (Montaigne 2010, 130). Como médico que era, Oliver Sacks no tenía problema con hacer dicho ejercicio. Los médicos siempre están cerca de la muerte.¹ Pero no sólo la imaginan, sino que frecuentan con ella en su día a día: la combaten y –en otro casos– tratan de reconfortar a sus pacientes para afrontarla mejor.

En *Gratitud*, Sacks relata tres pasajes de su vida en que visualizó su propia muerte. El primero ocurrió cuando practicaba alpinismo, a los cuarenta y un años; entonces, recurrió a proporcionarse primeros auxilios. Relata brevemente esta experiencia en el primer ensayo del libro, que nos da una primera señal de su cercanía con la química desde su nombre: “Mercurio”. También en “Mercurio”, el autor transmite su inquietud ante la proximidad de su cumpleaños ochenta, pues el deterioro físico ha cobrado factura y la pérdida de personas cercanas a él está muy presente. En tercer lugar, “De

* Hospital de la Mujer (Secretaría de Salud): UCIN, CEI-CONBIOÉTICA, CEPCL. Recibido el 30 de enero de 2019. Aceptado el 12 de febrero de 2019.

mi propia vida” es el texto a través del que comparte su sentir al ver *la muerte cara a cara* (p. 28). Lo escribió después de enterarse que padecía cáncer de hígado, secundario a una metástasis generada por un melanoma ocular que le había sido diagnosticado en 2005.

El autor expresa que los tres momentos estuvieron acompañados de retrospectiva sobre su vida y, aún más, de amor por lo vivido. Por ello, podría colocar en la pluma del médico lo escrito por Etty Hillesum: “He saldado las cuentas con la vida” (Hillesum 2007, 118). He ahí la razón de su último ensayo, donde se descubre pensando en una tradición judía muy arraigada, a pesar de su alejamiento de la religión desde los dieciocho años. Me refiero al Sabbat: *cuando tienes la sensación de que tu obra está terminada y de que, con la conciencia tranquila, puedes descansar* (p. 61).

Sin haberse planteado ese objetivo, Sacks nos da su clave para lograr una vida plena que nos reconforte ante el desasosiego de la muerte: tener pasiones que disfrutemos hasta nuestro último día.

La natación fue una de ellas. La practicó desde que su padre lo llevó a tener “contacto con el agua antes de cumplir una semana” (Sacks 1997). Y lo siguió haciendo, aún después de enterarse de su metástasis, *cada día, pero más... lentamente* (p. 41).

Desde su primera década, *los elementos de la tabla periódica pasaron a ser mis compañeros* (p. 38), dice. Y empezó a relacionarlos con sus aniversarios *cuando averiguó lo que eran los números atómicos* (p.17).

También comprueba que no se equivocó de carrera, la medicina, porque se dio tiempo de *visitar pacientes* (p. 40) aún después de la embolización que le practicaron. Además, su trabajo como médico lo ayudó a superar la crisis personal que atravesó en la década de 1960.

Sus inicios en la escritura estuvieron ligados a la medicina, ya que, mediante la narración de las historias de sus pacientes del hospital Bronx, descubrió su vocación y se entregó *a ella en cuerpo y alma, con total determinación* (p. 54). Este libro es el reflejo más palpable: escribió hasta los días más cercanos a su partida.

No es coincidencia ver en las fotos –acompañando a los textos– a Oliver Sacks nadando, leyendo y escribiendo; así como una pequeña recopilación de objetos sobre una mesa, que (imagino) son parte de su colección de elementos químicos.

No sé si tuvo la oportunidad de morir bajo el *celestial resplandor* (p. 37), como lo quería; pero me reconforta saber que estaba rodeado, *igual que cuando era niño, de metales y minerales, pequeños emblemas de la eternidad* (p. 39).

El conjunto de ensayos que conforman esta obra fueron escritos y publicados en fechas distintas; pero la selección de los mismos logra la unidad temática sobre una preocupación no exclusiva de un médico, sino de todo hombre: la muerte. No es casualidad que el primer texto que vino a mi mente al leerlos fue *De cómo filosofar es aprender a morir*, de Montaigne, el ensayista de la condición humana. Confirmé la relación entre ambas obras al recorrer las páginas de *Gratitud*, donde supe que Sacks se acompañó de las enseñanzas que descubrió a través de la lectura de David Hume, *uno de mis filósofos favoritos* (p. 28), confiesa.

En todo momento, salta a la lectura la prosa que caracterizó a Sacks. Hay fluidez, producto –tal vez– de su habilidad en el agua; al fin, muchos de sus escritos se idearon mientras nadaba.² Tiene presencia la sensibilidad, que sólo puede ser resultado de las fuertes relaciones que cosechó. Y percibimos las referencias de un empático lector, tanto de las letras como de los hechos.

