



Universidad El Bosque

Significados sobre bioética que emergen entre
actores del currículo de medicina de la Universidad
de Antioquia

Elsa María Villegas Múnera

Universidad El Bosque

Bogotá, Colombia

2013

Significados sobre bioética que emergen entre actores del currículo de medicina de la Universidad de Antioquia

Elsa María Villegas Múnera

Tesis presentada como requisito para optar al título de
Doctorado en Bioética

Directora:

Ph.D en Ciencias Sociales, Constanza Ovalle Gómez

Línea de Investigación:

Bioética y Educación

Universidad El Bosque

Bogotá, Colombia

2013

A Fernando Emilio, Sara, Natalia y Carolina

Agradecimientos

Expreso mi agradecimiento al doctor Jaime Escobar Triana, director del Departamento de Bioética de la Universidad El Bosque y pionero de ese campo en Colombia, y a todos los profesores y compañeros de estudio que me aportaron su saber y su experiencia. A la directora de esta tesis, Constanza Ovalle Gómez, por su actitud asertiva y su sabiduría para darme la clave oportuna que me permitiera avanzar durante el proceso, y gracias al profesor Jairo Rodríguez, por sus valiosas orientaciones metodológicas. De Alexandra Martínez, recordaré su amabilidad y diligencia con las gestiones que este trabajo implica.

Mi gratitud es también con el doctor Luis Casabuenas Duarte y la profesora Eumelia Galeano, quienes siempre estuvieron atentos para apoyarme con su profundo saber y su amplia experiencia en distintas disciplinas humanísticas, y que tanto me fortalecieron con su acompañamiento.

A los profesores y los estudiantes de la Facultad de Medicina participantes en el estudio, en especial a aquellos que me aportaron ampliamente sus ideas y significados en las entrevistas y grupos focales. Al Decano de la Facultad de Medicina, Elmer Gaviria Rivera, quien me apoyó como directivo de esa institución en mis estudios de doctorado, y a la Vicerrectoría de Docencia de la Universidad de Antioquia por su ayuda cuando la solicité. También, al ingeniero Juan Esteban Muñoz quien me colaboró con la configuración electrónica del texto de forma tan desinteresada y colaborativa.

Un profundo agradecimiento con mi esposo y mis hijas, siempre respetuosos y comprensivos con la dedicación que exige este trabajo.

Resumen

Esta investigación hecha en la Universidad de Antioquia en Medellín, Colombia, buscaba relacionar los significados sobre bioética, producidos por actores institucionales del currículo de medicina, con la orientación pedagógica, utilizando un enfoque comprensivo. Se hizo una triangulación entre una encuesta representativa de los estudiantes, entrevistas y grupos focales con estudiantes y profesores, y un análisis de contenidos de los documentos sobre la orientación pedagógica del currículo investigado.

Aunque hasta ahora muchas transformaciones curriculares en medicina se habían enfocado en cambiar la comprensión del estudiante como sujeto activo de su propio aprendizaje, en nuestros hallazgos quedó definida la tríada paciente, estudiante y profesor como fundamento de un currículo médico. Por lo tanto, consideramos que se requiere incluir la visión del paciente, proyectada a las familias y las comunidades, visión hasta ahora relegada en su capacidad de agenciar decisiones, y en su aporte a la relación con el docente y el estudiante.

Además, se necesita la integración bioética al currículo para que se ocupe del impacto de la tecnociencia en la vida de las personas, en los dilemas que se generan, y fortalezca los valores y principios en la relación con los pacientes, las familias, las comunidades y la naturaleza. Lo anterior implica profundizar en la ética cívica, para que los procesos formativos puedan incidir en transformaciones sociales que se inspiren en el principio de la justicia.

Palabras clave: bioética, currículum, significados, relación médico paciente, valores, políticas públicas

Abstract

Meanings about bioethics that arise among actors from the medicine curriculum of University of Antioquia.

This research, made in the University of Antioquia in Medellin, Colombia, aimed to relate the meanings about bioethics produced by institutional actors from the medicine curriculum with the pedagogic orientation, using a comprehensive approach. It was made a triangulation between a representative survey from the students, interviews and focus groups with students and professors, and an analysis of the contents in documents about the pedagogic orientation of the curriculum researched.

Although up to now, several curricular transformations in medicine had approached the student as an active subject of her own learning, in our findings the triad patient, student, and professor was defined as the basis of the medical curriculum. For, up to the date, the patient was disregarded in her capability of making decisions and in her contribution to the relationship with the teacher and the student. Therefore, we consider that it is required an inclusion of the patient's view projected to the families and communities.

On the other hand, the integration of bioethics in the curriculum is required in order to deal with the impact of the technoscience in the life of persons, families, communities, and nature. This implies a deepening in the civics ethics, so that the educational processes have an influence on the social transformations inspired on the principle of Justice.

Key words: bioethics, curriculum, meanings, physician-patient relationship, values, public politics.

Contenido

Resumen	V
Lista de tablas	X
Introducción	1
1. Una mirada desde la bioética al currículo de medicina de la Universidad de Antioquia.....	9
1.1 Metodología.....	13
1.2 Resultados y discusión	15
1.2.2 La bioética en la Relación Médico Paciente: fundamento curricular necesario en la formación médica actual.....	36
1.2.3 Las Políticas Públicas en Salud en un currículo de medicina: una mirada bioética desde el principio de justicia, los usuarios de los servicios de salud, el deterioro de la Relación Médico Paciente y los cambios en la práctica médica	43
1.2.4 Los valores son aspectos fundamentales de los propósitos de formación que no logran entrelazarse con la bioética.....	50
1.3 Conclusiones sobre la caracterización del currículo de medicina de la U de A desde la bioética.....	59
2. Significados sobre bioética que producen los actores del currículo de medicina de la Universidad de Antioquia.....	61
2.1 Metodología.....	62
2.2 Resultados	69
2.2.1. La bioética en el currículo de medicina: un cambio necesario que inicia.....	69
2.2.2 La Relación Médico Paciente: eje central de la medicina, poco cultivado en la formación ..	98
2.2.3 De la Relación Médico Paciente a la relación Paciente, Estudiante y Profesor en la educación médica.....	108
2.2.4 Dilemas bioéticos: una duda constante en la vida cotidiana, especialmente sobre la legislación, pero también relacionada con la calidad de vida.	115
2.2.5 La formación de valores debe ser permanente.....	122
2.2.6 Las Políticas Públicas en Salud como fuente de construcción y reformulación del mundo.....	137
2.3 Conclusiones sobre los significados que producen los actores del currículo de medicina de la Universidad de Antioquia	143

3. Encuentros y desencuentros entre los significados sobre bioética que expresan estudiantes, profesores y directivas y la orientación pedagógica del currículo de medicina de la Universidad de Antioquia	144
4. Lineamientos curriculares para la formación en bioética de los estudiantes de Medicina	157
5. Bibliografía	177
A. Anexo 1. Consentimiento Informado.....	186
B. Anexo 2. Encuesta a los estudiantes	189
C. Anexo 3.....	192
Guía general de entrevista a los estudiantes.....	192
D. Anexo 4.....	193
Guía general de entrevista a los profesores	193
E. Anexo 5.....	194
Guía de discusión en los grupos focales	194

Lista de tablas

Tabla 1.1 Definiciones de las categorías en los ejes temáticos preliminares.....	15
Tabla 1.2 Plan de estudios de Medicina, Universidad de Antioquia	23
Tabla 1.2 Continuación. Plan de estudios de Medicina, Universidad de Antioquia	24
Tabla 1.3 Contenidos curriculares en ética y bioética en el currículo de medicina de la Universidad de Antioquia en 2004.....	25
Tabla 1.4 Plan de estudio de bioética en el currículo de medicina de la Universidad de Antioquia. Junio de 2012	26
Tabla 1.5 Contenidos sobre el ambiente relacionados con bioética en el plan de estudios de medicina de la Universidad de Antioquia, junio de 2012.....	27
Tabla 1.6 Contenidos sobre políticas públicas en salud relacionados con bioética en el plan de estudios de medicina de la Universidad de Antioquia. Junio de 2012.	28
Tabla 2.1 Características de edad y años de experiencia docente de los profesores participantes en el estudio	62
Tabla 2.2 Definiciones de las Categorías en los Ejes Temáticos Preliminares	67
Tabla 2.3 Distribución por edad según género y semestre (n=308) de los estudiantes de medicina de la Universidad de Antioquia encuestados	67
Tabla 2.4 Distribución de la muestra seleccionada en los tres niveles de formación del programa de Medicina.	68
Tabla 2.5 Distribución por edad según género y nivel de formación (n=308) de los estudiantes de medicina de la Universidad de Antioquia encuestados.....	68
Tabla 2.6 Distribución por lugar de procedencia de los estudiantes de medicina de la Universidad de Antioquia encuestados.....	69
Tabla 2.7 Distribución de respuestas a ¿Qué significa para usted la bioética?	70
Tabla 2.8 Distribución del puntaje de importancia que los estudiantes de la U de A otorgan a la bioética en su formación.....	72
Tabla 2.9 Distribución de las razones de los estudiantes de medicina sobre la importancia de la bioética en la formación (n=296).....	73
Tabla 2.10: Distribución de respuestas a la pregunta ¿Durante el transcurso de su formación ha tenido la oportunidad de revisar contenidos sobre la bioética?	79
Tabla 2.11 Distribución de respuestas de la pregunta ¿Durante el transcurso de su formación ha tenido la oportunidad de revisar contenidos sobre la bioética? por nivel de formación.....	80
Tabla 2.12: Distribución de respuestas a ¿Le parece necesario que la bioética esté incluida en el currículo o usted considera que debe ser un tema opcional para aquellos que elijan estudiar ese campo?.....	81
Tabla 2.13 Categorías encontradas en las respuestas a la pregunta ¿Qué temas cree que son significativos en relación con la bioética y la formación del profesional de la medicina?	87
Tabla 2.14 Distribución de los temas bioéticos primeros en importancia según categorías encontradas (n=290).....	87
Tabla 2.15 Asignación de puntajes según importancia atribuida por los estudiantes a los temas relacionados con bioética en su formación.....	88
Tabla 2.16 Distribución de respuestas, según categorías encontradas, a la pregunta: ¿Hay algo que usted quisiera expresar en relación con la formación en bioética en el currículo de medicina que adelanta.....	94
Tabla 2.17 Distribución de respuestas de la pregunta ¿Qué aspectos éticos le han inquietado en su proceso de formación?.....	110
Tabla 2.18 Valores encontrados en las respuestas de la pregunta ¿Cuáles valores cree usted que son significativos en los procesos formativos de los estudiantes de medicina?.....	127

Tabla 2.19 Asignación de puntajes según importancia de los valores por los estudiantes de medicina de la U de A.....	128
Tabla 2.20 Distribución de las respuestas de los estudiantes sobre el grado de importancia que otorgan a la revisión de las políticas públicas en salud durante su formación (n=320).....	138
Tabla 2.21 Distribución de las respuestas de los estudiantes a la pregunta ¿Cuáles aspectos de las políticas públicas considera que se deben contemplar en un currículo de medicina?.....	138
Tabla 4.1. Propuesta para un plan de estudios de bioética en el currículo de medicina a partir de los módulos propuestos por la Unesco	173
Tabla 4.2 Propuesta de capacidades formativas para los problemas bioéticos en la formación médica	174

Lista de abreviaturas

Abreviatura	Término
ABP	Aprendizaje Basado en Problemas
APS	Atención Primaria en Salud
AMM	Asociación Médica Mundial
ECOE	Ejercicio Clínico Observado y Estructurado
OP	Orientación Pedagógica
PPS	Políticas Públicas en Salud
PP	Políticas Públicas
RMP	Relación Médico Paciente
RPEP	Relación Paciente Estudiante Profesor
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
U de A	Universidad de Antioquia

Introducción

La fortaleza de la bioética está en que recoge inquietudes y necesidades de una época cada vez más tecnificada¹, materializada e individualista. Este campo, que contiene saberes, epistemologías y prácticas, se ha integrado en las comunidades académicas con la fuerza que tiene el interrogarse por los seres humanos, en sus relaciones y en su vinculación con el entorno. Esas interacciones han venido siendo mediadas cada vez más por la tecnociencia, sin que se haya superado, sino más bien ampliado y profundizado, el abismo de las desigualdades sociales que son sistemáticas, modificables e injustas², y que además han perturbado el ambiente en que viven los humanos y otros seres que comparten el contexto natural que los rodea.

Las instituciones formadoras llamadas a ser transformadoras por ser agencias de la educación, en muchas ocasiones lo que hacen es reproducir lo existente, sin lograr generar los cambios necesarios para que las sociedades puedan realmente vivir mejor. El avance y el bienestar colectivos tienen un sentido de desarrollo moral y ético, que el llamado progreso económico y financiero parece contrariar en muchas ocasiones. En relación con ello, la bioética se propone interrogar y transformar el sentido de la proyección tecnocientífica que genera un nuevo contexto de emociones y formas de vida novedosos que, aunque pueden aportar a la calidad de vida, también pueden fomentar el dolor, el sufrimiento, el sinsentido y la exclusión.

El abuso y la crueldad en investigaciones con seres humanos y animales, el movimiento de emancipación de los pacientes y las implicaciones contradictorias del desarrollo tecnocientífico llevaron a configurar ese campo de la bioética en los años finales de la década de los sesenta y comienzos de los setenta³. Pronto se expandió en el ámbito internacional con gran capacidad para la organización de múltiples organismos internacionales, nacionales y locales, que buscaban responder a interrogantes complejos sobre la incidencia de la tecnociencia en la vida⁴.

