

Conductas transgresoras en el ámbito académico*

Gerardo Campo-Cabal¹

Resumen

Introducción: Este artículo presenta un resumen histórico, desde la perspectiva ética, de la legislación nacional que regula el ejercicio médico en Colombia; el concepto de *código deontológico* y la mención del código psiquiátrico colombiano, y el compromiso local de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle con la conducta ética. **Desarrollo:** Se presenta la ética como una facultad innata original, como resultado de un desarrollo cognitivo y del aprendizaje, como manifestación de procesos biológicos subyacentes o como producto de la interacción de los diferentes modelos. El proceso de enseñanza-aprendizaje es una situación que convoca a un docente y a unos alumnos con el propósito de adquirir competencias que se espera que se expresen éticamente. Estudios empíricos han mostrado conductas transgresoras en docentes, estudiantes y administradores académicos alrededor del mundo, pero además los medios masivos difunden las cometidas por otros grupos sociales, como políticos, financieros, religiosos, investigadores, etc. **Conclusión:** Como estrategias de solución se propone aceptar que las transgresiones existen, conformar un comité que identifique unos principios para, posteriormente, adelantar acciones educativas y de seguimiento, sancionando cuando sea necesario. Se enuncia la propuesta de adopción de las estrategias de solución por parte de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle.

Palabras clave: Ética, educación, instituciones de enseñanza superior, deontología, plagio

Title: Transgressive Conducts in the Academic Environment

Abstract

Introduction: This article presents a historical review, from an ethic standpoint, of the national legislation that rules the practice of Medicine in Colombia; ity also refers to the *deontological code* and the Colombian psychiatric code as well as to the commitment of the Health Faculty of the Universidad del Valle regarding ethical conducts. **Development:** Ethics is introduced as an original innate faculty, resulting from cognitive development and learning while being also a manifestation of underlying biological processes or a result of the interaction of different models. The teaching-learning process is a situation in which teachers and students

* Con fundamento en el contenido de este artículo se realizó la ponencia "Tratamiento ético en las situaciones de enseñanza aprendizaje", en desarrollo de la Conferencia Internacional de Educación Médica Ascofame 2012, "El médico del siglo XXI", del 21 al 23 de marzo de 2012, en Bogotá, Colombia.

¹ Psiquiatra y Magister en Educación Médica. Profesor Titular y Jefe, Departamento de Psiquiatría, Universidad del Valle. Cali, Colombia.

get together in order to acquire competences that are to be ethically expressed. Empirical studies have shown transgressive forms of behavior in teachers, students and academic administrators throughout the world; in addition, the mass media expose transgressions committed by other social groups such as politicians, financiers, clergymen, researchers, etc. *Conclusions:* Firstly proposed as a problem-solving strategy is the acceptance of the very existence of transgressions, followed by the conformation of a committee aimed at principle-identification for, subsequently, undertaking educational and following-up actions, while administering sanctions when necessary. The proposal for adopting problem-solving strategies for the Faculty of Health of the Universidad del Valle is also presented.

Key words: Ethics, education, higher education institutions, ethical theory, plagiarism

Introducción

El estudio de la ética y de su relación con los procesos académicos ha girado, fundamentalmente, en torno a los eventuales perjuicios iatrogénicos ocasionados por prácticas docentes insuficientemente planeadas y estructuradas. Por otra parte, en relación con la asistencia se consideran temas tan particulares como el rechazo de los pacientes a acciones diagnósticas y terapéuticas, la intervención sobre procesos biológicos, etc. El presente ensayo se suma a una propuesta de acción para evitar y manejar las situaciones transgresoras más comunes en el ámbito académico. Para ello se aborda: el concepto de ética; la expresión en los códigos deontológicos y la

legislación nacional; las teorías del desarrollo ético en los individuos; el concepto de proceso de enseñanza-aprendizaje; las conductas transgresoras en los actores académicos, de manera prácticamente omnipresente en el mundo. Así mismo, se aborda la presencia de estas conductas en otros grupos sociales, no solo en el ámbito académico, para, finalmente, citar el plan de acción propuesto en el Reino Unido con el fin de evitar las conductas transgresoras, o, en su defecto, cómo intervenir sobre aquellas presentes.

Marco ético

Hace unos años Efraín Otero (2000), catedrático y exministro de Salud, describe de manera magistral el devenir histórico de las normas éticas. El *primum non nocere* (lo primero es no hacer daño) nace con el corpus hipocrático, hace más de 2300 años, y permanece prácticamente sin modificación hasta comienzos del siglo XIX, cuando se esbozan intentos por regular la experimentación en humanos y contar con el consentimiento por parte de los pacientes hacia las intervenciones a punto de realizarse.

A principios del siglo XX, Cardoza se convirtió en magistrado de la Suprema Corte en Estados Unidos y sentó jurisprudencia al defender y ganar la demanda de una mujer operada abusivamente en Nueva York sin siquiera informarle del procedimiento que se le practicaría. Pero

solo cuando se produce la indignación mundial ante los experimentos practicados por los médicos nazis (pacientes sometidos a cambios de presiones, a la hipotermia, a manipulaciones conductuales, o a los terribles estudios con gemelos, etc.) se hace la primera legislación universal al respecto, denominada Código de Núremberg, poco después acogido por la naciente Organización de las Naciones Unidas, en la Declaración de los Derechos Humanos. Declaración a la que adhieren rápidamente las asociaciones médicas, y deriva en 1964 en la Declaración de Helsinki, que regula la investigación en humanos, y la cual es actualizada desde entonces en varias ocasiones, para ajustarla a las demandas crecientes de la tecnología, y de las de organizaciones médicas, religiosas y de distinta índole (1). Finalmente, se firma en 2005 la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos, por la Unesco.