Para aquellos que no han leído a Sacks, *Gratitud* es una breve aproximación a su obra y permite vislumbrar la intensidad de su vida.³ El libro es una oportunidad para acercarse a la escritura de quien bien Borges podría haber llamado el más literato de los médicos.⁴ Mientras que para sus lectores recurrentes, Oliver nos deja en *Gratitud* una entrañable despedida.

El hombre cuyas plantas favoritas raramente eran los helechos⁵ habrá de compartir las dos características por las que se maravilló con ellos:

La belleza: “[...] son una forma de vida más simple pero tienen su belleza particular, una belleza muy delicada» (Sacks 2005), y la permanencia: “Son unos grandes supervivientes” (Sacks 2005).

La primera se refleja en su muy fructífera vida; la segunda es producto de su obra. Me da gusto ser cómplice en lograr dicha permanencia, que fue —a la vez— uno de sus deseos: *tan sólo albergo la esperanza de perdurar en el recuerdo de los amigos y de que algunos de mis libros puedan seguir “hablando” a la gente después de mi muerte* (p. 20).

Referencias bibliográficas

- ¹ En esto coincidiría conmigo, agregando a los militares, Svetlana Alexiévich.
- ² Su capacidad creadora bajo el agua la relata en “Nadar hasta morir”.
- ³ La descripción más profunda de su vida está en su libro *En Movimiento. Una vida*, publicado en español por Anagrama.
- ⁴ Utilizo el adjetivo con el que Borges calificaba a Schopenhauer; en ese caso, como “el más literato de los filósofos”. Dichas opiniones se encuentran en *Autobiographical*, donde además agrega que “Si hoy eligiera [yo, Borges] a un solo filósofo, lo elegiría a él [Schopenhauer]” (p. 29) [La traducción y los corchetes son míos].
- ⁵ Sacks confesó su pasión por los helechos en la entrevista que le realizó Eduard Punset el 19 de enero de 2005.

Bibliografía

1. HILLESUM, E. 2007. *Una vida conmocionada: diario 1941-1943*. Barcelona-España: Antrophos.
2. MONTAIGNE, M. 2010. “De cómo filosofar es aprender a morir”. En: *Ensayos completos*, 5ª edición, 122-138. Madrid-España: Cátedra.
3. SACKS, O. 1997. “Nadar hasta morir”. *Nexos*, agosto, disponible en: <http://www.nexos.com.mx/?p=8456>.
4. SACKS, O. 2005, 19 de enero. Entrevistado por Punset, E., *Oliver Sacks o la complejidad de la mente*, capítulo 343, programa Redes. Madrid: RTVE.

Review

Reseña

Érick Pérez-Mora*

“I believe that it is a lot more difficult for me to digest the ideas of death, when I am healthy, than when I have fever” (Montaigne)

Sacks, Oliver. *Gratitude*. Anagrama, México, pp. 2016-61.

Montaigne wrote that having death present, constitutes by itself, an act to break free from her; the essay writer adds that “[...] imagining it before hand, assumes without a doubt, a great advantage” (Montaigne 2010, 130). As a physician as he was, Oliver Sacks had no problem with doing such exercise. Physicians are always close to death.¹ However, they not only imagine it, but they frequently meet her in their day-by-day lives: they fight it, and –in other cases– they try to comfort their patients, in order to cope with it in the best way.

In *Gratitude*, Sacks describes three passages of his life, in which he visualized his own death. The first one happened when he was practicing mountaineering, when he was forty-one years old; then, he turned to provide himself with first aid. He briefly describes this experience in the first essay of the book, which gives us a first signal of his closeness with chemistry right from his name: “Mercury”. Also in “Mercury”, the author transmits his uneasiness

* Women’s Hospital (Ministry of Health): UCIN, CEI-CONBIOÉTICA, CEPPI-SFP/er.mora.23@gmail.com.

Received on January 30, 2018. Accepted on February 12, 2019.

in face of the proximity of this eightieth birthday, because the physical deterioration has collected a toll and the loss –of people very close to him– is very much present. In third place, “Of my own life” is the text through which he shares his feelings when seeing death face to face (p.28). He wrote it after finding out that he had liver cancer, secondary to a metastasis generated by an ocular melanoma, which he had been diagnosed in 2005.

The author expresses that the three moments were accompanied by a retrospection on his life and, even more, for love for what had been lived. For that, he could place in the physician’s pen, what was written by Etty Hillesum: “I have come to terms with life” (Hillesum 2007, 118). There lies the reason of his last essay, where he discovers himself thinking about a deep-rooted Jewish tradition, despite of his separation from the religion since he was eighteen years old. I am referring to the Sabbath: *when you have the feeling that your job is done and that, with a clean conscience, you can rest (p. 61)*

Without planning that objective, Sacks gives us his clue to achieve a plentiful life, which would comfort us in face of the emotional distress of death: to have passions that we would enjoy until our last day.