¹ HOTTOIS, G. *El paradigma bioético. Una ética para la tecnociencia*. Barcelona: Anthropos, 1991. p.54.

²M. DAHLGREN, G. *Conceptos y principios de la lucha contra las desigualdades sociales en salud: Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población- Parte 1* [en línea] Centro Colaborador de la OMS para la Investigación Política de los Determinantes Sociales de la Salud, Universidad de Liverpool. Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010. [Fecha de consulta: 1o de septiembre de 2012]. Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/salud-publica-y-atencion-primaria-de-salud/otros-recursos-1/lecturas/bloque-ii/Desigualdades%20sociales%20Europa%201.pdf>

³Así lo señalan Callahan y Jennings según lo refiere FERRER, Marcela. Equidad y justicia en salud. Implicaciones para la bioética [en línea]. *Acta Bioethica*. 2003, **IX** (1), 115. [Fecha de consulta: 30 de agosto de 2012]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2003000100011&script=sci_arttext

⁴ HOTTOIS, G. *¿Qué es la Bioética?*, Trad. Por Chantal Aristizabal, Bogotá: Universidad El Bosque, 2007. p.18.

Las universidades han empezado a desarrollar experiencias de formación en ese campo, especialmente con los estudiantes en las profesiones del área de la salud, aunque estas experiencias podrían extenderse a la formación profesional en general. Se describen diversas modalidades en los estudios que han indagado sobre la inserción de la bioética en los planes de estudio, como las que la concentran en los primeros años, con pocas horas en la práctica clínica⁵. Por otra parte, una revisión de los currículos de ética médica en Estados Unidos, y algunos del Reino Unido y Canadá, sugiere que una proporción sustancial de estos incluyen dichos contenidos en otro curso, como por ejemplo en los de introducción en medicina clínica⁶. Otras posturas⁷ proponen integrar la bioética al aprendizaje con un enfoque en la ética civil y en la clínica, en distintos componentes curriculares, que incluyen la comunicación con el paciente y su familia. También se describe que la bioética participa en los planes de estudio en cursos específicos o de manera transversal en programas de medicina⁸. Por otra parte, se ha señalado que hay cierto consenso en la literatura sobre la integración vertical y horizontal que debe tener la formación ética, entendida como un proceso durante la educación médica, tanto en el período preclínico como en el clínico⁹.

Otras investigaciones desarrolladas en relación con la bioética y los currículos de educación en el área de la salud, se han enfocado en aspectos como las didácticas¹⁰, la evaluación de diversas intervenciones educativas¹¹, la validación de instrumentos sobre el desarrollo moral¹², los conocimientos en bioética de los estudiantes¹³ y las inquietudes éticas y los dilemas que experimentan durante su formación¹⁴.

⁵ PERSAD, Govind C., ELDER, Linden, SEDIG, Laura, FLORES, Leonardo, EMANUEL, Ezekiel J. The Current State of Medical School Education in Bioethics, Health Law and Health Economics. *Journal of law, medicine & ethics*. 2008, **36** (1), 89-94.

⁶ ECKLES, R.E., MESLIN, E.M., GAFFNEY, M., HELFT, P. Medical Ethics Education: Where Are We? Where Should We Be Going? A Review. *Academic Medicine*. 2005, **80** (12), 1145.

⁷ COUCEIRO, Azucena. Aprendizaje práctico de la bioética en el pregrado: objetivos, herramientas docentes y metodología. *Educ Med*. 2012, **15** (2), 79-87.

⁸ VIDAL, Susana María (editora) *La educación en bioética en América Latina y el Caribe: experiencias realizadas y desafíos futuros* [en línea]. Montevideo: UNESCO, 2012 [fecha de consulta: 9 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://www.unesco.org/uy/shs/fileadmin/shs/2012/EducacionBioeticaALC-web.pdf>

⁹ ECKLES, R.E., MESLIN, E.M., GAFFNEY, M., HELFT, P. *Op. cit.*, p. 1148.

¹⁰ ROBB, A., ETCHHELLS, E., CUSIMANO, M., COHEN, R., SINGER P., MCKNEALLY, M. A randomized trial of teaching bioethics to surgical residents. *The American Journal of Surgery*. 2005, **189**(4), 453-457

WEISS ROBERTS, L., WARNER, TD., GREEN HAMMOND, KA, BRODY, JL, KAMINSKY, A, ROBERTS, B. Teaching Medical Students to Discern Ethical Problems in Human Clinical Research Studies. *Academic Medicine*. 2005, **80** (10), 925 – 930.

¹¹ WEISS ROBERTS, L., WARNER, TD, GREEN HAMMOND, KA, BRODY; JL, KAMINSKY, A, ROBERTS, B. *Ibid.*, pp. 925 – 930.

¹² BORE, Miles *et al.* Selection of medical students according to their moral orientation. *Medical Education*. 2005, **39**(3), 266–275.

¹³ BUENDÍA LÓPEZ, Ana Laura, ALVAREZ DE LA CADENA SANDOVAL, Carolina. Nivel de conocimiento de la Bioética en carreras de odontología de dos universidades de América Latina [en línea]. *Acta Bioethica*. 2006, **12**(1), 41–47. [Fecha de consulta: 31 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v12n1/art06.pdf>

¹⁴ CALDICOTT, Catherine V. y FABER-LANGENDOEN, Kathy. Deception, discrimination, and fear of reprisal: lessons in ethics from third-year medical students. *Academic Medicine*. 2005, **80** (9), 866–873.

KELLY, Emily y NISKER, Jeff. Increasing bioethics education in preclinical medical curricula: what ethical dilemmas do clinical clerks experience? *Academic Medicine*. 2009, **84** (4), 498–504.

HICKS, Lisa *et al.* Understanding the clinical dilemmas that shape medical students' ethical development: questionnaire survey and focus group study [en línea]. *BMJ*. 2001, **322**, 709–710 [Fecha de consulta: 16 de agosto de 2009]. Disponible en: <http://www.bmj.com/cgi/content/short/322/7288/709>

CORDINGLEY, Lis *et al.* Undergraduate medical students' exposure to clinical ethics: a challenge to the development of professional behaviours? *Medical Education*. 2007, **41**, 1202–1209.

ROBERTS, Laura Weiss *et al.* Becoming a good doctor: perceived need for ethics training focused on practical and professional development topics. *Acad Psychiatry*. 2005, **29** (3), 301–309.

También hay investigaciones sobre las características de los docentes encargados de contenidos en ética y bioética, y la forma en que los educadores en bioética enfrentan los desacuerdos éticos en el aula de las universidades¹⁵. Sobre estos aspectos se encontraron estudios publicados en Norteamérica, Latinoamérica, Europa y Asia.

Sobre las didácticas, hay consenso en que los grupos pequeños son muy favorables en los procesos pedagógicos en bioética, en especial si se extienden al período formativo de la práctica clínica¹⁶. Las publicaciones en el área también resaltan estrategias¹⁷ como el cine foro, el análisis de caso, las sesiones de discusión periódicas para discutir temas clave, el Aprendizaje Basado en Problemas, las narrativas¹⁸ y aquellas que propician la deliberación¹⁹.

Los estudios muestran resultados relacionados con las inquietudes éticas y los dilemas de los estudiantes de medicina en New York University²⁰, The Schulich School of Medicine & Dentistry y The University of Western Ontario²¹ orientadas a la atención del paciente. Otros referidos en un estudio en la Universidad de Toronto aluden a las tensiones entre las prioridades de la educación médica y las del cuidado del paciente. También identifican “las responsabilidades que superan las capacidades del estudiante y relaciones con los pacientes a quienes se perciben de calidad inferior”²².

Se encontraron estudios sobre la evaluación de resultados y de impacto de la enseñanza. Así, en la Universidad de Glasgow, se han hecho por lo menos dos en esta línea²³. Una de estas investigaciones sugiere que el primer año de formación profesional es el de mayor impacto en el comportamiento potencial de los estudiantes frente a los dilemas²⁴. Además, se destaca la necesidad de las evaluaciones formales sobre ética²⁵.

Las investigaciones orientadas a los estudiantes, con frecuencia recogen como fuente las narrativas de éstos en las evaluaciones de ética y bioética durante el proceso formativo y con su consentimiento informado. Estudios hechos en New York University²⁶ y The Schulich School of Medicine & Dentistry y The University of Western Ontario²⁷ mostraron que las inquietudes de los estudiantes se relacionan con aspectos de la atención al paciente, las mentiras, las discriminaciones, y otras

¹⁵ ITAI, K., ASAI, A., TSUCHIYA, Y., ONISHI, M., KOSUGI, S. How do bioethics teachers in Japan cope with ethical disagreement among healthcare university students in the classroom? A survey on educators in charge. *J Med Ethics*. 2006, **32** (5), 303–308.

¹⁶ ORKIN LEWIN L., LANKEN P. N. Longitudinal Small-group Learning During. *Fam Med*. 2004, **36**, S83-S88.

¹⁷ ECKLES, Rachael *et al. Op. cit.*, pp.1143 – 1152.

¹⁸ BORIS JULIAN PINTO BUSTAMANTE. Bioética narrativa y relación médico-paciente en los ámbitos formativos en medicina. En: Memorias del Tercer Congreso Internacional de LA REDBIOETICA UNESCO para América Latina y El Caribe. Bogotá: Ediciones Universidad El Bosque, 2010. pp.665 – 676.

¹⁹ ROBB, Anja *et al. Op. cit.*, pp. 453-457 .

²⁰ CALDICOTT, Catherine V. y FABER-LANGENDOEN, Kathy. *Op. cit.* pp. 866–873.

²¹ KELLY, Emily y NISKER, Jeff. *Op. cit.*, pp. 498–504

²² HICKS, Lisa *et al. Op. cit.*, p.709.

²³ GOLDIE J. SCHWARTZ L. MORRISON, J. A process evaluation of medical ethics education in the first year of a new medical curriculum. *Medicinal Education*. 2000, **34**(6),468-473, [Fecha de consulta: 16 de agosto de 2010] Disponible en: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=1546390>

GOLDIE, J. SCHWARTZ, L. MCCONNACHIE, A. MORRISON, J. The impact of three years' ethics teaching, in an integrated medical curriculum, on students' proposed behaviour on meeting ethical dilemmas. *Medical Education*. 2002, **36**, 489–97.

²⁴ *Ibid.* p. 494.

²⁵ *Ibid.* p. 496 .

²⁶ CALDICOTT, Catherine V. y FABER- LANGENDOEN, Kathy. *Op. cit.*, pp. 866–873.

²⁷ KELLY, Emily y NISKER, Jeff. *Op. cit.*, pp. 498–504

relacionadas con el consentimiento informado y las necesidades de la educación médica frente a las que tienen los pacientes.

En el área latinoamericana se encontraron estudios en Venezuela²⁸, Chile²⁹, México³⁰ y Perú³¹ que indagaron sobre los conocimientos o el aprendizaje de los estudiantes de distintas profesiones del área de la salud acerca de la ética y la bioética, en los cuales encontraron niveles bajos de aquellos. Además, se halló un estudio en Chile sobre las vivencias de los estudiantes en la relación con los pacientes³².

En Colombia hay publicaciones acerca de investigaciones que validaron instrumentos para evaluar el desarrollo moral de los estudiantes de medicina³³. Además, otra se propuso evaluar el aporte de una intervención educativa en términos del desarrollo moral³⁴. En Manizales se hizo un estudio que indagó el sentido que tiene la bioética para los profesores universitarios³⁵, en un número no mayor de 20 participantes de docentes responsables de las cátedras de ética y afines en las Universidades de Manizales.

Por otra parte, sobre los antecedentes de la integración de la bioética en los currículos de medicina en Colombia, Escobar Triana³⁶ ha escrito sobre esa historia, en la que distingue tres momentos: el primero desde 1975 hasta 1995 en que se introduce esa formación en el país; el segundo que desarrolla programas de formación avanzada entre maestros, profesionales y estudiantes para proyectar la bioética más ampliamente; el tercero fue de profundización y extensión. Como lo indica ese autor, desde el primer periodo se desarrollaron experiencias de seminarios sobre la muerte y los derechos de los pacientes, a partir de interrogantes que se suscitaron con el desarrollo tecnocientífico de la medicina, en servicios como las unidades de cuidados intensivos. En ese tiempo es que estas

²⁸ MARTÍNEZ, Zoraida; MELÉNDEZ, Isabel y VÁSQUEZ, Yomaira. Conocimientos sobre los principios bioéticos y su aplicación en el manejo de pacientes con diagnóstico de muerte cerebral en estudiantes del séptimo semestre de enfermería de la Universidad Lizandro Alvarado Barquisimeto. Junio–diciembre de 2005 [en línea]. [Fecha de consulta: 14 de agosto de 2009]. Disponible en: http://bibmed.ucla.edu.ve/edocs_bmucla/textocompleto/TIWIY85DV4M37c2005.pdf

²⁹ BUENDÍA LÓPEZ, Ana Laura, ALVAREZ DE LA CADENA SANDOVAL, Carolina. *Op. cit.* pp. 41–47.