El Congreso Nacional de Colombia produce la Ley 23 de 1981, mediante la cual se establecen normas en materia de ética médica, con posteriores desarrollos en decretos reglamentarios y otras resoluciones ministeriales.

En la primera parte de las Disposiciones Generales de dicha ley se enuncian los principios que caracterizan la medicina como una profesión dedicada al cuidado del ser humano, al respeto de la vida; interesada en la búsqueda de conocimiento, pero anteponiendo los derechos de la

persona y de la ciencia; fundada en un compromiso responsable, leal y auténtico; que guarda la confidencialidad; que educa a la comunidad; que auxilia a la justicia; que reconoce al profesional médico el derecho a recibir remuneración por su trabajo; pero que también recalca cómo se espera del médico un comportamiento público y privado sujeto a los más altos preceptos de la moral universal. En la segunda está el juramento, aprobado por la Convención de Ginebra, de la Asociación Médica Mundial, con los ajustes definidos. En el siguiente capítulo se regula la práctica del profesional médico, considerando las características de la relación médico-paciente; las de la relación con los colegas; las de la prescripción médica, la historia clínica, el secreto profesional y algunas otras conductas; las de las relaciones con las instituciones, con la sociedad y con el Estado, lo cual incluye la obligatoriedad de la enseñanza de la ética médica en las facultades de medicina; las de cómo adelantar la publicidad de los servicios profesionales y el enunciado de derechos y deberes asociados a la producción intelectual del médico. Finalmente, la norma especifica los órganos de control y describe el proceso disciplinario y las sanciones ante la violación a las disposiciones contenidas en la Ley (2).

No está de más recordar el juramento aprobado por la Convención de Ginebra de la Asociación Médica Mundial, que sintetiza el comportamiento al que se compromete cada

nuevo profesional médico: consagrar su vida al servicio de la humanidad; tratar con respeto y gratitud a los maestros; transmitir los conocimientos médicos con apego a la ciencia y a la ética; ejercer con dignidad; comprometerse con la salud de los pacientes; mantener la confidencialidad; mantener el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica; considerar como hermanos a los colegas; hacer caso omiso de las diferencias de credos políticos y religiosos, de nacionalidad, de razas y de rangos sociales, y evitar que estas se interpongan entre los servicios profesionales y sus pacientes; y, ante todo, velar por el respeto de la vida humana (3).

La ética y la moral son importantes para cada profesión. La deontología es el conjunto de principios y normas que han de direccionar la conducta profesional. El código de ética y deontología constituye el conjunto de preceptos de carácter moral que aseguran una práctica honorable a todos y cada uno de los miembros de la profesión. Es imprescindible formular y aceptar libremente las normas éticas regulatorias. A pesar de que las obligaciones éticas básicas se han considerado esencialmente constantes, su cumplimiento puede variar según las necesidades, siempre cambiantes, de una sociedad compuesta por seres humanos libres. Surge, pues, la necesidad de precisar esas normas, y, también, la de contar con organismos que aseguren su cumplimiento y puedan, even-

tualmente, determinar sanciones en caso de faltas a dichas normas.

A manera de ejemplo, se puede citar el *Código Deontológico de la Asociación Colombiana de Psiquiatría*, de 2006, el cual sigue las directrices emanadas de la Asociación Psiquiátrica Mundial en Hawái (1977) y de posteriores revisiones en Viena en 1983, Madrid en 1996. Se busca contar con una norma que, como anota Gómez-Restrepo: “dará respuesta a muchos de los interrogantes que corrientemente nos planteamos y precisa otros temas ante los cuales es aconsejable tener derroteros y encuadres precisos” (4). En efecto, el citado código incluye directrices para el abordaje de situaciones como la eutanasia; además, proscribía explícitamente intervenir en torturas o en ejecuciones a muerte, además de seleccionar el sexo en el nonato, o las características psicológicas intervinientes en los actores involucrados en un trasplante de órganos, etc. (4,5).

La Facultad de Salud de la Universidad del Valle culminó en diciembre de 2011 el proceso de construcción de un Plan de Desarrollo 2012-2030. El plan contiene una serie de prioridades y de acciones para implementar durante los próximos años con el fin de dar cumplimiento a su ideario de ser una facultad centrada en lo humano, eficiente, idónea y con compromiso social. Afirmar que se propone ser una unidad académica centrada en lo humano significa que la carac-

terizará la promoción del trabajo en equipo de sus miembros, así como la tolerancia, el respeto por la diferencia y el actuar inteligente, racional, digno, ético y moral. En otras palabras, la Facultad de Salud hace un compromiso explícito y decidido con el actuar ético de sus miembros y de los procesos en los que participa (6).