Swimming was one of them. He practiced it since his father took him to have “contact with water before even to be one week old” (Sacks 1997). He kept doing it even after finding out about his metastasis, every day but more... slowly (p.41).

Since his first decade, *the elements of the periodic chart, “became my companions”* (p.38), he said. Then, he started to relate them with his anniversaries, *when he found out what the atomic numbers where* (p.17).

He also verifies that he was not mistaken by choosing medicine as a career, because he took the time *to visit patients* (p. 40) even after the embolization that was performed on him. Furthermore, his work as a physician helped him to overcome the personal crisis he endured in the 1960’s decade.

His beginnings in writing were linked to medicine; although, by means of the story telling about his patients at the Bronx hospital,

he discovered his vocation and he rendered himself to it *in body and soul, with full determination* (p.54). This book is the most tangible mirror image: he wrote, up until the closest days to his departure.

It is not a coincidence, to see in the photographs –together with the texts– Oliver Sacks swimming, reading and writing; as well as, a small gathering of objects on a table, that (I imagine) are part of the collection of chemical elements.

I don't know if he had the chance to die under the *celestial glares* (p. 37), as he wanted; but it comforts me to know that he was surrounded, *the same as when he was a little child, of metals and minerals, small insignia of eternity* (p.39).

The set of essays, which form this piece of work, were written and published in different dates; but the selection of the same, achieves a theme unity over the worries not exclusive of a physician, but by every men: death. It is not by chance that the first text that came to my mind when reading them was about how to philosophize *is to learn to die*, by Montaigne, the essayist of the human condition. I confirmed the relationship between the two works by going through the pages of *Gratitude*, where I learned that Sacks was accompanied by the teachings he discovered through the reading of David Hume, *one of my favorite philosophers* (p.28), he confessed.

At every moment, it was evident when reading, the prose that characterized Sacks. It flows, as a product –maybe– of his ability in the water; after all, many of his writings were thought while he was swimming.² Sensitivity has presence that it can only be the result of the strong relationships that he gathered. We perceive the references of an emphatic reader, as of the letters as well as of the facts.

For those who have not read Sacks yet, *Gratitude* is a brief approximation to his work and allows visualizing the intensity of his life.³ The book is an opportunity to get closer to the writing of whom Borges could have well called the greatest writer of all physicians,⁴ while for his constant readers, Oliver leaves in *Gratitude* an endearing farewell.

The man, whose favorite plants were rarely the ferns,⁵ would have had to share the two characteristics for which he had marveled with them:

Beauty “[...] are a simple form of life, but they have their own beauty, a very delicate beauty” (Sacks 2005), and the survival: “They are great survivors” (Sacks 2005).

The first one is reflected in his very fruitful life; the second one is a product of his work. I am very glad to be an accomplice in achieving such permanence, which was –at the same time– one of his wishes: *I only have the expectation to endure in the memory of friends, an of that some of my books can remain «speaking» to people after my death (p.20).*

Bibliography references

¹ In this, I would concur with you, by adding the military, Svetlana Alexiévich.

² His creative capacity under the water is described in “To swim until death”.

³ The deepest description of his life is in his book “*In Movement. A life*”, published in Spanish by Anagrama.

⁴ I am using the adjective with which Borges used grade Schopenhauer; in this case, as “the greatest writer of the philosophers” such opinions are found in *Autobiographical*, where moreover he adds that “If I would choose [me, Borges] to a single philosopher, I would choose him [Schopenhauer]” (p. 29) [The translation and the brackets are mine].

⁵ Sacks confessed his passion for the ferns in the interview made to him by Eduard Punset on January 19, 2005.

Bibliography

¹ HILLESUM, E. 2007. *A tumuoultous life: 1941-1943 diary*. Barcelona-España: An-trophos.

² MONTAIGNE, M. 2010. “How to philosophize is to learn to die”. In: *Complete Es-says*, 5th edition, 122-138. Madrid-España: Cátedra.

³ SACKS, O. 1997. “Swim until Death”. *Nexos*, August, available in: <http://www.nexos.com.mx/?p=8456>.

⁴ SACKS, O. 2005, January 19. Interviewed by Punset, E., *Oliver Sacks or the com-plexity of the mind*, chapter 343, program Networks. Madrid: RTVE.

Reseña

Review

José Enrique Gómez Álvarez*

Netzahualcoyotl, Cruz. *Bioética y donación altruista de órganos. Acier-
tos y problemas.* Editorial Fontamara. Observatorio Mexicano de
Bioética, México, 2014. 109 pp.