³⁰ *Ibid.*

³¹ ZAVALA, Salomón y SOGI, Cecilia. Evaluación de la formación ética en internos de medicina 2003, Universidad Nacional Mayor de San Marcos [en línea]. *Anales de la Facultad de Medicina*. 2007, **68**(1), 5–18. [Fecha de consulta: 15 de noviembre de 2010]. Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/anales/v68n1/pdf/a02v68n1.pdf>

³² BECA, Juan Pablo., et al. Relación estudiante de medicina-enfermo: visión de los estudiantes [en línea]. *Rev. méd. Chile*. 2007, **135** (12), 1503–1509, 2007. [Fecha de consulta: 15 de noviembre de 2010]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007001200001&lng=es&nrm=iso

³³ESCOBAR, H. et al. Validación de un instrumento de caracterización del razonamiento moral en estudiantes de medicina. *Revista Iberoamericana de psicología: Ciencia y Tecnología*. 2009, **2**(1), 53-66 (Fecha de consulta 5 de diciembre de 2010). Disponible en: http://www.iberoamericana.edu.co/Publicaciones/RevistaIberoPsicologia/R02_ARTICULO5_PSIC.pdf

PÉREZ OLMOS, I. y DUSSÁN-B, M. Validación de la prueba Defining Issues Test con estudiantes de Medicina en la Universidad de El Rosario, en Colombia [en línea]. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*. 2009, **11**(1), 1-13. [Fecha de consulta: 17 de diciembre de 2012] Disponible en: <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=15511137009>

³⁴ PINTO BUSTAMANTE, BJ. *Op. cit.* pp.665 – 676

³⁵ RANCO PELÁEZ, Zoila Rosa y HOOVER VANEGAS, José. Significado de la bioética en comunidades académicas de salud y educación. Manizales: Universidad de Caldas, 2007.

³⁶ ESCOBAR TRIANA, JAIME. Historia de la educación en Bioética en Colombia. En: VIDAL, Susana María (editora) *La educación en bioética en América Latina y el Caribe: experiencias realizadas y desafíos futuros* [en línea]. Montevideo: UNESCO, 2012. pp. 153 – 178 [fecha de consulta: 9 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://www.unesco.org/uy/shs/fileadmin/shs/2012/EducacionBioeticaALC-web.pdf>

inquietudes se acogieron en la formación médica en la Escuela Colombiana de Medicina fundada en 1978, hoy la Universidad El Bosque, por medio del enfoque biosicosocial y cultural. Más adelante, al finalizar el segundo momento, la Universidad El Rosario consolidó un eje de formación en bioética en el pregrado.

Si retomamos el horizonte de la investigación en relación con el currículo de medicina y la bioética, se observa que predomina el enfoque explicativo, aunque también hay desarrollos del enfoque comprensivo. Sin embargo, falta ampliar y profundizar en el estudio de los significados sobre bioética que permita contar con fundamentos más sólidos y una mirada más global e integradora de las propuestas formativas, que estén más acordes con las necesidades de formación.

Las relaciones humanas se diferencian de otras por construir y compartir los significados. El Interaccionismo Simbólico es la corriente que se ha ocupado de ellos. Blumer señala tres premisas de esa concepción: los seres humanos actúan frente a las cosas según el significado que tengan para ellos; los significados se producen en las interacciones sociales que uno tiene con los otros; los significados son modificados mediante procesos de interpretación usados por la persona al enfrentar las cosas que encuentra³⁷. Así, en el marco curricular, los significados son básicos para conocer las posturas de los actores académicos frente a la bioética, qué representaciones se producen y cómo se están interpretando.

En la revisión no se encontraron estudios enfocados a la comprensión de la relación entre los significados en bioética producidos por actores curriculares, que incluya tanto los docentes como los estudiantes, con la orientación pedagógica que se imparte en la institución.

Además, al analizar otros aspectos diferentes a la investigación, hay un llamado de atención a la bioética por su desproporcionado interés en el bienestar individual y la falta de enfoque en el bienestar colectivo³⁸. Así, los interrogantes se han ampliado de lo individual a las poblaciones.

Pensar y practicar en clave bioética ha sido una corriente que se ha expandido sobre todo en el ámbito asistencial e investigativo, así como en organismos internacionales y otros de carácter nacional y local, con desarrollo desigual. Su inicio en los Estados Unidos, a partir de necesidades de esa población, se expandió a otros continentes con nuevas conceptualizaciones y énfasis sobre la incidencia, cada vez mayor, de ese medio tecnocientífico en el que se desarrolla la vida de la sociedad actual.

En América Latina, varios pensadores brasileños plantean la bioética desde una mirada crítica, al buscar su asimilación desde una concepción que se corresponda con el ámbito social y cultural, para evitar importar una visión descontextualizada³⁹. Con otros autores de esa región formulan visiones cuestionadoras que ven como insuficiente la bioética anglosajona en los llamados países periféricos y denotan la necesidad de un énfasis mayor en la salud pública y las necesidades colectivas.

Las miradas y las concepciones se multiplican al provenir desde distintas culturas y saberes. Ello hace que el campo de la bioética sea ante todo de carácter plural, para hacer posible el diálogo de las distintas moralidades. Y además, es una interdisciplina en la búsqueda de la transdisciplinariedad, que conjuga metodologías y contenidos de distintos saberes y con diferentes actores para resolver

³⁷ BLUMER, H. *Symbolic interactionism: Perspective and method*. Englewood Cliffs, New Jersey:Prentice-Hall, 1969.

³⁸ FERRER, LUES, Marcela. *Op. cit.*, p.115.

³⁹ GARRAFA, Volnei. La bioética en Brasil: de aparición tardía pero bien encaminada. En: VIDAL, Susana María (editora). *La educación en bioética en América Latina y el Caribe: experiencias realizadas y desafíos futuros* [en línea]. Montevideo: UNESCO, 2012. pp.187-190 [fecha de consulta: 9 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://www.unesco.org/uy/shs/fileadmin/shs/2012/EducacionBioeticaALC-web.pdf>

inquietudes éticas en las ciencias de la vida. Su desarrollo se orienta en la vinculación de distintos grupos de interés para transformar realidades en la búsqueda del beneficio común.

Muchas de las renovaciones curriculares universitarias planteadas en las últimas décadas se han formulado a partir de necesidades pedagógicas que han cuestionado los modelos de aprendizaje y enseñanza. Sin embargo, se ha hecho necesario que consideren también las inquietudes éticas que se han ampliado ante los dilemas que surgen con la evolución tecnocientífica y la creciente exclusión social; estas hacen parte de los saberes que se construyen en el ámbito intelectual de este tiempo y omitirlos en la formación universitaria equivale a reducir su campo de reflexión y actuación.

Las representaciones sociales que se construyen en las interacciones cotidianas simbolizan esas necesidades éticas y morales, cuya indagación permite comprender mejor la dimensión bioética de la formación profesional. Este estudio se planteó en esa dirección, en un currículo específico, para indagar sus actores académicos en los significados que elaboran sobre la bioética, y contrastarlos con la orientación pedagógica que se imparte. Ésta transcurre en un currículo que se proyectó en una dinámica de cambio continuo en la búsqueda de su correspondencia con necesidades sociales evolutivas y dinámicas.

Así, esta inquietud surgió en el desarrollo curricular de medicina en la Universidad de Antioquia, en la ciudad de Medellín, Colombia. Su contexto es el de un medio local que lucha por superar una historia marcada en las últimas décadas por la influencia de múltiples fuentes de violencia; una de ellas la del narcotráfico, con valores negativos que fueron impregnando a los habitantes, y en particular a los jóvenes, todo ello en el medio de cultivo que propicia la inequidad⁴⁰. La universidad pública ha sido una de las instituciones que ha posibilitado contrarrestar esa influencia, al brindar la oportunidad de ascender en el nivel social mediante la formación profesional, y no en la ganancia fácil que promete la llamada *cultura mafiosa*⁴¹.

En las áreas de la salud ese contexto se define en la configuración de un Sistema General de Seguridad Social en Salud, que mediante la estrategia de focalización busca que el Estado sólo se ocupe de brindar acceso a la población más marginal, a los más pobres entre los pobres. Así, los grupos que están por encima de ese límite, también en circunstancias difíciles para cubrir su salud con sus recursos, quedan por fuera y en situación de fácil conversión a realidades cada vez más precarias⁴².

Por otra parte, se conformaron los actores de la intermediación en el aseguramiento, una fórmula evitable e innecesaria para el sector salud, pues existen otros países en el mundo que no los tienen y que se destacan por sus logros en salud, como ocurre en Canadá y en Suecia, en los que el Estado es el encargado de estas funciones. También en América Latina hay países que omiten esos intermediadores, como Argentina y Brasil. La finalidad de esa opción en Colombia desde 1993, era lograr una eficiencia que se cuestionaba en el sector público, pero el tiempo ha demostrado que su participación no ha sido concordante con ello, ni con un nivel de mejor salud poblacional.

El contexto social también se enmarca en la diversidad que caracteriza la población del país y los nuevos movimientos sociales que surgen de la diversidad de género y de culturas y en la defensa ambiental, influidos por el impacto tecnológico en el mundo. Estos aspectos necesariamente influyen

⁴⁰ DUQUE, Luis Fernando, TORO, Jorge Arbey, MONTOYA, Nilton. Tolerancia al quebrantamiento de la norma en el área metropolitana de Medellín, Colombia. *OPINIÓN PÚBLICA*, Campinas. Junho, 2010, **16** (1), 64-89.

⁴¹ A la *cultura mafiosa* se hace referencia en *Ibid.*, p. 66. También se habla de *aculturación mafiosa* en GARAY, Luis Jorge. Construcción de una nueva sociedad. Bogotá: Tercer Mundo Editores, 1999. p. 3.

⁴² FERRER, LUES, Marcela. *Op. cit.*, p.122.

en la formación universitaria del profesional médico, que se verá inmerso en ellas especialmente al egresar.

El objetivo general del estudio buscaba relacionar los significados sobre bioética que emergen entre actores institucionales del currículo de medicina de la Universidad de Antioquia, con la orientación pedagógica en esa unidad académica, con el propósito de aportar lineamientos en la formación bioética de los estudiantes.

Los objetivos específicos fueron los siguientes:

1. Develar los significados sobre bioética que producen los estudiantes, profesores y directivos que hacen parte del currículo
2. Caracterizar la orientación pedagógica desde la bioética en el currículo de medicina de la Universidad de Antioquia.
3. Visibilizar las rupturas y correspondencias entre la orientación pedagógica del currículo de medicina y los significados sobre bioética que expresan estudiantes, profesores y directivos.
4. Proponer lineamientos curriculares para la formación en bioética de los estudiantes de Medicina de la Universidad de Antioquia

La metodología se desarrolló en el paradigma comprensivo, con triangulación de técnicas. Para el primer capítulo, que desarrolla el segundo objetivo, se usó la técnica de revisión documental y se contrastó con los significados producidos en las entrevistas, relacionados con la orientación pedagógica y la participación observante de la investigadora.

En el capítulo dos, centrado en los significados sobre bioética que producen los actores del currículo estudiado, también se hizo una triangulación de técnicas: una encuesta representativa que se realizó entre la población estudiantil de medicina de la Universidad de Antioquia y entrevistas y grupos focales entre profesores y estudiantes de la misma; se buscó una distribución que permitiera indagar estudiantes y profesores que participaban de actividades en distintos niveles durante el transcurso del currículo. En cada uno de estos capítulos se especificarán y se ampliarán las condiciones en que se desarrolló la metodología.

El capítulo tres se refiere a los encuentros y desencuentros entre la orientación pedagógica del currículo de medicina y los significados sobre bioética que expresaron los actores académicos. Y en el capítulo cuatro se presentan unos lineamientos para orientar cambios curriculares que permitan desarrollar la bioética en la formación médica en el currículo que se estudia.

En las consideraciones éticas del estudio se contemplaron los lineamientos de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, las Pautas CIOMS y las normas que rigen al respecto en Colombia. De acuerdo con sus indicaciones, el protocolo de la investigación se presentó para consideración, comentario, consejo y aprobación, al Comité de Ética de Investigaciones de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Según la Resolución 8430 de 1993, este estudio es riesgo mínimo puesto que se basa en análisis documental, encuestas, entrevistas y grupos focales, que pudieran tener aspectos sensibles para algunas personas.

La información se ha manejado con responsabilidad, confiabilidad y veracidad. Para el desarrollo de las técnicas interactivas, la investigadora desarrolló el proceso que concierne al consentimiento informado de los participantes con la explicación de los aspectos del proyecto relacionados con objetivos, financiación, patrocinadores, afiliaciones institucionales, posibles conflictos de interés e incentivos.

Se tuvo en cuenta la autonomía de las personas para decidir una participación libre de presiones en el estudio. La investigadora asume la responsabilidad de manejar la información allegada con el anonimato de las personas que participaban en el desarrollo del proyecto, para proteger su intimidad y reducir al mínimo los riesgos por su participación en el proyecto. Cada individuo fue informado del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin someterse a represalias. Las encuestas y las entrevistas se han manejado con códigos.

1. Una mirada desde la bioética al currículo de medicina de la Universidad de Antioquia

Nuestra vida en la contemporaneidad está signada por la influencia del avance de la ciencia y la tecnología. En medicina es impresionante como ello marca su desempeño en la actualidad. En ese contexto, las preguntas éticas son inevitables y mientras más desarrollos biotecnológicos y biomédicos se alcancen, estas también crecen. No en vano, la bioética se construye a partir de la segunda mitad del siglo XX, precisamente por las inquietudes que se generan para los seres humanos en general, y los médicos en particular, con la emergencia vertiginosa de dispositivos tecnológicos y procesos científicos que aparecen en el campo, con una intensidad muchísimo mayor que en 40 siglos anteriores⁴³.

La bioética se acrecienta con sus interrogantes ante el desenvolvimiento de la ciencia y la tecnología. Por ello, la medicina la lleva inmersa a partir de la década de los 70. Es más, la bioética se gesta muy cercana a ella y aunque la desborda rápidamente, está vinculada a toda su expansión. Así, se constituye en uno de sus ejes, al ser la medicina un campo de acción sobre los seres humanos en su salud y su enfermedad.