El desarrollo ético

Durante siglos, los filósofos se preguntaron por el sentido de la moral, se plantearon si existía una facultad original innata para discernir entre el bien y el mal, o si, por el contrario, lo que se llama moral no es sino un conjunto de hábitos adquiridos. En el siglo XXI se pasa de comprender el desarrollo ético no como un proceso lineal y escalonado, como el propuesto por Piaget y Kohlberg, sino, más bien, a una comprensión integral de todos los procesos que aportan a su desarrollo. Hasta hace poco el desarrollo del juicio moral se consideraba íntimamente ligado al desarrollo cognitivo, lo que implicaba que este logro era un prerrequisito para poder alcanzarlo (7).

En Bioética, el enfoque *principalista* intenta resolver los problemas éticos basándose en el conocimiento de unos principios éticos universales que guían la actuación del médico: autonomía, beneficencia, justicia y no-maleficencia. El enfoque *casuístico* considera los casos individuales en sus circunstancias concretas, sin

recurrir a teorías éticas de carácter universal. Otro enfoque, el de la ética de la virtud, resalta la importancia de las cualidades y el carácter del médico para realizar una actuación correcta desde el punto de vista ético; esto es, procurar la salud del paciente. Y la ética narrativa, por su parte, plantea el diálogo con el paciente como el mejor modo de conocer las características particulares del caso, teniendo en cuenta “la unicidad de los problemas humanos” y acentuando la capacidad de empatizar con los pacientes, así como la habilidad para relacionar la situación con casos análogos.

El psiquiatra Álvaro Franco comparte en la *Revista Colombiana de Psiquiatría* una revisión de las principales teorías éticas derivadas de la bioética y de las psicologías sociales y evolucionistas, así como de la neuroética (nueva teoría aparecida en 2002), las organiza y las sistematiza en categorías que relacionan los diferentes modelos interpretativos, y halla que los diferentes modelos se complementan entre sí, más que antagonizar. Anota Franco que con el desarrollo de la imagenología se ha comprendido el papel trascendental de las emociones en la conducta moral y sus correlatos biológicos; o sea, *su fundamentación neurofisiológica*.

Los desarrollos de la neuroética han permitido comprender que, enfrentado el sujeto a un dilema ético, la activación cerebral comienza en el sistema límbico; y si el dilema lo involucra personalmente, puede

demorar (o hasta no presentarse) la activación cortical frontoparietal, incluso más que cuando la situación es impersonal.

Algo semejante a lo anterior se ha evidenciado mediante el estudio de la actividad metabólica por Haynes, en 2006, al observar que la activación basal y límbica se produce 7 segundos antes de la activación cortical; en otras palabras, “son las zonas del cerebro primitivas, como el sistema límbico, las que toman primero la decisión antes de cualquier proceso consciente, lo que elimina así la posibilidad de libertad”. Y concluye el mismo autor: “El razonamiento moral se basa en mecanismos neuronales, es contextual, sensible a la emoción y está orientado a la supervivencia; por esto no hay que buscar una ética universal con reglas absolutas, pero sí las particularidades. Ello invita a realizar investigación en nuestro medio, que nos permita observar de cerca el desarrollo moral y su íntima relación con la bioética” (8-10).

Características del proceso de enseñanza-aprendizaje

El proceso de enseñanza-aprendizaje es una interacción humana que involucra a un profesor, a un estudiante y, en general, a un grupo de aprendizaje enmarcado en una serie de dinámicas de interacción. Para un exitoso proceso de enseñanza-aprendizaje se requieren: los conocimientos, las actitudes y las destrezas que aporta el profesor;

los conocimientos y las experiencias que aporta el estudiante; las condiciones del contexto y la manera como influye positivamente en el proceso; y el tipo de interacciones que se produce entre el docente y los estudiantes (11):

- a. **El docente:** Ullian (1986) encuentra cuatro factores que caracterizan la docencia clínica de excelencia: el individuo como médico, profesor, supervisor y persona. El papel del docente clínico corresponde, así pues: a la sumatoria de su experticia como profesional de la medicina; a su competencia como profesor para escuchar, interrogar, estimular, etc.; a su función como supervisor, que permite demostrar procedimientos y posibilita la interacción con los pacientes, así como evaluar, etc.; y, muy especialmente, a su don como persona que se brinda a sí misma en calidad de apoyo y de colaboración que trasciende el ámbito académico (12). Todo lo anterior coincide con los planteamientos de Harden R. y Crosby J. (2000), quienes aportan 12 roles que caracterizan la excelencia docente y los sintetizan en 6 áreas de acción por el profesor de medicina: proveedor de información; modelo clínico y de conducta; facilitador; evaluador; planificador y diseñador de material instruccional; generador de

otros recursos de aprendizaje. Todas ellas son variables utilizadas por diferentes asociaciones médicas para identificar a profesionales destacados en su labor docente (13).

- b. **El estudiante:** De manera semejante a las diferencias halladas entre los docentes, los estudiantes vienen al proceso de enseñanza-aprendizaje con diferentes conocimientos y experiencias; con una óptica dinámica, es posible comprender que unos y otras producen estructuras psicológicas distintas y explican los diferentes tipos de aprendices: el estudiante adaptativo, el dependiente-ansioso, el silencioso, el elusivo y el independiente, entre otros.
- c. **Las condiciones del contexto:** Sobre ellas se puede tratar de influir, de manera que potencien positivamente el proceso de enseñanza-aprendizaje y permitan el desarrollo de las competencias buscadas, tales como: La rápida aplicación práctica de lo aprendido; aprender principios y conceptos, más que la mera memorización de hechos; involucrar al estudiante en la definición de los objetivos educacionales, e, incluso, en definir las estrategias de aprendizaje; disponer de continua retroalimentación (evaluación formativa) que le permita al docente corregir errores y consolidar los aciertos (13).