El libro, como apunta el propio título, aborda los límites del modelo altruista en la donación de órganos. Dicho de otro modo, «... el altruismo como único elemento regidor de los programas de donación, es una cuestión problemática» y «... el modelo de donación altruista en términos de equidad es desventajoso para la familia donante» (p. 17).

Para el logro de esos propósitos, la autora divide el tema en cuatro capítulos. El primero es la delimitación del problema (pp. 17-24). En él se plantea el carácter problemático de los trasplantes en el modelo de la total gratuidad sin ningún tipo de retribución por parte de los otros actores involucrados; es decir, la persona receptora y la institución de salud. En este capítulo se establece que entre los dos extremos de comercializar los órganos y el altruismo total, cabe una posición intermedia, que es recibir cierta retribución social y ética por la donación.

El capítulo segundo, «El altruismo como elemento regidor de la donación de órganos» (pp. 25- 43), se estudia, por una parte, el sig-

* Doctor en Filosofía por la Universidad de Navarra. Maestro en Gerontología Social. Profesor e investigador del CISAV. Contacto: jegomezalvarez@yahoo.com
Recibido el 30 de enero de 2019. Aceptado el 12 de febrero de 2019.

nificado e implicaciones del concepto de «altruismo» y, por otra, se presentan los resultados empíricos de un estudio de casos, en donde se muestran las complejas consecuencias en la familia cuando se realizan donaciones de personas vivas. El estudio empírico muestra muy bien las afectaciones psicológicas, costos económicos y sociales de ser donante. En particular, resalta la sensación de cosificación que perciben los sujetos involucrados al pasar por todo el protocolo que se centra en los aspectos clínicos básicamente. La autora no se queda sólo en el diagnóstico, sino que propone mejoras a ese proceso de donación, en donde se deba atender a los donadores con su nombre propio en todo el proceso, recibir atención psicológica, y absorber los gastos del proceso de donación entre otros. En conclusión: «atender la afeción emocional y paliar en lo posible la afeción económica –de los donadores- hace que toda una sociedad luche por evitar el consecuente impacto negativo en la cultura de donación que precariamente hemos logrado desarrollar» (p. 43).

En el siguiente capítulo, «Estudios cualitativos» (pp. 45-68), se estudian las consecuencias en las familias donantes del proceso de donación, pero ahora en donaciones cadavéricas. Se dio un seguimiento a seis familias donantes, de modo que se pudiera evaluar las implicaciones de la donación. El estudio demuestra que hay implicaciones psicológicas, económicas y sociales en los involucrados. Se dan implicaciones en el proceso de duelo debido a la dificultad de aceptar la muerte cerebral, y al mismo tiempo ver signos como la respiración o el latido cardíaco. Existen problemas entonces con el proceso del duelo y la aceptación de la donación.

Asimismo, el capítulo presenta otro estudio en población abierta acerca de la posibilidad de ser donadores. Se muestra que el hecho de descubrir que existen costos económicos en el mismo proceso de donación disminuye significativamente la posible aceptación de donar y tiene claras implicaciones éticas al no disponer de una información completa del proceso de la donación por lo que

es: «...una trasgresión al principio de autonomía, beneficencia y no maleficencia... El protocolo de donación cadavérica debería establecer como punto de corte, el momento en que se determina que el paciente tiene muerte encefálica. A partir de ese momento, todos los gastos derivados –por cualquier concepto– deben ser considerado parte del protocolo de donación de órganos» (p. 67).

El siguiente capítulo, «Donación cadavérica en reciprocidad» (pp. 69-102), se centra ya en la propuesta central de todo el trabajo. Examina así las implicaciones filosóficas, jurídicas, médicas y sociales de la retribución recíproca de la donación. Asimismo, la autora no desdeña los posibles riesgos de esta perspectiva, como pudiera ser el convertir la reciprocidad en una «forma soterrada de compra-venta de órganos» (p. 92), la reciprocidad altruista que se convierta en egoísmo al atender la familia donante sólo sus intereses. La posible corrupción del mecanismo para así obtener beneficios sociales es otro peligro. El capítulo cierra con las conclusiones generales del estudio presentado.

Entre las conclusiones resalto la siguiente que va a ser un *leitmotiv* de todo el libro: «la propuesta de una donación cadavérica que no se base únicamente en el altruismo, surge de la necesidad que vemos de reestructurar los aspectos que ya están presentando problemas en el modelo de donación cadavérica altruista. En particular el aspecto económico, porque consideramos que el hecho de que la familia donante llega incluso a absorber parte de los gastos derivados del protocolo de donación, se debe a la tergiversación que el concepto de altruismo ha sufrido; es decir, altruismo se iguala a gratuidad... La familia donante puede ser altruista, pero eso no significa que esté dispuesta a absorber gastos» (p. 99).