¿Una medicina sin bioética? Hoy no es posible. Sería omitir preguntas y tensiones que en estos tiempos acompañan inevitablemente los seres humanos en su vida, su salud, su enfermedad y su muerte. En la actualidad, los dilemas se crecen al mismo ritmo que los avances tecnocientíficos; se plantean en el marco de la exclusión de grandes sectores poblacionales, en las características de las relaciones asistenciales, según la estructura y organización del sector salud, y en la capacidad de la tecnología para alargar la vida; esto conlleva preguntas sobre la calidad de ésta e interroga sobre su valor absoluto. Otras situaciones complejas, entre muchas más, son la aplicación de las tecnologías reproductivas, los criterios para limitar el esfuerzo terapéutico, las intervenciones genéticas y el uso de las ayudas diagnósticas, ante recursos cada vez más escasos.

La influencia de construcciones conceptuales como la dignidad de los seres humanos, que hoy se interroga en su extensión a otros seres vivos, los derechos humanos, los principios y los valores, en la actualidad son irreversibles⁴⁴. No puede pensarse una medicina sin su injerencia y su incidencia. Así, la formación de los médicos no puede esquivar la bioética, como no puede hacerlo con disciplinas como la medicina interna, la pediatría, la cirugía, la ginecología y la obstetricia y otras que hacen parte de su esencia como campo profesional. En ese marco, el desarrollo de un currículo médico, y en general en el área de la salud, pierde sentido de respuesta a las necesidades de este tiempo, si no hay en él una fundamentación que se oriente en la bioética.

La institución a la que se refiere este escrito adelantó una renovación curricular en medicina que se empezó a implementar en el año 2000. Antes se basaba en una concepción pedagógica tradicional y hegemónica que acogía desde la década de los cincuenta, inspirada en el positivismo, y con influencia de la tecnología educativa a partir de los años 80. Entre los actores del currículo de medicina de la

⁴³ LORDA, Pablo Simón y BARRIO, Inés M. Un marco histórico para una nueva disciplina: la bioética. En: COUCEIRO, Azucena. *Bioética para clínicos*. Madrid: Triascastela, 1999. p. 37.

⁴⁴ CAMPS, Victoria. *La voluntad de vivir. Las preguntas de la bioética*. Barcelona: Ariel, 2005. pp 39-44.

Universidad de Antioquia (U de A) surgieron inquietudes e interrogantes sobre la fragmentación en el proceso formativo, la consideración del estudiante en una función pasiva y receptiva del conocimiento, el papel del docente enfocado en la transmisión de información, la escasa integración entre las disciplinas y la falta de consideración de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, entre otros aspectos. Todo ello llevó a la transformación curricular.

El proceso de cambio se inspiró en el movimiento renovador de los currículos de medicina en el mundo. Éste surgió en la segunda mitad del siglo XX para superar, como las llama Rafael Porlán⁴⁵, las tendencias hegemónicas centradas en las disciplinas y que privilegian las relaciones verticales, más autoritarias. La Universidad de Mc Master y otras como Maastricht, Colima, New México, y Marília, fueron pioneras en estos cambios, algunas de ellas desde los años 70. En estos procesos se ha incluido la creciente incorporación de la biotecnología y las innovaciones en las llamadas ciencias de la vida, con la carga ética que ellas suscitan.

En relación con lo anterior, este capítulo se propone caracterizar, desde la bioética, la orientación pedagógica (OP) del currículo de medicina de la U de A. Se comprende que ésta se encuentra en las directrices generales, que desde la administración académica se establecen para el desarrollo de la formación en un programa de educación superior, y se respalda en su fundamentación escrita. Ella se puede identificar en el macrocurrículo y corresponde con los lineamientos más generales. No se pretende profundizar en las disposiciones del mesocurrículo y el microcurrículo, ni con las didácticas y las metodologías particulares; éstas solo serán analizadas para aclarar el desenvolvimiento de las grandes orientaciones. La visión será desde un enfoque amplio y general en este capítulo.

Para la caracterización propuesta se partió de unos ejes temáticos que se pueden identificar en un currículo de medicina y que son objeto de estudio y análisis de la bioética. Son los siguientes: la bioética en el desarrollo curricular, la bioética de la relación médico paciente (RMP), las políticas públicas en salud (PPS) y los valores en la formación integral del médico. Se indagó por los aspectos de la bioética que se tuvieron en cuenta o que fueron omitidos en relación con estos ejes.

El primer eje temático alude a la presencia de la bioética como un campo general que hace parte de la formación médica y la manera cómo se insertó en las directrices generales que han orientado la dinámica del currículo. Varios autores han tratado este tema de la incorporación de la enseñanza de la bioética. Francisco Javier León Correa⁴⁶ y Diego Gracia⁴⁷ han explicado la necesidad de comprender esa formación en la transmisión de conocimientos, en la influencia de actitudes y comportamientos y en la transmisión de los valores. Delia Outomuro analiza el marco de las Humanidades Médicas en el que se encuentra la bioética en la formación médica y también plantea objetivos cognitivos, procedimentales y actitudinales⁴⁸. Graziela y otros⁴⁹ comparten experiencias sobre la aplicación del portafolio a partir de casos seleccionados por los estudiantes. Perales⁵⁰ presenta su tesis sobre la influencia decisiva del sistema formador en los estudiantes.

⁴⁵ ISAZA LE, HENAO BL y GÓMEZ ME. Tendencias curriculares en las propuestas de práctica pedagógica. En: *Práctica pedagógica: horizonte intelectual y espacio cultural*. Medellín: Marín Vieco Ltda., 2005. pp. 36-84.

⁴⁶ LEÓN CORREA, Francisco Javier. Enseñar bioética: cómo transmitir conocimientos, actitudes y valores. *Acta Bioética*. 2008, **14** (1), 11-18.

⁴⁷ GRACIA, Diego. La enseñanza de la Ética Médica. En: *Fundamentación y enseñanza de la bioética*. 2ª ed. Bogotá: El Buho, 2000. pp.175-184.

⁴⁸ OUTOMURO, Delia. Fundamentación de la enseñanza de la bioética en medicina. *Acta Bioética*. 2008, **14** (1),19-29.

⁴⁹ MORETO, Graziela, BARIANT, Daniela B, Una Nueva Metodología docentes en Bioética: experiencias con la aplicación del portafolio a estudiantes de medicina en Brasil. *Persona y Bioética*. 2008, **12** (31),132-144.

⁵⁰ PERALES CABRERA, Alberto. Ética y humanismo en la formación médica. *Acta Bioética*, 2008, **14** (1), 30-38.

Eckles y su grupo⁵¹, en la revisión publicada en 2005 sobre estudios en la enseñanza de la ética médica en Estados Unidos y con alguna cobertura en Canadá y el Reino Unido encontraron que existe cierto consenso sobre la necesidad de que la bioética sea un proceso durante el transcurso de su formación. Asimismo, hallaron estudios en que los estudiantes expresaron su preferencia por las metodologías en pequeños grupos de discusión y su expectativa era tener un enfoque teórico al inicio de sus estudios y luego su aplicación en la clínica. De acuerdo con una de las investigaciones referidas en la revisión, la educación ética debería ser integrada, de manera horizontal y vertical, durante el período preclínico y el clínico, con enfoque multidisciplinario.

La RMP es motivo de estudio de la bioética en tanto es un escenario en el que se plasman diversos derechos y principios⁵² como la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia, la justicia, la dignidad⁵³, la vulnerabilidad⁵⁴ y la integridad⁵⁵. Todas estas son categorías fundamentales de la bioética que varían según el tipo de relación establecida entre el paciente y el médico. Diego Gracia⁵⁶ y Linda Ezequiel y Emanuel Ezequiel⁵⁷ han desarrollado ampliamente teorías sobre esta interacción y proponen clasificaciones de modelos, que en el primer autor se basan en la relación proyectada a todos los profesionales de la salud.

Básicamente, estos tipos de RMP se diferencian a partir de la consideración del respeto a la autonomía del paciente y desde ella cambia la perspectiva de la beneficencia, la no maleficencia y la justicia. Se transforma la consideración de la dignidad de cada persona, su integridad y su vulnerabilidad, en la medida que se reconocen diferentes derechos asistenciales en los pacientes que se plasman en la Declaración que los reconoce formalmente a partir de 1973⁵⁸.

El tipo de relación con el paciente conocida como 'paternalista', predominó por muchos siglos hasta hace solo unas pocas décadas; se encuentra referida y explicada por pensadores en la Grecia Antigua, en que la actuación médica se basaba en la beneficencia. Esta se entendía como hacer el bien sin contar con la voluntad del paciente, y aún contra ella⁵⁹. Se conoce con el nombre de paternalismo, pues partía de entender al paciente como alguien que afectado por su enfermedad, perdía su capacidad moral para tomar decisiones y era el médico quien las debía ejercer, en analogía al padre con un hijo pequeño⁶⁰.

Durante la segunda mitad del siglo XX hay un cambio radical a partir de los movimientos de los pacientes que buscaban impedir que otros tomaran determinaciones sobre su vida, su cuerpo, su sexualidad y su muerte. Esa conciencia sobre estos derechos, es una proyección del acumulado histórico que se desarrolló en el pensamiento a partir de la Ilustración. Kant había hecho un llamado para asumir la mayoría de edad, basada en la autonomía, como capacidad de pensar y decidir por sí

⁵¹ ECKLES, Rachael E. *et tal. Op. cit.*, pp.1143 – 1152.

⁵² BEAUCHAMP, T. L. Y CHILDRESS, J. F. *Op. cit.*

⁵³ KANT, Immanuel. Capítulo Segundo. Tránsito de la filosofía moral popular a la metafísica de las costumbres. En: *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. México: Porrúa, 1972, pp. 29-55.

PFEIFFER, M.L. Volver a la dignidad. *Rev. Colombiana de Bioética*. 2009, **4** (2), 117-130.

⁵⁴ FEITO, L. Vulnerability. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2007, **30** (3),7-22.

⁵⁵ HOTTOIS, G. Dignidad humana y bioética. Un enfoque filosófico crítico. *Rev. Colombiana de Bioética*. 2009, **4**(2): 60.

⁵⁶ GRACIA, D. La práctica de la medicina. En: COUCEIRO, Azucena. *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela, 1999, pp. 95-108.

⁵⁷ EMANUEL, Ezekiel J. y EMANUEL, Linda. Cuatro Modelos de la relación médico - paciente. En: COUCEIRO, Azucena. *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela, 1999. pp. 109-126.

⁵⁸ GRACIA, D. *Fundamentos de bioética*. 3ª ed. Madrid: Triacastela, 2008, p.174.

⁵⁹ GRACIA, D. Planteamiento general de la bioética. En: COUCEIRO, Azucena. *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela, 1999. p. 22.

⁶⁰ GRACIA, D. *Ibíd.*, p.98.

mismo⁶¹. Todo esto llegó mucho tiempo después a las relaciones clínicas y se configuró el derecho al paciente para tener información que le permitiera tomar decisiones⁶².

El paternalismo que transcurrió durante tantos siglos, tuvo variaciones que se dieron con la conformación de equipos sanitarios, integrados por diferentes profesionales de la salud, que en la relación con los pacientes⁶³, multiplicaron las relaciones verticales y de poder. Gracia la llamó relación oligárquica.

Esta ruptura en que los pacientes reclamaban su capacidad de agenciar determinaciones, llevó a nuevas interacciones con distintos matices del reconocimiento a la autonomía del paciente⁶⁴; estas se dan en las relaciones `informativas` en que el médico brinda información técnica al paciente para que este tome decisiones; otra opción son las llamadas relaciones `interpretativas`, en que la función del médico no es solo aportar información, sino ayudar al paciente en la interpretación de sus propios valores; y está aquella que se abre a la deliberación, que permita intercambiar argumentos y valores en la búsqueda de un autodesarrollo moral, en que el médico actúa como agente de cambio, sin imponerse en su jerarquía, sino a partir de su razonamiento.

Sobre las PPS, se recogen los términos propuestos por el Grupo de Investigación en Gestión y Políticas en Salud de la Facultad Nacional de Salud Pública (Ver tabla 1.1). Se tiene en cuenta que ellas se encarnan en legislaciones, programas, proyectos y declaraciones. Desde la corriente institucional, corresponden a “aquellas políticas que desarrollan los agentes gubernamentales y oficiales, y que están enfocadas hacia la utilidad común”⁶⁵. Se reconoce que las grandes decisiones no siempre provienen de organismos estatales. En la globalización, las grandes corporaciones tienen una incidencia muy notoria, aún por encima de los Estados⁶⁶.

Gilbert Hottois⁶⁷ las reconoce en el plano de lo social como uno de los campos que considera la bioética. Ellas influyen en las condiciones en que se desarrolla la RMP, mediante la asignación de funciones sociales y reglas de juego para los actores que intervienen.

Desde la bioética, este estudio considera que el enfoque de las PPS debe ser en la perspectiva de la justicia distributiva. Se hará referencia a ese valor, en su sentido ético, como lo explica Rafael Martínez⁶⁸, mientras que otros sentidos que corresponden a lo jurídico y lo institucional no se tomarán en cuenta para este análisis. Así, se puede tener la representación de los asuntos éticos del impacto en la vida que traen los desarrollos tecnocientíficos mediante las políticas públicas.