La enseñanza clínica junto o al pie de la cama merece especial mención. Para optimizar la enseñanza se recomienda usar las normas básicas de cortesía: presentar y explicar a los asistentes el propósito de la actividad; todo procedimiento debe ir precedido de la correspondiente explicación y considerando las circunstancias particulares de cada paciente; todo comentario que se haga se le explica al paciente, quien es incluido como un activo participante de la actividad; se debe evitar el lenguaje técnico, o cuando se lo use debe ser traducido y explicado; tras la ronda, el estudiante o el residente regresa junto al paciente y clarifica cualquier posible confusión. Sir William Osler, considerado el gestor de esta modalidad de enseñanza a principios del siglo XX, nunca se retiraba sin ofrecer una voz de aliento y de estímulo a sus pacientes.

El aprendizaje junto a la cama es determinado totalmente por lo que le ocurre al paciente, sin dejar de enfatizar que cada paciente es único; permite, por otra parte, demostrar y enseñar destrezas clínicas; posibilita la evaluación sumativa y formativa del estudiante; y, en un aspecto fundamental para esta conferencia, sirve para mostrar a los estudiantes cómo se ejerce en la práctica el respeto por la comodidad y dignidad del paciente (11-13).

Ya en 1941 Romano afirmaba: “la enseñanza durante la revista de sala, realizada con tacto y empatía no necesariamente es una expe-

riencia emocional traumática para el paciente, por el contrario puede contribuir a mejorar la comprensión de lo que le ocurre y a tranquilizarlo” (14); y en 1980 Linfors y Neelon afirman que alrededor del 95% de los pacientes perciben las rondas como una experiencia positiva. Además, un residente citado en el mismo estudio asegura: “nada más enriquecedor para un estudiante o residente que observar directamente a su profesor interactuar con el paciente de manera comprometida, empática, considerada, interesada y cuidadosa” (14).

Conductas transgresoras

Habiendo llegado a este punto se tiene claro que el proceso de enseñanza-aprendizaje en medicina involucra a dos actores: el profesor y el estudiante, por lo general adultos y con una identidad definida, si bien en un proceso complejo de construcción y de reordenamiento permanente, pero con rasgos de conducta persistentes a lo largo de la vida.

Para ambas partes existe un marco de referencia (los diferentes códigos deontológicos universales y los principios éticos universales históricamente aceptados: de no maleficencia, de beneficencia, de justicia y de respeto por la autonomía del paciente, con las dos reglas de confidencialidad y veracidad) sobre la conducta ética que deben desplegar tanto en el desarrollo de sus respectivos roles académicos como en sus respectivas interacciones con el paciente.

Tal marco de referencia debería, entonces, ser suficiente para esperar un proceder ético y moral en la interacción entre los actores mencionados y en la praxis médica, de manera que no se presentaran situaciones infortunadas como las que mencionan estudiantes de medicina de una universidad colombiana:

“Hay profesores y estudiantes que no creen en el evidente beneficio de aprender las destrezas clínicas con maniquís y otros simuladores y modelos previamente a la exposición del estudiante al paciente real; por ejemplo, se oyen al respecto afirmaciones del tipo: ‘¿Para qué invertir en un Harvey, si en el hospital hay cientos de Harveys acostados?’”.

“Sobre el respeto en las interacciones entre el estudiante, el profesor, el paciente, el colega y otros actores potencialmente involucrados, se deberían evitar expresiones y conductas que descalifican al otro, como, por ejemplo: ‘¿Para qué va a pedir interconsulta con ese? Eso y nada es lo mismo’; ‘¿Usted es que es bruto, que no entiende?’; ‘¡Pero, señor, usted cómo es de animal! ¿Por qué no consultó antes?’”.

“Se presenta abuso de posiciones de poder para lograr algún tipo de beneficio, como establecer relaciones íntimas con un subalterno, entre otros”.

“Se permite que las conductas médicas sean influidas por intereses distintos del beneficio del paciente; por ejemplo: intereses económicos, investigativos, administrativos, etc.,

o acciones como proceder a dar salida a pacientes que no cumplen las condiciones para ello; o abstenerse de ordenar las pruebas diagnósticas necesarias, u ordenar exámenes a un paciente moribundo, con el argumento de poder ‘documentar el caso’ para su posterior publicación”.

“Se observan conductas y procedimientos que lesionan al paciente, por influencias políticas, policiales o de otro origen; por ejemplo, realizar procedimientos quirúrgicos no indicados”.

“Hay conductas trasgresoras de la normatividad académica o de la apropiada praxis médica, como falsear o inventar información no investigada ni explorada”.

“Se da un trato inequitativo por razones económicas, raciales, estéticas, etc.; por ejemplo, ante una resistencia a permitir la valoración prostática por varios estudiantes: ‘¡No proteste, que este es un hospital universitario y para pobres!; si usted viene aquí es porque acepta colaborar con estos procedimientos’”.