En suma, la autora demuestra bien la complejidad en los protocolos de donación y las implicaciones en los donantes que, a veces, pasan desapercibidos. La investigación presentada es equilibrada y aunque algunos temas, como el de la justicia distributiva, por ejemplo, podrían ampliarse, logra muy bien lo que se propone.

El libro es un buen ejemplo de que hacer bioética no implica necesariamente sofisticadas elucubraciones conceptuales. Tiene el enorme mérito de hablar con claridad, argumentar con precisión equilibrar lo conceptual con los datos empíricos.

Review

Reseña

José Enrique Gómez Álvarez*

Netzahualcoyotl, Cruz. *Bioethics and Altruistic donation of organs. Successes and Problems.* Editorial Fontamara. Observatorio Mexicano de Bioética, México, 2014. 109 pp.

The book, as the title itself aims at, addresses the limits of the altruistic model in the donation of organs. In other words that «... altruism as the sole regulating element of the donation programs, is a problematic issue» and «... that the altruistic donation model in terms of equality is a disadvantage for the donor family» (p.17).

For the achievement of these purposes, the author divides the topic in four chapters. The first one is the delimitation of the problem (pp. 17-24). In it, it is presented the problematic character of the transplants in the model of total gratuity, without any kind of retribution by the other actors involved, that is, the receptor person and the health institution. In the chapter, it is established that, between the two extremes of commercializing the organs, and total altruism, fits an intermediate position which is to receive certain social and ethic retribution, due to the donation.

In Chapter II. «Altruism as a regulating element of the organ donation» (pp.25-43) it is studied, on one part, the meaning and

* Ph.D. by The University of Navarra. Professor of Social Gerontology. Professor and Researcher at CISAV. Contact: jegomezalvarez@yahoo.com
Received on January 30, 2018. Accepted on February 12, 2019.

implications of the concept of «altruism», and on the other hand the empiric results are shown that a study of cases where the complex consequences in the family when living people make donations, is shown. The empiric study shows very well the psychological consequences, and the social ones, of being a donor. Particularly it is highlighted the sensation of reification that the involved subjects perceive by passing through all the protocol which is centered in the clinical aspects. The author does not stay only in the diagnostics, but proposes improvements in that donation process, where the donors must be attended and taken care with their own name, through the whole process, to receive psychological advice, and absorb the expenses of the whole donation process, among others. In summary: «To take care of the emotional affliction, and ease as much as possible the economical impact of the donors, makes that all the society should fight to avoid the consequential negative impact in the culture of donation, that scarcely we have achieved to develop» (p.43)

In the next chapter «Qualitative Studies» (pp. 45-68), the consequences in the donor families from the process of donation are studied, but now in corpse's donations. Six donor families were given a follow-up, in a way that the implications of the donation could be assessed. The study shows that there are psychological, economic and social implications in the involved people. Implications are given in the mourning process, due to the difficulty to accept brain death, and at the same time see signs as the breathing or the cardiac beat. Then, there exist problems with the mourning process and the donor acceptance.

Similarly, the chapter presents another study to the open population, about the possibility to be donors. It is shown that the fact of discovering that there exist economic costs in the donation process itself, diminishes significantly the possibility of donor acceptance, and has clear ethical implications, by not having available a complete information of the donation process, for what it is:»... a transgression to the principle of autonomy, of beneficency and

no-maleficiency... The protocol for corpse donation should establish as a cut-off point, the moment it is determined and declared that the patient has brain death. Beginning at that moment, all the expenses incurred for any concept whatsoever, must be considered as a part of the protocol of organ donation» (p.67).

The following chapter «Corpse donation in reciprocity» (pp.69-102), focuses now in the central proposal of the entire job. Reviews this way the philosophical, legal, medical and social implications of the reciprocal retribution of the donation. Similarly, the author does not spurn the possible risks of this perspective, as it could be to convert the reciprocity into a «buried form of purchase-sale of organs» (p.62), meaning that the altruistic reciprocity, would be converted in selfishness, by the donor family, in attending and taking care only, of their own interests. The possible corruption of the process or mechanism, in order to obtain in this way, social benefits, is another danger. The chapter ends with the general conclusions of the presented study.

Among the conclusions, I want to highlight the next one, which is going to become the *leitmotiv* of the whole book: «The proposal of a corpse donation that will not only be based on altruism, emerges from the necessity we see of restructuring all the aspects that are already presenting problems, in the altruistic corpse donation model. Specially the economic aspect, because we consider that the fact that the donor family, also has to absorb and cover part of the expenses derived from the donation protocol, and it is due to the misrepresentation and distortion which the concept of altruism has suffered, that is to say, altruism is equated with gratuity... The donor family can be altruistic, but that does not mean for them to be ready to cover expenses». (p.99).