Los valores fueron interpretados a partir de la axiología de Javier Echeverría (Ver tabla 1.1). El proceso formativo en medicina requiere considerar los asuntos éticos de la incidencia de la

⁶¹ KANT, Emmanuel. ¿Qué es la Ilustración? [en línea] *Foro de Educación*. 2009, **11**, 249-254. [Fecha de consulta: 5 de noviembre de 2012]. Disponible en:

<http://www.forodeeducacion.com/numero11/018.pdf>

⁶² SÁNCHEZ, M.A. *Historia, Teoría y Método de la Medicina: Introducción al pensamiento Médico*. Barcelona: Masson, 1988. p. 429.

⁶³ GRACIA, Diego. 1999, *Op. cit.* p.99.

⁶⁴ EMANUEL, Ezekiel J. y EMANUEL, Linda. *Op.cit.*, pp. 109-126.

⁶⁵ GÓMEZ ARIAS, R.D., RODRÍGUEZ OSPINA, F.L., MARTÍNEZ RUIZ, O., AGUDELO VANEGAS, N.A., ZEAS, L.E Y ROLANDO GONZÁLEZ, E. Gestión de políticas públicas y salud [en línea]. *Hacia la Promoción de la Salud*. 2005, **10**: 6 – 7. [Fecha de consulta: 14 de octubre de 2010]. Disponible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2010_2.pdf

⁶⁶ *Ibíd.*, p. 7.

⁶⁷ HOTTOIS, Gilbert. 2007. *Op. cit.*, p. 20.

⁶⁸ MARTÍNEZ, Rafael. La Justicia. En: CORTINA, Adela (ed). *Diez palabras clave en Ética*. Estella (Navarra): Verbo Divino, 2008. p.159.

tecnociencia en la vida. Ese autor aplica su concepción de los valores a ese campo. Los considera no como esencias o entidades intemporales, “sino como funciones (en el sentido de Freger) aplicadas por agentes evaluadores a los sistemas de acciones científicas, tecnológicas o tecnocientíficas”⁶⁹. En ese marco, se puede indagar el peso que se le otorga a cada valor o subsistema de estos, sin presuponer que se organizan en una jerarquía estable para orientar las acciones tecnocientíficas, como lo sustenta Javier Echeverría. Los agentes evaluadores hacen distintas ponderaciones de esas funciones axiológicas⁷⁰. También se tiene en cuenta la visión sobre los valores de Adela Cortina, quien afirma que son “cualidades que nos permiten acondicionar el mundo, hacerlo habitable”⁷¹; Cortina llama la atención en su sentido de que no podemos imaginar la vida sin ellos⁷². Esa visión complementaria permite comprender los valores en su necesidad para una vida de mayor calidad.

1.1 Metodología

Se desarrolló una triangulación de técnicas: revisión documental, entrevistas a personas y grupos focales y observación participativa. Se hizo un rastreo y una selección de documentos claves, que fueron escogidos según su pertinencia para la pregunta de investigación y los objetivos.

El proceso de sistematización para la renovación del currículo de medicina en la U de A quedó plasmado en 6 documentos. En ellos se recogen los referentes conceptuales en los que se fundamenta la propuesta pedagógica del currículo de medicina implantado a partir de 2000, con los estudiantes que ingresaron ese año.

La perspectiva de estos documentos fue clave para estudiar la orientación pedagógica del currículo, puesto que en ellos están las reflexiones y el análisis que se constituyen en la base teórica de ese proceso. Asimismo, se tuvieron en cuenta las actas desde 2000 hasta 2010 del Consejo de Facultad, instancia encargada de la toma de decisiones en la unidad académica. Además, también se revisaron aquellas que corresponden a los órganos asesores de éste en lo curricular (Comités de Currículo y de Carrera) en las mismas fechas. Los documentos están en un archivo disponible como ‘análisis de contenidos’.

Las entrevistas semi-estructuradas fueron realizadas a 18 profesores -ocho de fundamentación, ocho de las clínicas y dos de ambos ciclos- quienes aceptaron voluntariamente la convocatoria para indagar los significados sobre bioética, como también a 12 estudiantes que estaban en distintos semestres de medicina.

Como se verá en el próximo capítulo, en la búsqueda de significados también se hicieron 5 grupos focales: uno con estudiantes de tercer semestre y otro con internos en el último nivel. Se realizaron dos grupos más con profesores: uno con docentes de la fundamentación y otro en el que la mayoría eran clínicos, aunque también se incluyó uno de la fundamentación. El quinto grupo se hizo con el Comité de Currículo conformado por directivas de la Facultad, una asesora pedagógica, profesores de las clínicas y de la fundamentación, un representante estudiantil y uno de los egresados.

Para esta caracterización se recogieron los códigos que se podían categorizar en relación con la OP, para contrastarlos con las otras técnicas⁷³. La observación participativa se da por la condición de la

⁶⁹ ECHEVERRÍA, Javier. *La revolución tecnocientífica*. Madrid: Fondo de Cultura Económica, 2003. p.237.

⁷⁰ *Ibid.*, p. 240.

⁷¹ CORTINA, Adela. *El mundo de los valores. “Ética mínima” y educación*. Bogotá: Editorial El Buho, 1948. p.30.

⁷² *Ibid.*, p.18.

⁷³ Los códigos se identificaron por el registro con el que se archivó la transcripción de la entrevista o el grupo focal y la página correspondiente. Estos archivos están guardados en una carpeta de la investigación llamada “CÓDIGOS Y CATEGORIAS”. Las entrevistas se reconocen con P si son a profesores y con E si son a

investigadora de este estudio, quien desde hace 15 años es docente de la institución analizada. En su trayectoria por la U de A ha sido partícipe de las experiencias en el Comité de Currículo de 2001 a 2005, luego como integrante de la Comisión Pedagógica adscrita a ese organismo desde 2005 hasta noviembre de 2011. También, como docente interviene en actividades académicas cotidianas que le dan la posibilidad de participar directa y activamente, y en otras ocasiones actuar como observadora.

Para indagar por las categorías planteadas: la bioética en el desarrollo del currículo, la bioética en la relación médico paciente (RMP), las políticas públicas en salud (PPS) y los valores, se adelantó un procesamiento con el programa Atlas Ti en los documentos seleccionados. Ese proceso se había efectuado antes en el marco de la evaluación del currículo, en un estudio que se ha hecho simultáneamente con este por el Grupo de investigación Edusalud de la Facultad de Medicina de la U de A. Estos documentos fueron aportados para esta investigación, que realizó una categorización y un análisis diferentes de ese estudio. Se seleccionaron los códigos relacionados con “Bioética”, “Ética”, “Médico Paciente”, “Políticas Públicas”, “Valores”, se buscaron otros relacionados con políticas públicas como “Ley 100” y “Seguridad Social”, y “Formación integral”, para el caso de los valores.

Lo anterior, se complementó con una entrevista que se realizó a los documentos de la sistematización curricular, en la que se indagó con base en las preguntas siguientes:

- a) ¿Cuál es el desarrollo de la bioética en el currículo?
- b) ¿Cuál es la concepción y el enfoque bioético en las directrices pedagógicas con las que se abordaron los temas de relación médico paciente, políticas públicas y valores?

La codificación abierta permitió la emergencia de ejes temáticos desde los mismos documentos que no estaban al iniciar el estudio y se hizo una codificación axial a partir de lo que sugieren Corbin y Strauss⁷⁴.

Los ejes temáticos emergentes son: el trabajo grupal en bioética, la reforma de los servicios de salud en el mundo, denominaciones a la persona atendida y el cambio de la práctica médica. Se observa la vinculación continua y permanente de la ética con la bioética en el proceso objeto de este análisis.

Estos hallazgos fueron presentados ampliamente en dos grupos. Uno de ellos constituido por profesores de ciencias sociales y humanas en la Facultad de Medicina de la U de A y el otro en el Comité de Currículo de esa unidad académica. También se compartieron con un profesor del Grupo de bioética, que ha centrado su desarrollo académico en la ética.

estudiantes, seguidas del número con el que se ordenaron según su realización. Los Grupos Focales se registraron con GF seguidas de las iniciales del grupo al que se refieren. Las frases que se recogen llevan esos códigos seguidos del número de la página correspondiente.

⁷⁴ STRAUSS A. CORBIN J. *Bases de la investigación cualitativa, técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Editorial de la Universidad de Antioquia, 2002.

Tabla 1.1 Definiciones de las categorías en los ejes temáticos preliminares

Categoría	Definición
Bioética	“Conjunto de investigaciones, de discursos y de prácticas, generalmente pluridisciplinarias y pluralistas, que tienen como objeto aclarar y, si es posible, resolver preguntas de tipo ético suscitadas por la investigación y desarrollo biomédicos y biotecnológicos en el seno de sociedades caracterizadas, en diversos grados, por ser individualistas, multiculturales y evolutivas” ⁷⁵
Currículo	Corresponde a todas las experiencias por las que pasa el estudiante en su formación ⁷⁶ e incluye criterios, planes de estudio, programas y metodologías que contribuyen al proceso educativo ⁷⁷
Relación Médico Paciente	Se comprende en los términos propuestos por Diego Gracia, como “la que tiene lugar entre alguien que considera que su salud está amenazada y un profesional sanitario” ⁷⁸
Las Políticas Públicas en Salud	“Son procesos de construcción colectiva de iniciativas, decisiones y acciones, respaldadas y legitimadas por el estado, para dar respuesta a problemas socialmente reconocidos, en un contexto económico, político, social y cultural particular” ⁷⁹ aplicadas al sector de la salud
Valores	“Funciones aplicadas por agentes evaluadores a los sistemas de acciones científicas, tecnológicas o tecnocientíficas” ⁸⁰

1.2 Resultados y discusión

1.2.1 La bioética en el desarrollo curricular de medicina en la Universidad de Antioquia: débil e incipiente y con escasa fuerza institucional

La bioética no aparece de manera explícita en los llamados “folletos” de la renovación curricular, como se conocen en la institución estos documentos. En ellos no hay un aparte que desarrolle ese tema sobre las implicaciones de la bioética en la formación de los estudiantes. Sin embargo, estos documentos contienen aspectos relacionados que la nutren como campo interdisciplinario y sobre ellos se hizo el análisis. Por otro lado, ella está de manera manifiesta en las actas revisadas, lo que permite analizar cómo se ha direccionado su inclusión en el proceso curricular.

La bioética se integra débilmente al currículo, de manera interdisciplinaria unas veces, otras no, más por la intencionalidad de algunos profesores y estudiantes, que por una orientación pedagógica clara de la institución, lo cual se ha intentado superar en los últimos años. Aunque hubo voluntad expresa para integrar la bioética, se confirmó la hipótesis sobre la falta de una orientación pedagógica clara y definida de la institución en ese campo de análisis. Veamos expresiones representativas que ilustran lo anterior, tomadas de las fuentes consultadas, las que se presentarán en letra cursiva⁸¹.

El desarrollo de la bioética en el currículo es incipiente GFFC:P8

..Pero este es un eje que debería estar y que se quedó planteado en los primeros inicios de los esquemas del currículo P01:P9

A mí me parece que eso está como desagregado de lo que se vuelve a ver, yo no sé si es en noveno, y no sé si tengan en acto médico alguna formación al respecto, yo no sé P01:P8

⁷⁵HOTTOIS, G. 2007. *Op. cit.*, p.26.

⁷⁶KEMMIS, STEPHEN. *El currículum: más allá de la teoría de la reproducción*. Madrid: Morata, 1988. p. 28.

⁷⁷Ley 115 de 1994. Por la cual se expide la ley general de educación. Diario Oficial No. 41.214. Bogotá, Colombia, 8 de febrero de 1994.

⁷⁸GRACIA, Diego. 1999. *Op. cit.*, p. 97.

⁷⁹ ROTH, A.N. y MOLINA, G. Introducción. En: MOLINA, G, CABRERA, G. *Políticas públicas en salud: aproximación a un análisis*. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia, 2008. p.5.

⁸⁰ ECHEVERRÍA, Javier. *Op. cit.*, p.237.

⁸¹ La fuente aparece expresada según las abreviaturas previamente informadas, acompañadas del número de la página.

Yo creo que de todas maneras es muy importante, como siempre se ha dicho, que falta más campo para lo ético; pues en general, como ya he dicho, y además pues particularmente para lo bioético ya aplicado a la medicina; pero me parece que falta que eso tenga... se le dé más espacio y más relevancia, y me parece que eso en buena parte es cuestión de los profesores y de los estudiantes mismos, pero también de la orientación de la facultad de medicina P04:P6

Cuando empezó la transformación curricular en el año 2000, el contexto institucional propiciaba cambios generales en los pregrados, pero el debate de la bioética era incipiente y había pocos docentes con esa formación. En especial, en el área de la salud predominaba el afán por la capacitación avanzada en campos de las ciencias básicas y clínicas.

El Comité de Currículo reconoció que hubo demora en la integración de la bioética a la formación de los estudiantes, en el marco de la renovación curricular implantada en el año 2000. Las actas de ese órgano en 2001 dan cuenta de esa inquietud, debido a que las primeras cohortes de alumnos llevaban por lo menos dos periodos académicos sin contenidos de ética y bioética (CC:01;CC:10; CC:12;CC:17).

Ética se debe empezar CC:01

Hacer el remedial con los de la primera cohorte en el tercer semestre, de igual manera para ética CC:02

Las entrevistas aportan expresiones que demuestran la proyección de esa situación:

Apreciamos que ésta es un área débil en el plan de estudios y que es necesario fortalecerla CC:10

La sola palabra ética o bioética ha sido mal vendida, entonces los estudiantes no logran ver algo amable en esto P05:02

Uno de los aspectos que se debe considerar es que la bioética era muy reciente: se gestó en los años 70, en medio de las inquietudes crecientes en la investigación y en la atención de la medicina; ese campo lo desbordó en los años siguientes para proyectarse a otros, como la biosfera, que se conformarían en áreas adicionales de su interés. Su creatividad organizativa se expandió ampliamente en los años 80, como bien lo explicara Gilbert Hottois⁸². Sin embargo, estos procesos toman tiempo, a veces prolongado, para ser asimilados y proyectados en diferentes campos.