“Se buscan beneficios personales a expensas del otro (del paciente, del estudiante, del docente, etc.) y por fuera de los contemplados en el contrato médico o de los esperados en la relación definida con propósitos académicos; por ejemplo, solicitar descuentos en el negocio del paciente, o cualquier otra clase de trato preferencial”.

Posiblemente, cabe afirmar que el comportamiento transgresor está presente en todos los sitios donde hay instituciones educativas:

Desde hace casi 50 años, cuando Bowers consideró centenares de instituciones y a miles de estudiantes norteamericanos, documentó conductas transgresoras en 3 de cada 4 alumnos, y sus hallazgos han sido replicados en múltiples estudios a través de los años, con, aproximadamente, un 70% de comportamiento tramposo (15). Hacer trampa por parte de los estudiantes (plagios, copiarse en los exámenes, colaboraciones no aprobadas con los compañeros, mentir sobre retrasos, etc.) es más la regla que la excepción (16-20).

Específicamente entre los estudiantes norteamericanos de medicina, se encuentra que admiten haber hecho trampas durante la secundaria (40,5%); pero con el avance del nivel académico solo un 5% de ellos, en promedio, lo admiten ya como estudiantes de las escuelas de medicina. Sin embargo, otros estudios realizados afirman que hasta el 58% de estudiantes de medicina han hecho trampa (21).

Un trabajo que ha generado reacciones acaloradas es un estudio de conductas transgresoras en la Escuela de Medicina de Dundee, en Escocia, donde el 2% de los 461 estudiantes de medicina que participaron admitieron haber copiado en al menos un examen, y hasta un 56% reconoció la copia literal de un texto; alrededor de un tercio admitió haber comentado sobre el OSCE (Objective Structure Clinical Examination), o haber reportado

como normal un examen neurológico no realizado, o prestar sus trabajos personales a otros, y hacer copia textual de apartes de documentos (22). Los autores de dicho estudio publicaron un nuevo artículo con base en los mismos datos, lo cual generó una carta desde Dundee, donde se rechazaban con vehemencia el señalamiento y el manto de corrupción que tales artículos arrojaban sobre las nuevas generaciones de estudiantes de esa universidad (23).

Un año después, en la mayor escuela de medicina de Croacia, el 94% de los encuestados entre 827 estudiantes describieron conductas inapropiadas (24). Ese mismo año, Gitanjali, en la India, va más allá y describe conductas transgresoras no solo en estudiantes, sino, también, en profesores y administradores, y sin que estos fueran conscientes de lo inadecuado de sus acciones (25). Entre los estudiantes de pregrado y de posgrado las faltas más comunes fueron: copiar durante los exámenes, adulterar historias clínicas, falsificar la firma del profesor y plagio. Entre los profesores lo fueron: “hacerse los que no ven” evitando actuar ante reportes de fraude o asignando caprichosamente calificaciones injustas por exceso o por defecto; humillar y descalificar a los alumnos; cambios y cancelaciones injustificados en las actividades de enseñanza-aprendizaje, etc. Entre los administradores lo fueron: adulterar resultados para aprobar a estudiantes o presionar a los profesores para que los “pasaran”,

o no tomar medidas contra alumnos sorprendidos haciendo trampa, etc.

Colombia no está exenta de una situación así, como lo comparte un grupo de estudiantes, quienes publicaron en 2006 una investigación realizada entre estudiantes de medicina de una universidad privada de Bogotá. En total, el 97,9% de los participantes estuvieron de acuerdo, en alguna medida, con las conductas transgresoras, pero, más preocupante aún, el 99,8% de los participantes admitió haber cometido alguna vez al menos una falta disciplinaria.

Las transgresiones disciplinarias incluyen algunas muy graves: el 27% de los estudiantes está de acuerdo con obtener una copia de un examen antes de presentarlo y 11% admiten haberlo hecho; o que pese a que sólo 27% está de acuerdo con copiar en un examen, 60% admite haberse copiado.

Al hacer trabajos académicos los estudiantes suelen recurrir a trampas: más del 65% admite copiar literalmente de libros o artículos publicados, prestarle su trabajo a otro para que se copie —87%, la transgresión más frecuente—, copiar trabajos de internet o presentar un trabajo con el nombre de compañeros que no hicieron parte.

En el ámbito asistencial, el 59% admite escribir un signo vital (la frecuencia cardiaca) en una historia clínica sin haberla tomado.

Aunque el 70% se muestra de acuerdo, en algún grado, con pagarle a algún compañero para que lo rem-

place en un turno, sólo el 11% lo ha hecho. La explicación puede estar en lo que escribió una estudiante, quien sin seguir las instrucciones hizo anotaciones en la encuesta, "... porque no tengo la plata".

El 6% de estudiantes que aprueba (así su respuesta haya sido que "desaprueba parcialmente") pagar para que le modifiquen una nota. Estos son sólo algunos ejemplos de resultados realmente alarmantes (26).

Estas conductas antiéticas no son exclusivas de los estudiantes. Cabe recordar, por ejemplo, en 1984, la manipulación de los datos de investigación por Robert Gallo y el personal de su laboratorio, lo cual derivó en la identificación del virus del VIH, en detrimento del grupo francés del Laboratorio Pasteur; o el caso, en 2001, de los investigadores alemanes mencionados por Gunther Eysenbach, de la University of Heidelberg, quien describe cómo prácticamente la totalidad de los 200 alumnos que rotaron con él durante un par de años admitían haber incurrido en transgresiones al realizar sus trabajos de tesis para el título de pregrado (27).