In summary, the author shows well the complexity in the donation protocols, and the implications affecting the donors, which sometimes, go unnoticed. The research presented is balanced, and even though some topics, such as the distributive justice, for example, could be enhanced, she achieves what she wanted to aim at.

The book is a good example of doing Bioethics, which not necessarily implies the use of sophisticated conceptual lucubrations. It has the great merit of speaking with clarity, discuss with precision, and balance the concepts with the empirical data.

Criterios para los colaboradores de “Medicina y Ética”

1. La revista de *Medicina y Ética* es una revista especializada en el campo de la Bioética que está enfocada a la difusión académica entre los profesionales afines a las temáticas y discusiones actuales en este campo. En consecuencia, *Medicina y Ética* no acepta artículos de difusión, ni material que puede ser considerado propaganda de alguna corriente, institución o producto.
2. La revista no está circunscrita a una visión única de la Bioética, siempre que los artículos cumplan con rigor la metodología propia en la exposición de las ideas. De acuerdo con lo anterior, las opiniones y posiciones son de responsabilidad exclusiva del autor, y no reflejan necesariamente las posiciones de la Facultad de Bioética. El Consejo editorial no presupone, en ningún caso, que la instrucción de origen o de quien da actualmente empleo al autor, suscribe las posiciones de éste, vertidas en el artículo correspondiente.
3. El material deberá ser inédito; no obstante, se aceptarán ponencias o comunicaciones, o artículos publicados en otra fuente, siempre y cuando se señale claramente el lugar y fecha donde se expuso por primera vez la investigación; y si han sido publicados, se incluyan todos los datos de la revista en cuestión, así como el autor sea responsable de la aceptación de la otra revista para volverlo a publicar.
4. Se consideran tres tipos de publicaciones: artículos, notas y reseñas. Los artículos deben tener una extensión mínima de 15 cuartillas y máxima de 30. Éstos deben ser solamente monográficos. Las notas deben ser mayores de 7 páginas y menores de 15. La notas tienen un carácter de discusión propia del campo

científico; la discusión puede ser sobre artículos anteriores de la revista, siempre y cuando cumplan con la calidad académica señalada y no como una mera expresión de réplica por el afán polémico, sino a la altura del artículo que es motivo del comentario. Las reseñas deben tener una expresión mínima de una cuartilla y máxima de cinco. Las reseñas pueden ser tanto críticas como meramente expositivas.

5. Los artículos serán dictaminados por al menos dos académicos de competencia relevante en un plazo máximo de tres meses. Los nombres, tanto de dictaminadores como del autor, permanecerán en el anonimato. En el caso de respuesta negativa, el autor recibirá un dictamen con las opiniones de los dictaminadores. El autor podrá realizar las correcciones que considere pertinentes y volverlo a presentar, sin que *Medicina y Ética* se obligue a publicar el material. En cualquier caso, no se regresarán originales, si éstos fueran enviados impresos.
6. Los artículos publicados deberán escribirse de preferencia en español, aunque se aceptan en idioma inglés, de manera clara y concisa. El texto debe ir en Arial (12 pts.) a espacio y medio, papel tamaño carta. El material puede ser entregado en formato electrónico para PC, vía correo electrónico en Word. Nunca en PDF porque hay que hacer correcciones.
7. El artículo deberá tener el título. A continuación, el nombre del autor/es con asterisco, señalando su lugar de adscripción laboral (ningún otro dato curricular). El nombre del primer autor deberá ser quien más haya intervenido en la elaboración del artículo, no por cargos académicos o clínicos. Posteriormente, un resumen en español de aproximadamente 150 palabras, debajo del cual habrá de 3 a 5 palabras clave, no contenidas en el título.
8. El autor principal (con carácter obligatorio) y los coautores (con carácter opcional) deben obtener su DOI (identificador de

objetos digitales) para el artículo que vayan a publicar. Pueden tener información en la siguiente liga:

https://biblioteca.ugr.es/pages/busco_informacion/doi

El sitio Web de DOI es **<http://www.doi.org>**

Sólo en el caso de que no lo puedan realizar deberán notificarlo a la Coordinadora Editorial (**mtarasco@anahuac.mx**).

9. Las referencias de libros deberán realizarse en formato Vancouver . En el texto, deberán ser numéricas, y al final una lista con la bibliografía referida en el texto. En las referencias deberá indicarse el DOI del artículo referido. En pie de página sólo pueden ir notas del autor. Así, por ejemplo, un libro con un solo autor quedaría del siguiente modo:

Apellido y primera inicial del nombre. Título. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año y páginas consultadas.