La enseñanza de la ética sólo se ha hecho en forma parcial en el nuevo currículo y es necesario reestructurarla CC:12

Quizás nuestras debilidades más importantes sean el enfoque comunitario, la parte de ética médica y la integración a la investigación por parte de nuestros estudiantes CC:17

Hace falta tiempo, hace falta contenido, hace falta estructurar un curso de bioética que no sea un curso de bioética tipo educación bancaria como diría Freud, que no sea sentar a los muchachos a meterles y meterles cosas que probablemente van a decir “esto es un relleno”, sino generar todo un espacio, todo un curso diseñado, obviamente con toda la conceptualización teórica necesaria pero que permita que las personas que están sentadas allí se apropien de ese conocimiento, lo valoren como propio, lo construyan al lado del docente que está trabajando E02:P3

La bioética necesita más impacto E11:P2

Varios autores se han expresado en relación con el inicio de la bioética en la formación médica. Delia Outomuro afirmó en 2008: “la bioética es una asignatura nueva en el currículo médico”⁸³, y agregó que se estaba formalizando en la mayoría de las escuelas de medicina. Francisco Javier León Correa escribe

⁸² HOTTOIS, Gilbert. 2007. *Op. cit.*, p.18.

⁸³ OUTOMURO, Delia. *Op. cit.*, p. 20.

al inicio de un artículo publicado el mismo año: “La bioética se ha incorporado de modo definitivo a los currículos de las diferentes carreras de ciencias de la salud en estos últimos años en Chile”⁸⁴. Y ello se explica en que ese campo es muy joven y su origen es reciente. Pero, en la actualidad “la formación en bioética forma parte de la necesaria competencia profesional de la salud”. Además, enfatiza en la necesidad de brindarles a los profesionales durante su formación los elementos de juicio que les permitan comprender los debates en bioética a los que se verán enfrentados.

En un libro reciente de la Unesco sobre la educación bioética en América Latina, se encuentra que las universidades vienen introduciendo la bioética especialmente en la última década, aunque hay antecedentes desde la década de los 80⁸⁵. En Norteamérica, donde surgió la bioética, según la revisión de Eckles *et al*⁸⁶, un estudio de Silverberg *et al* publicado en el año 2000, señala que 56% de 88 instituciones que respondieron a la consulta (de un total de 124), tenían un currículo de bioética estructurado.

El Comité de Currículo de Medicina en la U de A, en la búsqueda de actualización de las necesidades de formación en ética y bioética, buscó acciones complementarias con actividades por fuera del plan de estudios (CC:03), para nivelar las primeras cohortes, y en las restantes se organizaron desde el primer semestre (CC:02).

Cuando todo el cambio se propuso, la idea era que la bioética estuviera a lo largo de los semestres, de las áreas de fundamentación y profesionalización, como algo trascendental para la formación GFF:P3

La conciencia de la necesidad de corregir el desarrollo de la formación ética y bioética para que fuera transcurricular (CC:16;CC:28;CC:29;CC31), desde el inicio del plan de estudios, es coherente con las recomendaciones que han dado varios autores. En una revisión publicada en 2005⁸⁷, se encontró que había soporte investigativo para concluir que la formación en la ética médica debería ser integrada durante todo el currículo y entendida como un proceso. Ello se interpreta en este estudio como la manera en que puede dejarse una huella en el alumno, que no quedará si la bioética se aborda en forma coyuntural. Además, si es un eje curricular, los estudiantes tendrán la oportunidad de revisar múltiples y variados casos que les ampliarán su habilidad y destreza en la aplicación de las metodologías que se proponen desde ese campo. También, habrá más posibilidad de que se motiven para que, a partir de su aproximación a ese campo, cambien actitudes y comportamientos guiados por valores y principios bioéticos.

Por otra parte, en un estudio de la Universidad de Glasgow⁸⁸ se sugiere que el primer año de formación, de tres que siguieron, fue el que mayor impacto tuvo en el comportamiento potencial de los estudiantes de medicina en el enfrentamiento de dilemas éticos. Encontraron que los grupos pequeños de enseñanza, con una duración de 20 horas o más, son muy favorables. También los autores analizan la necesidad de la evaluación formal de estos contenidos, porque de lo contrario puede haber una influencia negativa entre los estudiantes. Desde el presente estudio se considera que el primer año es un periodo en que los alumnos tienen gran apertura a los aprendizajes y poseen ideales amplios sobre el desarrollo de la profesión, lo cual los hace más interesados en los temas éticos y bioéticos.

Las dificultades para integrar un grupo de trabajo en el campo de la ética y la bioética

⁸⁴ LEÓN CORREA, Francisco Javier. *Op. cit.*, p.12.

⁸⁵ VIDAL, Susana María (editora). *Op. cit.*

⁸⁶ ECKLES, R.E., MESLIN, E.M., GAFFNEY, M., HELFT, P. *Op. cit.*, p. 1144.

⁸⁷ *Ibid.*, p. 1149.

⁸⁸ GOLDIE, J., SCHWARTZ, L., McCONNACHIE, A. y MORRISON, J. 2002, *Op. cit.*, p. 494.

Los documentos curriculares que venimos analizando dejaron plasmadas las dificultades para ajustar los temas de ética y bioética en la nueva estructura del plan de estudios (ACC:02) y la búsqueda de las didácticas más adecuadas.

Preocupa el hecho de que dicha comisión no se está reuniendo regularmente CC:11

El propósito era buscar lineamientos para un trabajo participativo que superara la intervención desde la perspectiva individual (ACC:04). La conformación de un grupo para sustentar la ética y la bioética en el currículo es una idea con mucha fuerza en la revisión de las actas; éstas evidencian esa voluntad y los obstáculos que impidieron cristalizar ese direccionamiento en la primera década del cambio. (CC:05; CC:07; CC:28).

Debemos intentar reunir en torno al proceso a la gran mayoría de actores posibles bajo condiciones claras de cumplimiento y participación ACC:02.

Se trataba de lograr que la temática estuviera a cargo de un colectivo que abordara la discusión conjunta y que posibilitara el diálogo entre distintas posturas; pero el equipo encargado solo duró algunos meses, por la falta de vínculos que posibilitaran la configuración de un grupo motivado y con capacidad de diálogo y de concertación. Las dificultades en la conformación de un grupo de trabajo que se encargara de la ética y la bioética en la primera fase del cambio, reflejó la situación difícil de aquellas áreas en el contexto institucional de esos años (CC:09; CC:11)). Había muy pocos docentes formados en este campo y su apropiación era más individual que colectiva (CC:05).

No hay un proceso claro y específico de formación y (para) la mitad de gente, la parte ética no ha sido el componente fundamental de los programas de educación médica y la U de A no es la excepción. EPJGL:P1

Más adelante se retomará esta idea de la conformación de un grupo, que es central en la construcción de la bioética en el currículo que se analiza.

La fragmentación de los contenidos curriculares impide conformar un eje bioético curricular

En la tabla 1.2 se ilustra el plan de estudios general del currículo de medicina de la U de A y en la tabla 1.3 se presentan los términos de la propuesta específica para ética y bioética que se hizo en 2004, después de reconstruir los datos que se presentan en las actas (CC:14; CC15). Se planteaba tener una fundamentación inicial, y luego un enfoque sobre la RMP, temas relacionados con la clínica y otros de carácter legal.

Al consultar varios autores sobre la formación ética en pregrado, Diego Gracia⁸⁹ propone tres componentes: la ética básica, orientada a profundizar en los juicios morales, que debería enfocarse en la fundamentación y la metodología en ese campo; la ética clínica que debería enseñarse integrada en el marco de los cursos clínicos, y en particular, al curso de patología general; y en la parte final de los estudios, estaría lo correspondiente a la deontología médica. Gracia explica que en esta última fase se verían contenidos de deberes profesionales, que hacen parte de una ética de mínimos, y que desde la normativa son obligatorios y sujetos de sanción ante su incumplimiento, y además contiene aquellos ideales que se propone la medicina, como ética de máximos para el ejercicio profesional.

⁸⁹GRACIA, Diego. 2000. *Op. cit.*, pp.175-184.

Se pudiera ver alguna correspondencia entre los componentes planteados en el currículo estudiado en la fundamentación/ética básica, la RMP/ética clínica y temas legales relacionados con la deontología médica, que no se limita a lo legal. Sin embargo, desde la concepción integradora de la educación médica, se cuestiona la fragmentación en la bioética que se presenta en este currículo que estamos analizando.

Por su parte, José Venturelli⁹⁰ ha insistido en esa característica que debe tener un currículo de medicina, como educación integrada e integradora, para lograr ser significativa. Esto implica que diferentes conceptos básicos sean “puestos en constante relevancia a través del curriculum”⁹¹, y que se evite quedarse en la generalidad, sin una articulación con el quehacer práctico. A su vez, Gracia resalta este punto sobre la ética, para evitar que se convierta en algo confuso y nebuloso.

Por esto, los docentes deben estar integrados y en comunicación para que los procesos de enseñanza aprendizaje puedan a su vez integrar diferentes saberes. Este hecho no corresponde con la situación que ha predominado con respecto a la bioética en el currículo analizado, ante la falta de articulación de docentes encargados de esa área, mediante un trabajo de grupo para el seguimiento y la sistematización.

En el currículo analizado para el año 2004 se contaba con contenidos de fundamentación en los semestres primero, segundo y cuarto, y luego, se revisaba el tema de la RMP al inicio de la clínica. Se relata que en total fueron 52 horas de docencia, sin contar los temas sobre el ambiente y otros aspectos sociales y de políticas públicas, que han sido tratados en forma independiente de la bioética. No se discriminaron las horas por curso, ni por área (CC:15; CC16), y las actas mencionan la consideración de estos contenidos en el desarrollo de la didáctica de Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) y en talleres (CC:14;CC:15)⁹². En los documentos analizados no se especificó cómo sería el proceso para insertar los temas en la práctica clínica cotidiana de manera transcurricular.

No le hemos trabajado en los microcurrículos de cada curso. GFF:P2

En la tabla 1.4 están los contenidos actuales (junio de 2012) en los temas ética y bioética indagados y que también fueron identificados en este estudio⁹³. Se conserva el total de 52 horas con variaciones. Hay otros contenidos que se relacionan con la bioética en el currículo analizado que están integrados en las áreas sociales o en otras, pero en esa unidad académica no se han comprendido como parte ese campo, entre ellos los contenidos en distintos semestres sobre políticas públicas en salud, presentados en la Tabla 1.5. Se han considerado como aspectos sociales, pero no en relación con la bioética.

Hay otros contenidos sobre el ambiente, su sostenibilidad y las amenazas que lo afectan, que también se ofrecen desde el inicio de la renovación curricular, aunque no se han vinculado en forma explícita con la bioética. En la actualidad esos temas están en el plan de estudios en el segundo nivel, como parte del Área de Biología de la Célula, en el núcleo Medio Ambiente y Salud, de la forma que se presenta en la Tabla 1.5. Además, en el área de Movimiento y Postura hay un núcleo en el que se considera el desempeño y la actitud de los estudiantes en las salas de anatomía frente a un cadáver y las diferentes muestras anatómicas (P12:06).

⁹⁰ VENTURELLI, J. *Educación médica: nuevos enfoques, metas y métodos*. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Serie Paltex, Salud y Sociedad, 2.000. p. 14.

⁹¹ *Ibid.*, p. 42.

⁹² Esta última directriz se realiza en Biología de la Célula en el cuarto semestre y la de ABP en el décimo. La primera hace parte del ciclo de fundamentación y la otra de profesionalización

⁹³ Antes no se tenía identificado el plan de estudios en ética y bioética en medicina de la U de A.

Sobre esta falta de vinculación de temas relacionados con la bioética, que la restringen al ámbito de la RMP, se encuentran observaciones en la literatura académica. Por ejemplo, se le ha cuestionado el excesivo énfasis en los aspectos del bienestar individual y haber relegado su desarrollo en temas que conciernen a la población. Sobre este aspecto se mencionan cuatro fases de la bioética: la inicial centrada en el análisis de los códigos médicos; la segunda con la participación de otros no médicos, orientada a la reformulación de las relaciones clínicas; la tercera se centra en la estructura y organización de los servicios e instituciones en salud; la cuarta y actual fase estaría pendiente de ampliar en el desarrollo de los temas que inciden en bioética a las poblaciones⁹⁴.

La influencia reduccionista se refleja en la concepción de la bioética en el currículo de medicina que se analiza, en el que contenidos ambientales y sociales aparecen independientes de ese campo, lo que también debería superarse en el futuro. Al respecto, también llaman la atención otros reconocidos bioeticistas latinoamericanos:

“La realidad nos interpela no solo en las nuevas y más sofisticadas formas de nacer y de morir, en las decisiones frente a nuevas tecnologías y la modalidad que adoptan las investigaciones multinacionales en la región. También reclama una actitud reflexiva y crítica frente a la situación medioambiental, el cambio climático y, finalmente, a temas relacionados a la justicia, a la vulnerabilidad humana, al acceso a la salud y a la exclusión de grupos humanos”⁹⁵.

Hay que observar que el programa de base en bioética de la Unesco igualmente contiene esos temas que se acaban de referir⁹⁶.