En el sector político las denuncias contra los jefes de gobierno alrededor del mundo incluyen acciones relacionadas con enriquecimiento ilícito, redes de prostitución, espionaje industrial, conformación de grupos paramilitares, narcotráfico, etc., o, incluso, con la comprobación de que incurrieron en actos de corrupción académica, lo cual llevó, por ejemplo, a la destitución de dos funcionarios

del alto gobierno alemán en 2011 (Silvana Koch-Mehrin, vicepresidente del Parlamento Europeo, egresada de Heidelberg, y Karl-Theodor zu Guttenberg, ministro de Defensa y egresado de la University of Bayreuth; ambos cometieron plagio en sus trabajos de tesis) y a la renuncia forzada del presidente alemán Christian Wulff, en febrero de 2012.

Lo anterior se suma a la publicación de actos deshonestos por parte de líderes religiosos de diferentes credos en Norteamérica, el Reino Unido, el Medio Oriente, etc.; los de los industriales y los grupos financieros más importantes del mundo, y, en general, los de todos los grupos sociales. Todo eso constituye un pésimo ejemplo para la mayoría de la población.

La organización Transparencia Internacional clasifica, con base en la Escala CPI (Corruption Perception Index Score), el nivel de corrupción de casi la totalidad de países del mundo. Somalia ha sido el país más corrupto sobre la faz de la Tierra durante 5 años seguidos, al permitir conductas como crear campamentos para refugiados de la oposición, conseguir donaciones para estas víctimas y luego robar dichas donaciones; esa es solo una de las conductas que justifican ubicar al país africano en tal posición (28).

Al correlacionar los resultados de Transparencia Internacional con los hallazgos de una interesante exploración, por llamarla de alguna manera, realizada por la popular revista *Selecciones del Reader's Digest*

en 2001. En medio del experimento, se abandonaron intencionalmente 1.100 billeteras en 110 ciudades del mundo; las 10 billeteras correspondientes a cada ciudad contenían, aproximadamente, US\$50 y datos que permitirían identificar a su dueño y proceder a su devolución, en caso de que así lo decidiera la persona que la encontrase. En promedio, en todo el mundo, el 44% de las billeteras no fueron devueltas. Hubo extremos, como el de los habitantes de los países escandinavos, que devolvieron la totalidad de las carteras (Noruega, Dinamarca), o casi todas, en países como Escocia, Finlandia y Nueva Zelanda; y en el otro extremo se situaron países como México, Italia o Suiza, con menos del 30% de las billeteras devueltas.

La correlación entre países percibidos como más corruptos por Transparencia Internacional encaja con los que menos billeteras devolvieron, y aquellos percibidos en la misma clasificación como los más limpios y honestos regresaron el 100% de las billeteras. Dentro de las justificaciones para haber actuado como lo hicieron quienes devolvieron las billeteras están haberlo aprendido en casa a través del ejemplo de sus figuras paternas, por las directrices propias de su credo religioso y por situarse a sí mismos en la situación hipotética de que podría ocurrirles algo semejante y desearían que les fuera devuelta su pertenencia.

Oscar Wilde afirmaba hace un siglo que *“Algo imposible de resistir es*

la tentación”, algo así como el dicho popular *“la ocasión hace al ladrón”*. Afortunadamente, sin embargo, esta exploración controvierte, al menos de forma parcial, dicha afirmación, pues en caso de perder la billetera en cualquier lugar del mundo existe la probabilidad de recuperarla 6 de 10 veces (29).

Propuestas de acciones de solución

Con base en los hallazgos obtenidos en todas las latitudes ha resultado inevitable buscar estrategias para afrontar la preocupante situación de transgresiones disciplinarias en el ámbito académico en general.

Un primer paso, como lo plantean los educadores de la India, y aun cuando parezca innecesario, es decidir si se acepta el hecho de que existen la trampa y las conductas no disciplinarias, o si, más bien, se prefiere negar la realidad y “dejar las cosas como están”, y actuar en consecuencia adoptando la postura “cómoda” de no hacer nada, y que permite evitar posibles repercusiones legales y de otro tipo (25).

Si, por el contrario, se decide actuar y tratar de modificar la realidad una opción es conformar un comité donde participen docentes, estudiantes y administradores de reconocido liderazgo en cada uno de los estamentos, para, conjuntamente, elaborar una Declaración de Principios. Principios que deben ser enunciados de la manera más concreta y clara posible. El siguiente

paso será procurar la más amplia difusión del documento, para garantizar que todo miembro de la comunidad académica lo conozca. La declaración debe incluir también las sanciones que acarreará el incumplimiento de las normas establecidas en ella.

En el Reino Unido y en Norteamérica se han creado comités de ética encargados de promover el comportamiento ético en todas las esferas académicas y de brindar información sobre la conducta esperada en los profesionales al realizar escritos científicos e investigaciones, al asistir a sus pacientes y en su relación con alumnos, colegas y pacientes. Esto incluye motivar a los estudiantes a ser honestos y confiables, pero va más allá, y mueve a estudiantes y docentes a informar a las instancias previamente definidas sobre las conductas deshonestas que se detecten.