Lucas, R. *Antropología y problemas bioéticos*. 1ª ed. Madrid: BAC; 2001.

Una lista con los lineamientos para distintos tipos de documentos se encuentra en:

http://biblioguias.uam.es/citar/estilo_vancouver

10. Los trabajos originales deberán ser enviados por vía electrónica **exclusivamente** a esta dirección:

Dra. Martha Tarasco Michel, Coordinadora Editorial

Facultad de Bioética

Universidad Anáhuac México

Email: mtarasco@anahuac.mx

Lineamientos éticos de la revista

1. **El plagio** es una conducta de mala práctica en investigación. No basta poner el nombre de un autor, para que se considere no plagiado. Deberá obtener ideas de la referencia bibliográfica. Pero no deberá escribir la misma información. Los artículos aportados serán verificados en un sistema anti plagio. Si a posteriori, algún lector, comunicara algún plagio encontrado, se verificará el mismo, y el artículo aparecerá solo con el título, como retractado.
2. La **autoría inexacta** es también una mala práctica. Deberá aparecer en primer lugar, quien haya trabajado más en la elaboración del artículo, y así sucesivamente. Poner el nombre de quien no ha escrito nada, es anti, ético. Si a posteriori, alguna persona comunicara este hecho a la revista, dicho autor no podrá volver a publicar en la misma.
3. Si el trabajo que se publica como artículo, hubiera recibido **Financiamiento**, es indispensable poner este dato después del (los) nombre(s) de los autores. En caso de no hacerlo, serán los autores los únicos responsables ante la entidad financiadora por omitir el dato. La revista *Medicina y Ética*, no será responsable de esto.
4. El **conflicto de Interés** NO es una mala práctica. Pero hay que decirlo: en el resumen y en el artículo. Por ejemplo, si una empresa produce algún fármaco que se analiza éticamente en el artículo, debe decirse que puede haber conflicto de interés ya que el autor ha recibido apoyo de cualquier índole, por parte de la empresa. Esto es para que los lectores puedan juzgar la objetividad del estudio.
5. La oficina de integridad en Investigación define también como mala conducta investigadora, la **fabricación de datos**, de resul-

tados, y el reporte de los mismos. En caso de que eso suceda, el artículo será retractado.

6. También es fraude, la **falsificación**, y la **fabricación** de datos. La fabricación de datos se refiere a que por ejemplo en una encuesta se cambien los datos de sujetos, o se dupliquen las encuestas con otros nombres. La falsificación de datos se refiere a omitir resultados no deseables, a modificar datos que no convienen en los resultados etc...
7. Puede consultar las siguientes ligas para evitar incurrir en estas malas prácticas:

https://grants.nih.gov/grants/research_integrity/research_misconduct.htm

<https://ori.hhs.gov/>

Criteria for publication in the Journal “Medicine and Ethics”

1. *Medicina y Ética (Medicine and Ethics)* is a journal that specializes in the field of Bioethics, focusing on the **academic dissemination in the context of Bioethics, Medical Ethics and fields related to Ethics applied to health issues**, among professionals familiar with prevailing topics and discussions in this field. Consequently, **this journal does not accept** documents **for diffusion**, or material that might be considered as **propaganda** for institutions, companies, people or others. The journal is not confined to a particular Bioethical standpoint, as long as the articles comply rigorously with its particular methodology for the presentation of ideas. The journal only agrees to revise and possibly publish original articles and reviews, product of scientific research.

2. In compliance with the statement above, **the expressed opinions are the exclusive responsibility of the author**, and do not necessarily reflect the standpoint of the Faculty of Bioethics or the *Universidad Anáhuac (Anáhuac University)*. In no instance will the **Editorial Board** assume that the Institution of origin or the one where the author works subscribes to the point of view stated by the latter in the corresponding article.
3. Any **material must be unpublished**, except for articles from the Italian journal *Medicina e Morale*, as mutually agreed. This Journal uses the anti-plagiarism software **Turnitin®**. All articles are reviewed using this software.
4. Two types of publications are considered: articles and reviews. **Articles** must have a minimum length of 15 pages and a maximum of 30. They should concern monographic topics. **Reviews** must have a minimum length of one page and a maximum of five. Reviews can be either critical or merely expository.
5. Articles should be clear and concise and submitted in either **Spanish** or **English**. The title must be written in English, followed by the title in Spanish in the same typography and size. They should be accompanied by a summary in Spanish and 5 to 6 keywords not included in the title. This should be followed by an abstract in English with the keywords below.
6. **Bibliographical references** should be numbered in the text, with a list at the end containing the bibliography referred to in the text. The DOI of the referred article must be indicated in the references. Footnotes may only contain the author's notes. References should be written in Vancouver format. A book written by a single author would thus appear as follows:

Last name and first initial of the name. Title. Edition. Place of publication: Publisher; year.
LUCAS, R. *Anthropology and bioethical problems*. 1st ed. Madrid: BAC; 2001.