Falta claridad en los propósitos del campo de la bioética

En la sistematización curricular se desarrollaron unos propósitos que contemplaron en forma general la formación en principios y valores éticos, pero al establecer los contenidos generales de la ética y la bioética en varios semestres, no se encuentra un cuerpo doctrinal claramente establecido para este eje. No hay un propósito específico y unos objetivos para estas áreas con una visión integradora, y falta explicar las razones de la secuencia de los contenidos, su articulación con distintos saberes y prácticas, las horas de dedicación, las didácticas y el perfil de los profesores.

La formación entre los estudiantes de medicina, en esta parte específica de la ética y la bioética está muy fragmentada GFF:02

Es una cosa que se ha dejado un poquito como al buen quehacer y a la buena voluntad que todos los profesores tenemos en nuestro quehacer, pero sin que eso tenga realmente como un amarre y una reflexión GFF:P4

En la revisión que hizo Eckles *et al* específicamente sobre los propósitos que se pueden contemplar en la formación ética en medicina, se explican dos puntos de vista que la literatura sugiere⁹⁷. Uno de ellos considera que se trata de un medio para crear médicos virtuosos. De otra parte, se considera que el

⁹⁴Sobre estos puntos, se referencia a Wikler en FERRER, LUES, Marcela. *Op. cit.*, p.115.

⁹⁵ VIDAL, Susana María. *Op. cit.*, p. 11. En el libro de Educación en bioética en América Latina, otros autores se refieren también a este tema.

⁹⁶ UNESCO. Programa de base de estudios en bioética [en línea]. Montevideo: Unesco, 2008 [fecha de consulta: el 8 de diciembre de 2012] Disponible en:

<http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001636/163613s.pdf>

⁹⁷ ECKLES, R.E., MESLIN, E.M., GAFFNEY, M., HELFT, P. *Op. cit.*, p. 1145.

proceso formativo es un medio para proporcionar a los médicos un conjunto de habilidades que les permita analizar y resolver los dilemas éticos.

Frente a esas posturas, la autora de este estudio propone en un artículo que analiza la revisión de Eckles y otras publicaciones, lo siguiente: “..la educación debe apuntar a que los estudiantes en su autonomía, logren capacidades de reflexión y análisis que les permita aprender a elaborar su propia postura. Pero deben también aprender a dialogar con otras perspectivas para construir consensos pragmáticos, que como lo advierte Gilbert Hottois, permitan evitar el ‘disenso perezoso’, tanto como el ‘consenso forzado’. Por tanto, el criterio que se tendrá en este artículo, prioriza una educación en bioética orientada al aprendizaje de la deliberación respetuosa que entiende el mundo actual como multicultural y pluralista”⁹⁸.

Pero hay que ampliar el propósito formativo en bioética, que debe buscar cambios en el ser, no sólo en el hacer y el saber, lo que llevará a transformaciones actitudinales y de comportamiento para lograr personas que puedan tener capacidades para convivir y comunicarse. Acerca de esto, Delors⁹⁹ propuso a la Unesco desde 1996 que la educación debía ocuparse del aprender a vivir juntos, a conocer, a hacer y a ser. La formación bioética no puede restringirse a habilidades. Y en torno al ser, ante todo la propuesta es un buen ciudadano y una persona correcta, aunque también la expectativa social es que se formen buenos profesionales. El norte debe ser la excelencia, pero como ello varía acorde con los sentidos de la virtud según la perspectiva moral, la bioética debe lograr como mínimo ciudadanos autónomos, participativos, cívicos, que busquen la equidad y la justicia, que respeten a los otros en su autonomía y en su dignidad. En especial, que pongan en práctica estos propósitos con los más vulnerables y busquen aportar beneficencia y no maleficencia en el desarrollo de su profesión. Además, deben ser comprometidos con la defensa del ambiente y con otra visión de la naturaleza como fuente de valores.

Diego Gracia¹⁰⁰ explica que la vocación médica está presente antes de iniciar estudios en una Facultad de Medicina y recoge las ideas de nueve de los más representativos bioeticistas norteamericanos encabezados por Charles M. Culver¹⁰¹. Gracia expone que si bien existen actitudes primarias muy arraigadas, hay otras en las que se puede incidir indirectamente mediante los conocimientos y las habilidades. Las actitudes en general maduran y pueden evolucionar. Kohlberg tiene estudios sobre el desarrollo moral muy conocidos, que como bien lo interpreta Diego Gracia, explican la diferencia entre unas actitudes ‘primarias’, adquiridas en los primeros años de la infancia, y otras ‘secundarias’ que corresponden a una evolución más amplia. Estas últimas son las que permiten avanzar en la perspectiva ética y moral. Así, atendiendo a que es posible modular las actitudes y enriquecer el carácter con conocimientos y habilidades, se puede establecer un norte en la búsqueda de una ética de la responsabilidad que oriente hacia actitudes y comportamientos basados en valores.

En la revisión de Eckles *et al* se presentan unas propuestas de Miles *et al* sobre objetivos para la formación ética médica como: a) profesionales capaces de revisar su propio bagaje moral; b) reconocer los aspectos humanísticos y éticos de la profesión; c) contar con fundamentos sociales, filosóficos y

⁹⁸ VILLEGAS, Elsa. Tendencias de la formación bioética en los currículos universitarios. *Revista Colombiana de Bioética*. 2011, **6**(1), 107.

⁹⁹ DELORS, Jacques *et al*. *La educación encierra un tesoro. Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el Siglo XXI*. Compendio [en línea]. París: Ediciones UNESCO, 1996 [fecha de consulta: 8 de enero de 2013]. Disponible en: http://www.unesco.org/pv_obj_cache/pv_obj_id_420FABF525F4C4BBC4447B3D78E7C24EC1311100/file_name/DELORS_S.PDF

¹⁰⁰ GRACIA, Diego. *Fundamentación y enseñanza de la bioética*. 2ª ed. Bogotá: Códice Ltda, 2000, p. 178

¹⁰¹ En una publicación de 1985 en el *New England Journal of Medicine*, en la que expresaron su creencia de que el carácter moral básico de los estudiantes está formado antes de empezar el programa de medicina.

legales; d) emplear ese conocimiento en el razonamiento moral y aportar habilidades de interacción, conocimiento y razonamiento en el cuidado clínico.

Varios autores y publicaciones coinciden en contemplar objetivos cognitivos, actitudinales y procedimentales con desarrollo de habilidades y destrezas.

Bioética e interdisciplinariedad en el currículo de medicina de la U de A: un asunto que depende de cada docente

Se pudo confirmar la hipótesis de que la bioética se integró al currículo de manera interdisciplinaria unas veces, otras no, más por la intencionalidad de algunos profesores y estudiantes que por una orientación pedagógica clara de la institución.

En el análisis de las actas en mención, el contraste entre la propuesta de contenidos en 2004, mencionada antes, y la evolución de los que están actualmente, permite identificar variaciones que corresponden a iniciativas de predominio individual y no como construcción colectiva. Esto se refuerza en expresiones como la siguiente:

Yo siento que la bioética no es como un asunto preestablecido en el currículo, sino que es un asunto que depende de cada docente GFF:P2

Lo que había antes de bioética en genética ya no está GFF:P2

Esa ausencia evidencia la necesidad de promover un clima bioético¹⁰² institucional de fondo que sea congruente con unas directrices pedagógicas claras en el plan de estudios. Sobre ese aspecto Perales Cabrera¹⁰³ explica que los problemas de la educación médica actual no residen en la estructura

¹⁰² Este es un término que se ha comentado en el Grupo de Bioética de la Facultad de Medicina de la U de A, en especial, por el profesor Hernán Mira que lo menciona en sus reflexiones.

¹⁰³ PERALES CABRERA, Alberto. *Op. cit.*, p. 30 – 38.

Tabla 1.2 Plan de estudios de Medicina, Universidad de Antioquia

Nivel	Materia	Horas lectivas semanales	Créditos*
I	Biología de la Célula I	14	10
	Salud y Sociedad I	13	7
	Primeros Auxilios	7	2
	Comunicación I	6	4
	Informática Médica I	1	2
II	Neurociencias	8	8
	Endocrinología y Metabolismo I	6	5
	Autorregulación y Autoconservación	6	5
	Biología de la Célula II	5	3
	Comunicación II	4	4
III	Cardiorrespiratorio	11	8
	Salud y Sociedad II	3	3
	Movimiento y Postura	13	8
	Sexualidad I	3	2
	Hematología	4	3
IV	Gastroenterología y Nutrición	10	9
	Inmunología	4	4
	Salud e Infección I	10	8
	Biología de la Célula III	5	3
V	Acto Médico	20	15
	Salud e Infección II	4	3
	Informática Médica II	3	2
VI	Epidemiología Clínica I	3	2
	Endocrinología y Metabolismo II	5	3
	Niñez I	16	10
	Adolescencia I	6	4

Tabla 1.2 Continuación. Plan de estudios de Medicina, Universidad de Antioquia

Nivel	Materia	Horas lectivas semanales	Créditos*
VI	Salud y Sociedad III	5	3
VII	Niñez II	25	14
	Adolescencia II	6	4
	Epidemiología Clínica II	3	2
VIII	Adultez I: Problemas Médicos de la Adultez	25	12
	Adultez I: Salud Mental	11	6
IX	Adultez II: Urgencias	35	19
X	Adultez III: Salud Sexual y Reproductiva	38	20
XI	Adultez IV: Responsabilidad del Acto Médico y Dolor	10	7
	Vejez	9	6
	Cáncer	10	5
Internado Rotatorio (Semestres XII y XIII) †	Medicina Interna	63	5
	Atención Maternoperinatal	65	5
	Urgencias	65	5
	Niñez	60	5
	Atención Primaria en Salud	66	5
	Anestesiología	65	5
	Ortopedia	65	5
	Cirugía	63	5

“En la Universidad de Antioquia es requisito para el grado que el estudiante certifique la competencia lectora en una segunda lengua, y la realización de un curso en formación ciudadana que incluye el estudio de la Constitución vigente en Colombia. *Siguiendo el Decreto 808 de abril de 2002 del Ministerio de Educación Nacional de Colombia “un crédito equivale a 48 horas de trabajo académico del estudiante, que comprende las horas con acompañamiento directo del docente y demás horas que el estudiante deba emplear en actividades independientes de estudio, prácticas, u otras que sean necesarias para alcanzar las metas de aprendizaje”. El internado tiene como obligatorias estas ocho rotaciones; el estudiante debe elegir además cuatro rotaciones adicionales, bien sea en áreas clínicas o en proyectos de investigación, las cuales deben sumar mínimo 14 créditos”¹⁰⁴.

¹⁰⁴ VILLEGAS, E.M., AGUIRRE MUÑOZ, C.A, DÍAZ HERNÁNDEZ, D.P, GALINDO CÁRDENAS, L.A. ARANGO RAVE, M.E. KAMBOUROVA, M. M. JARAMILLO MARÍN, P. A La función del tutor en el aprendizaje basado en problemas en la formación médica de la Universidad de Antioquia. *Iatreia*. 2012, **25**(3), 264.

Tabla 1.3 Contenidos curriculares en ética y bioética en el currículo de medicina de la Universidad de Antioquía en 2004

Semestre	Contenidos	Área
Primero	Conceptos básicos de Ética y Bioética Introducción de los códigos y las declaraciones internacionales en Ética y Bioética	Salud y Sociedad
Segundo	Ética y Bioética en relación con la Genética	Biología de la Célula
Cuarto	Ética y Bioética en relación con el Genoma	Biología de la Célula
Quinto	Secreto profesional - Responsabilidad Consentimiento Informado Historia clínica como documento legal	Acto Médico
Octavo	La relación con la industria farmacéutica Temas éticos en la atención a pacientes con sida y problemas mentales	Adultez Transtornos Mentales
Décimo	Aborto, cesárea y fertilización	Adultez
Noveno	Reanimación cardiovascular	Adultez
Undécimo	Cuidados intensivos, senectud, eutanasia, biotecnología	Vejez

curricular, ni en las estrategias de enseñanza y aprendizaje, dependen de la información social que fluye en la institución y en la capacidad de esta para incidir en sus miembros. La tesis que sustenta Perales es que hay un impacto contundente de lo que llama ‘sistema formador’ en la educación humanista y ética de los estudiantes, que concierne a la ética institucional, determinante en los alumnos por su influencia durante 7 años o más que cubre incluso su etapa adolescente. Por ello, según Perales, se debe considerar que el propósito debe ser moralizar el sistema formador de médicos.

Ese autor enfatiza en que la formación ética de los estudiantes de medicina se realiza en dos modalidades: cursos específicos para impartir teoría y lo que el autor llama “desarrollo moral de la personalidad”. La primera ofrece contenidos de filosofía de la medicina, ética, deontología y bioética. En la segunda es esencial la relación emocional docente – discente y el valor del ‘buen ejemplo’, “en el marco apropiado de una ética institucional consistente y madurativa, en la cual haya, además, cumplimiento transparente de las normas institucionales por parte de las autoridades, los profesores, personal en general y, por supuesto, los alumnos”¹⁰⁵. La tendencia es que los sistemas formadores se enfocan solo en la primera modalidad.

Los contenidos de ética y bioética en el currículo de medicina de la U de A, se encuentran incluidos en las áreas problemáticas que conforman el mesocurrículo; pero, su evolución aislada, con escasa articulación con otros saberes, como podría darse con el análisis del impacto ambiental de la tecnociencia o con la salud pública, por ejemplo, indican que la interdisciplinariedad¹⁰⁶ no ha sido una directriz claramente establecida. Además, los docentes encargados de esos contenidos no se han integrado para revisar conjuntamente lo que hace cada uno con los estudiantes.