Lamentablemente, incluso en países cuya legislación proscribe explícitamente la trampa dentro de la academia se observa renuencia a denunciar las conductas transgresoras; a veces esto se explica por las posibles reacciones violentas de los estudiantes; otras, por el estereotipo médico de esperar que los otros se comporten especialmente comprensivos y tolerantes, y otras, por evitar potenciales conflictos legales.

En otras palabras, se propone establecer un control externo lo suficientemente fuerte, capaz de persuadir a los individuos de no cometer acciones transgresoras.

Adicionalmente a lo anterior, se recomienda prestar especial atención al proceso de evaluación del aprendizaje; objetivizar la evaluación del desempeño clínico, incluyendo la observación de conductas éticas; no delegar en nadie distinto del profesor la responsabilidad de evaluar; y fomentar la exposición de discusiones en torno a temas éticos, tanto entre alumnos como entre profesores.

En el Reino Unido el General Medical Council (GMC) demanda de todos los graduados una conducta acorde con los principios éticos y legales definidos por ellos. Para tal fin es indispensable asignar el mismo peso y la misma importancia a la ética médica, la legislación y el profesionalismo en el currículo frente a áreas como las ciencias básicas o clínicas. Al hacerlo así se espera que el egresado no solo conozca los temas pertinentes, sino que, además, adquiera y exhiba un comportamiento ético y moral (30).

En octubre de 2005 la UNESCO adoptó la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos, la cual fue revisada e incorporada por consenso en las 32 escuelas médicas del Reino Unido, la cual enfatiza en los aspectos humanísticos y éticos de la profesión médica y brinda conocimientos básicos de legislación, filosofía y sociología, entre otros aspectos. Dichos contenidos éticos deben estar integrados a los otros contenidos básicos, clínicos y sociales del currículo; la enseñanza de la ética, la legislación y el profesionalismo debe ser

de la incumbencia de todo el grupo docente, y no solo del responsable asignado a la asignatura o al área, como reza la leyenda escrita en los separadores de libros impresos por la Escuela de Medicina de la Universidad del Valle: “Todos debemos ser PROFESORES DE ÉTICA. Escuela de Medicina-60 Años”.

El GMC enfatiza la importancia del *Role Model* y las infortunadas consecuencias de las actuaciones de algunos profesores, quienes, inadvertidamente, transmiten a los estudiantes que violentar las normas es la regla. Un profesor debe exhibir responsabilidad y ser consciente de la importancia de temas como: la confidencialidad; todo aquello que constituye acoso sexual y racial; favoritismo; la explotación del otro; el conflicto de intereses. Debe, así mismo, enfatizar que es fundamental el respeto por los estudiantes y por sus derechos. A través del trato respetuoso al estudiante durante la enseñanza también se le enseña cuál es la conducta apropiada de un docente (31).

Probablemente, es necesario adoptar la postura de “cero tolerancia” para con la humillación por parte de los profesores a los estudiantes, hecho explícito en el contrato laboral de los profesores, mediante canales confidenciales para el reporte de tal conducta que protejan de eventuales retaliaciones o repercusiones para el futuro profesional, y así permitir la toma de acciones correctivas.

Conclusión

Puede afirmarse que el proceso de enseñanza-aprendizaje permite la interacción de dos individuos: el estudiante y el docente; cada uno, con una historia de vivencias que, con base en los enunciados de los teóricos del desarrollo, como Freud, Erikson, Piaget y otros, definen al primero, la mayoría de las veces, como un adolescente tardío o un adulto joven, y al docente, como un individuo en algún momento de la adultez. Así, es posible asumir que se está frente a dos sujetos inteligentes, con pensamiento lógico y formal, con una identidad definida, y, entre otras características, con un sistema moral y ético apropiado, de manera que al ser informados de un código deontológico determinado, pueden comportarse según él y expresar conductas éticas y morales al enfrentarse a situaciones pedagógicas y asistenciales.

Información disponible alrededor del mundo indica que se presentan conductas transgresoras en diferente proporción dentro de las diversas culturas, y dentro de estas se hallan diferencias entre algunos de los países que la conforman.

Específicamente en el mundo académico, hay evidencias de conductas transgresoras por parte de los profesores en medio de su ejercicio docente, académico administrativo e investigador; entre los estudiantes las hay a la hora del cumplimiento de sus labores académicas, en la

realización de ensayos, en acciones de copia y al permitir ellos mismos que copien su trabajo, y en actividades propias del aprendizaje clínico, como falsear o adulterar información consignada en las historias clínicas, mentir para ocultar acciones indebidamente omitidas, etc.

Como acciones para abordar y disminuir la ocurrencia de dichas conductas inadecuadas se propone en las facultades de salud educar para evitar transgresiones por ignorancia, pero, además, con la expectativa de que dicho entrenamiento pueda contribuir al desarrollo de las conductas apropiadas esperables en el profesional médico, y sumado ello a un control externo eficiente y estricto que detecte las transgresiones y las sancione.

Adicionalmente, se propone seguir investigaciones que permitan comprender las variables intervinientes para la aparición del control autónomo de la conducta observada en países como los escandinavos, *vs.* otros países, donde solo el control heterónomo o externo parece ejercer alguna acción disuasiva entre los miembros de la comunidad, y así lograr las conductas esperadas (8).