A list of the guidelines for different types of documents can be found at:

http://biblioguias.uam.es/citar/estilo_vancouver

7. The text of the article should be written in **ARIAL 12** with 1.5 line spacing. The title should come first and below the name of the author with an asterisk (*) which will state in a footnote his/her job assignment (where he/she works), exclusively, and their e-mail. Next, the summary with keywords follows, at last the abstract with 5 or 6 keywords.
8. **Tables** and **Figures** should be clearly indicated in the text. The title should be in bold, including «Figure/Table» and the corresponding number; 1, 2, etc, and an indication of the source. If it is created solely by the author, it should say «Source: own elaboration».
9. After this, you must mention any conflict of interest with reference to financing, at a professional or personal level. Concerning financing, you must provide relevant data and the amount. If the article involved patients, it should include their informed consent and confidentiality. If the article concerns work with animals, it should indicate international guidelines for their treatment.
10. Original works must be sent electronically, **exclusively** to this address:

Dr. Martha Tarasco, Editorial Coordinator
Faculty of Bioethics
Universidad Anáhuac México
mtarasco@anahuac.mx

11. The articles will be **judged** by at least two academics with relevant competence on the subject, over a maximum three month

period. The names of reviewers and authors will remain anonymous during this process. The authors will receive the corresponding answer. In case of a **negative response**, authors could make the corrections they consider pertinent and re-submit, although *Medicina y Ética* will be in no way obligated to publish the material.

12. Accepted articles will be published in the media as *Universidad Anáhuac México* deems appropriate.
13. As it occurs with other journals, if the article does not comply with the format, it will be returned without comment.



Anáhuac
México

DOCTORADO EN **BIOÉTICA APLICADA**

Muchos de los problemas que se están viviendo en las sociedades del mundo tienen que ver con la conducta ética del ser humano. Cada vez toma mayor relevancia el estudio y la formación en ética y valores, pero en particular, todo aquel acto humano que tiene consecuencias en la vida y la salud de las personas, campo de estudio de la Bioética.

Dirigido a:

Profesionales con maestría en disciplinas de Filosofía, Bioética, Derecho o Ciencias de la Salud o en otra área profesional y experiencia laboral vinculada a la Bioética con aprobación de las autoridades universitarias. En caso de no provenir de alguna de las áreas mencionadas el alumno requerirá tomar algunos cursos propedéuticos.

Competencias Laborales que se desarrollarán

1. Identifica los problemas que la Bioética enfrenta.
2. Integra los conocimientos en las diversas áreas relacionadas con la Bioética.
3. Propone soluciones a problemas bioéticos, mediante modelos y metodologías de decisión centrados en la persona.
4. Colabora en equipos de trabajo, de forma interdisciplinaria para sintetizar el conocimiento vertido por diferentes áreas del saber, para alcanzar consensos en el ámbito de la Bioética.
5. Diseña metodologías de investigación innovadoras.

Modalidad y horario:

Semipresencial, 5 fines de semana por semestre, viernes de 18:00 a 21:00 hrs. y sábado de 8:00 a 14:00 hrs. Las demás semanas del semestre son para investigación, estudio y preparación de actividades de aprendizaje vinculadas al proyecto de tesis.

Duración:

6 semestres.

PLAN DE ESTUDIOS

Primer Semestre:

- Seminario de Antropología y Ética para la Bioética
- Seminario de Metodología de Investigación Documental
- Electiva 1

Segundo Semestre:

- Seminario de Inicio y Final de la Vida
- Seminario de Marco Teórico
- Electiva 2

Tercer Semestre:

- Seminario en Bioética Clínica y Consultoría
- Seminario de Derecho y Bioética
- Seminario de Protocolo de Tesis

Cuarto Semestre:

- Seminario de Bioética Ambiental
- Seminario de Argumentación en Bioética
- Seminario de Métodos de Investigación Científica en temas de Bioética

Quinto Semestre:

- Seminario de Investigación Avanzada I

Sexto Semestre:

- Seminario de Investigación Avanzada II

ÁREAS ACADÉMICAS



Inicio:

Agosto de 2019

Coordinación académica:

Dr. Felipe Vargas Mota
felipe.vargas@anahuac.mx

Facultad de
Bioética

INFORMES:
Centro de Atención de Posgrado y Educación Continua
Tels.: (55) 56 27 02 10 ext. 7100 y (55) 53 28 80 87
posgrado@anahuac.mx

anahuac.mx/mexico

Campus Norte

GRANDES LÍDERES

Y MEJORES PERSONAS

Posgrados
Anáhuac