Referencias

- Otero-Ruiz E. Acuerdos y normas nacionales e internacionales sobre ética médica y bioética. *Persona y bioética*. 2000;5:118-22.
- República de Colombia. Congreso de Colombia. Ley 23 de 1981. Por la cual se dictan normas en materia de ética médica. Bogotá: Imprenta Nacional; 1981.
- Asociación Médica Mundial (AMM). Juramento de ingreso y ejercicio de la profesión médica. Convención de Ginebra 1948. Estocolmo: AMM; 1994.
- Gómez-Restrepo C. La Asociación Colombiana de Psiquiatría, los principios éticos y el código deontológico. *Rev. Col. Psiq.* 2006;35:276-80.
- Asociación Colombiana de Psiquiatría (ACP). Principios éticos y código deontológico. Bogotá: ACP; 2008.
- Universidad del Valle (Univalle). Plan de desarrollo de la facultad de salud 2012-2030. Cali, Colombia: Univalle; 2012.
- Kohlberg L. The philosophy of moral development. Moral stages and the idea of justice. San Francisco: Harper & Row Pubs; 1981.
- Franco ZA. Teorías contemporáneas del desarrollo ético y su aplicación a la psiquiatría. *Rev. Colom. Psiq.* 2011;40:768-86.
- Greene JD, Sommerville RB, Nystrom LE, et al. An fMRI investigation of emotional engagement in moral judgment. *Science*. 2001;293:2105-8.
- Haynes J, Rees G. Decoding mental states from brain activity in humans. *Nat Rev Neurosci*. 2006;7:523-34.
- Schwenk T. CRLT Occasional Paper No. 1: Clinical Teaching. Michigan: University of Michigan, CRLT; 2011.
- Ullian JA. Medical student and resident perceptions of clinical teaching. *Healthcare Chapter News (National Society for Performance and Instruction)*; 1986;1: 4-5.
- Harden RM, Crosby JR. AMEE Education Guide No 20: The good teacher is more than a lecturer-the twelve roles of the teacher. *Medical Teacher* 2000;22:334-47.
- Mattern WD, Weinholz D, Friedman C. The attending physician as teacher. *N Engl J Med*. 1983;308:1129-32.
- Bowers W. Student dishonesty and its control in college. Bureau of Applied Social Research: Columbia University in New York: 1964.
- Cummings R, Maddux C, Harlow S, et al. Academic misconduct in undergraduate teacher education students

- and its relationship to their principled moral reasoning. J Instruct Psychol. 2002;29: s. p.
17. Lupton RA, Chapman KJ, Weiss JE. A cross-national exploration of business students attitudes, perceptions, and tendencies toward academic dishonesty. J Educ Bus. 2000;75:231-6.
 18. Hollinger R, Lanza-Kaduce L. Academic dishonesty and the perceived effectiveness of center measures: an empirical survey of cheating at a major public university. NASPA; 1996;33:292-306.
 19. Tang S, Zuo J. Profile of college examination cheaters. Coll Stud J. 1997;31:340-6.
 20. Thorpe MF, Pittenger DJ, Reed BD. Cheating the researcher: A study of the relation between personality measures and self-reported cheating. Coll Stud J. 1999;33:1-49.
 21. Baldwin DC Jr, Daugherty SR, Rowley BD, et al. Cheating in medical school: a survey of second-year students at 31 schools. Acad Med. 1996;71:267-73.
 22. Rennie SC, Crosby J. Are "tomorrow's doctors" honest? Questionnaire study exploring medical students' attitudes and reported behaviour on academic misconduct. BMJ. 2001;322:274.
 23. Rennie SC, Rudland JR. Differences in medical students' attitudes to academic misconduct and reported behaviour across the years-a questionnaire study. J Med Ethics. 2003;29:97-102.
 24. Hrabak M, Vujaklija A, Vodopivec I, et al. Academic misconduct among medical students in a postcommunist country. Medical Education. 2004;38:276-85.
 25. Gitanjali B. Academic dishonesty in Indian medical colleges . J Postgrad Med. 2004;50:281-4.
 26. Vengoechea J, Ruiz A, Moreno S. Estrés y conductas antidisciplinarias en estudiantes de una facultad de medicina de Bogotá. Revista Colombiana de Psiquiatría, 2006;35:340-51.
 27. Gunther E. Medical students see that academic misconduct is common BMJ. 2001;322:1307.
 28. Daniel F. Somalia tops most corrupt countries list for fifth year. Forbes Staff. 12/01/2011. Sec: Business.
 29. Felte E. Finders keepers. READER'S DIGEST. 2001;2: s. p.
 30. Stirrat GM, Johnston C, Gillon R, et al. Teaching and learning ethics. Medical ethics and law for doctors of tomorrow: the 1998 Consensus Statement updated. J Med Ethics. 2010;36:55-60.
 31. Lempp H. The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching. BMJ. 2004;329:770.

Conflictos de interés: El autor manifiesta que no tiene conflictos de interés en este artículo.

Recibido para evaluación: 8 de febrero de 2012

Aceptado para publicación: 18 de mayo de 2012

Correspondencia
Gerardo Campo-Cabal
Jefe del Departamento de Psiquiatría
Universidad del Valle
Calle 5ª No. 36-00
Cali, Colombia
gercampo@univalle.edu.co