La bioética se ha trabajado como módulos específicos en unas áreas más amplias GFF:P1

Yo la veo muy desarticulada. Conozco esta problemática de la bioética en el currículo ya hace varios años desde que se hizo la reforma curricular. Siento que es un área muy problemática, no por su problemática interna, sino por la forma como ha sido abordada aquí en la facultad de medicina. He visto inclusive conflictos de intereses importantes entre los mismos docentes que en el transcurso de los últimos diez años han ofrecido el curso de bioética P02:P1

¹⁰⁵ PERALES CABRERA, Alberto. *Op. cit.*, p. 32.

¹⁰⁶ La interdisciplinariedad en la sistematización de la renovación curricular en medicina de la U de A se entiende en la complejidad de los problemas que atiende la profesión médica y que “su análisis requiere del concurso de diferentes disciplinas por medio de la formación de círculos epistemológicos, en los que se respete la autonomía de los modos de pensar, pero que a la vez se hagan interdependientes para comprender y transformar la realidad” (N3:26).

Tabla 1.4 Plan de estudio de bioética en el currículo de medicina de la Universidad de Antioquia. Junio de 2012

Semestre	Área	Núcleo	Contenidos	Metodología	Horas lectivas
Primero	Salud y Sociedad I	Edad Antigua Edad Contemporánea	Contexto histórico en que surge la Ética Conceptos de Ética, Moral y Bioética Declaraciones y Códigos internacionales Relación Médico Paciente Ciencia y Bioética Principios Bioéticos Comités de Bioética	Aprendizaje significativo Magistrales, lecturas individuales y en grupo, plenarias	12
Cuarto	Biología de la Célula III (Fundamentación)	Medicina Genómica	Consideraciones éticas y legales de la medicina genómica	Magistral Taller	2 4
Quinto	Informática Médica II	CDM	Administración de Datos Clínicos y Buenas Prácticas Clínicas Ética de la información. Confidencialidad, acceso, propiedad, custodia Declaración de Helsinki, Resolución 1995 de 1999 (Manejo de la Historia Clínica), Ley de Ética Médica, Consentimiento informado, Resolución 2378 de 2008 Buenas Prácticas Clínicas en investigación con medicamentos en humanos, Conferencia Internacional sobre Armonización	Aprendizaje significativo	8
Octavo	Adulthood I: Salud Mental	Salud Mental	Aspectos Éticos en Salud Mental	Clase magistral	2
Noveno	Adulthood	Urgencias	Dilemas éticos y conceptos de bioética	Seminario	8
Décimo	Adulthood	Salud Sexual y Reproductiva	Salud Pública Materna y Perinatal en el área de Salud Sexual y Reproductiva.	Aprendizaje Basado en Problemas	12
Once	Adulthood	Responsabilidad del Acto Médico y Dolor	Ley de Ética Médica	Magistral	2
			Consentimiento informado Historia clínica Relación Médico paciente Relación con la industria farmacéutica	Magistral	2

Tabla 1.5 Contenidos sobre el ambiente relacionados con bioética en el plan de estudios de medicina de la Universidad de Antioquia, junio de 2012.

Semestre	Área	Núcleo	Contenidos	Metodología	Horas
Segundo	Biología de la célula II (Fundamentación)	Medio Ambiente y Salud	El concepto de Desarrollo y Desarrollo sostenible	Magistral	2
			Una nueva perspectiva para la salud y el ambiente. Amenazas ambientales para la salud. Un marco causa efecto para la salud y el medio ambiente	Magistral	2
			Entorno general: perspectivas. Antecedentes económicos y sociales. Fuerzas motrices o esenciales. Esferas de peligro y oportunidad. Respuestas globales	Magistral	2
			Exposición y riesgos, medio ambiente de mala calidad. Urbanización. Recursos ambientales de las áreas urbanas. Transporte y desarrollo urbano. Áreas urbanas. Problemas de los desechos en zonas urbanas	Magistral	2
			Medio ambiente y salud. El caso colombiano. Un ejemplo. Zonas de incidencia y situación socioeconómica. Zonas de incidencia y grupos armados. Tratamiento Estatal. Medio ambiente y Sociedad. La medicina, prevención, ¿promoción o intervención?	Magistral	2
			Zonas de incidencia y grupos armados. Tratamiento Estatal. Exposiciones	Estudios de caso	5

Tabla 1.6 Contenidos sobre políticas públicas en salud relacionados con bioética en el plan de estudios de medicina de la Universidad de Antioquia. Junio de 2012.

Semestre	Área	Núcleo	Contenidos	Metodología	Horas lectivas
Primero	Salud y Sociedad I		Ciudadanía	Aprendizaje basado en problemas	9
Tercero	Salud y Sociedad II	La vida y la salud desde una perspectiva colectiva	Desarrollo, Salud y Sociedad: Modelos de Desarrollo y Políticas de Estado Modelos de desarrollo Indicadores de condiciones de vida, demográficos y epidemiológicos Sistema General de Seguridad Social el Salud Determinantes en Salud Derechos y Salud: Derechos económicos, sociales, y culturales Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad. Plan de desarrollo municipal	Video – foro Magistral Taller Seminario Estudio de caso: asesorías, presentaciones magistrales, presentaciones de los estudiantes	48
Sexto	Salud y Sociedad III	Actores y escenarios de la vida y la salud	Promoción de la salud La salud y la vida de las personas en el contexto cotidiano Atención Primaria en Salud	Seminarios Talleres y Charlas magistrales	104
Noveno	Adultez	Urgencias	Antecedentes, principios y propósitos de la Seguridad Social en Salud (SGSSS) Estructura y regímenes del SGSSS Sistemas de salud en el mundo Vigilancia en salud pública. Planes de Beneficios Regímenes Especiales Financiación y vigilancia y control del SGSSS Conceptos de las leyes que rigen el SGSSS Casos	Clases magistrales. Estudio individual y grupal. Talleres Casos	25
Internado	Atención Primaria en Salud	Práctica clínica, Salud Pública, Seguridad Social	Ronda médica hospitalaria, consulta, procedimientos, seminarios, atención en veredas, Programas de Promoción y Prevención, urgencias de primer y segundo nivel. Administración Hospitalaria y sus principales indicadores, Saneamiento Básico y Epidemiología local y regional, Sistema territorial de seguridad social, Instituciones y actores del sistema, programas en salud, Participación comunitaria, atención de emergencias y desastres.	Aplicación de Tecnología Información y Comunicación Rotación en calidad de interno	26 158

Los casos sobre pacientes que los estudiantes presentan y analizan en el curso Acto Médico durante el quinto semestre, pudieran ser posibilidad de esa articulación, pero no es algo que se promueva de manera activa y con fuerza, para superar la mera exigencia de los estudiantes de garantizar que se pidió el consentimiento informado al paciente y su familia.

Diego Gracia enfatiza en que se requiere que los estudiantes puedan incorporar la visión ética de manera simultánea con los saberes clínicos y patológicos y de esa forma integran su saber para el ejercicio médico¹⁰⁷. Esto permite que el aprendizaje sea significativo y que los estudiantes lo encuentren útil para su práctica profesional.

Orientaciones generales sobre didácticas y evaluación en bioética: variadas, pero atomizadas y sin sistematización

El currículo de medicina de la U de A en su orientación pedagógica plantea la combinación de varias didácticas entre Aprendizaje Basado en Problemas, clases magistrales, la simulación, talleres, trabajos de grupo y plenarias, aprendizaje significativo por medio de foros virtuales. A lo anterior, se adiciona la práctica académica como oportunidad para los procesos formativos.

La simulación es una estrategia fundamental y, dos, la práctica clínica cotidiana; cuando tu vas al control prenatal, en cualquiera de estas unidades te llegan pacientes de escasos recursos; te llegan pacientes negras, blancas, mestizas, te llegan personas homosexuales o bisexuales, o lo que sea. Entonces es en esa diversidad que nos proporciona el medio, (que) nosotros (podemos) diseñar estrategias concretas que nos permitan realmente abordar esta demanda P03:P6

A los tres años del inicio de la implementación de la renovación curricular, se observa que en las actas del Comité de Currículo se planteaba:

El curso del primer semestre tiene como objetivo general presentar el universo ético-bioético en algunos de los escenarios del debate contemporáneo y estimular el interés por las implicaciones de algunos asuntos polémicos que se ponen en juego en este campo. Se hace un primer acercamiento mediante un debate de 4 horas y se ofrece un planteamiento que despierte inquietudes y convicciones frente a un tema. Además, se detienen en un asunto específico de análisis y debate: el proyecto del genoma humano. Esta actividad se realiza en grupos con lectura previa de documentos. Hay que motivar al estudiante a que sea sensible frente a un debate que apenas comienza. CC:11

El carácter deliberativo, como el que se menciona en el relato anterior, ha sido resaltado en su relevancia para la formación ética. Azucena Couceiro¹⁰⁸ comparte una experiencia educativa en la que resalta ese aspecto y explica los criterios para practicar con los estudiantes una verdadera deliberación. Se trata de analizar los hechos, los valores en conflicto, los cursos de acción posibles con sus consecuencias. A partir de esto, la búsqueda de la mejor opción se sustenta en una reflexión basada en los elementos que aportan los principios y los valores, como el contexto de la situación.

Pero, en el currículo objeto de este estudio, la fragmentación y la falta de respaldo de un equipo de trabajo para el seguimiento y la integración de la bioética, han impedido la sistematización necesaria para trascender en los estudiantes con didácticas que le den relevancia a ese campo y dejen en ellos una memoria que se pueda traducir en actitudes, comportamientos y valores. Al ser indagados, los estudiantes tienden a recordar esos contenidos especialmente en relación con las clases magistrales.

Muchas veces el profesor no sabe llegar, si es un profesor bien pasivo, con una voz bien suave uno se queda dormido E06:P10

...Las cosas que dan la metodología no es muy buena, ..., está bien, pero no es muy interesante; por lo general son clases teóricas clases largas y si uno está cansado, tiene sueño y no hay algo que sea activo, uno se queda dormido. E07:P12

Pero también, se resalta como las clases magistrales y la bioética teórica son insuficientes.

¹⁰⁷ GRACIA, Diego. 2000. *Op cit.*, pp. 179 -180.

¹⁰⁸ COUCEIRO, Azucena. 2012. *Op. cit.*, p. 85.

Una clase no va cambiar el comportamiento P03:P1

La ética uno no la aprende en un salón de clase E08:P6

Por esas razones, hay que tener presente que desde el inicio del currículo, la bioética puede relacionar la fundamentación y el debate sobre casos concretos asistenciales, de la investigación, ambientales o de la salud pública. Así, se puede convertir en un campo que ubique los estudiantes desde que empiezan, en experiencias y vivencias que pueden ser significativas para el estudiantado, frente a las que traen esquemas previos en los que pueda anclarse el acercamiento a la bioética.

Aunque no se hayan introducido en la práctica académica, los estudiantes que inician pueden tener una primera aproximación a esos casos desde la perspectiva ética. Es una situación similar a la que se presenta en comités de ética hospitalaria integrados no solo por médicos, sino también por otros profesionales o representantes de la comunidad. Todos abordan la discusión de casos complejos desde distintas perspectivas, sin que necesariamente sean clínicos.

La ventaja está en que esta indagación de la ética los convoca también a mirar casos concretos de la práctica profesional que los puede cautivar y emocionalmente motivarlos para desarrollar la reflexión que se requiere. León Correa escribe que “los alumnos de primer año, especialmente, ven la asignatura de bioética o de fundamentos filosóficos de la medicina como las únicas que se acercan a la praxis médica directa en un currículo lleno de materias básicas”¹⁰⁹.

La enseñanza aprendizaje de la bioética puede contener unos campos que se identifican pertinentes según el nivel del estudiante, sin que necesariamente deba seguirse una trayectoria lineal que comience por la teoría y luego lleve a la práctica. Ambas pueden ser ejes dinámicos en constante relación, para fortalecer los aprendizajes de la bioética y su incorporación a la formación.

El trabajo en grupos pequeños se ha desarrollado en el décimo semestre de medicina, al tratar temas como el del aborto, pero ha faltado profundizar e integrar esa estrategia en contenidos bioéticos en otros niveles diferentes.

EL ABP es un ejercicio muy interesante porque permite confrontar lo que yo pienso con lo que realmente es, entonces es muy interesante porque yo noto que los estudiantes llegan con una posición bastante conservadora pero al final logran entender cuál es la visión del asunto y entender que, independientemente de que ellos estén o no de acuerdo, son médicos y como médicos tiene que tener una posición superior; yo si creo que hay una evolución muy interesante de la posición de la mayoría conservadora, a una posición por lo menos más reflexiva de mayor respeto P03:P6

Entre los docentes de otros niveles diferentes al décimo, participantes en este estudio, se considera importante contemplar hacia el futuro la didáctica con grupos pequeños.

Yo creo que eso sería valioso, ejercicios con grupos pequeños, interdisciplinarios que discutan ejemplos que son cotidianos, eso es lo que pasa siempre y estamos adjuntados a eso, el paciente en estado crítico que lleva dos meses que el pronóstico es muy pobre entonces ¿qué hacer?, que la gente opine, lógicamente eso se podrá alimentar de lecturas, etcétera, para que el estudiante llegue allá, para que nosotros hagamos eso de las lecturas, es que yo me involucraría en los ejercicios P15:P6

En Case Western Reserve University y The University of Pennsylvania conformaron grupos pequeños de aprendizaje entre los estudiantes de medicina, que se extendieron durante los dos primeros años de la clínica. Los tópicos tratados fueron profesionalismo, ética y comunicación. Les

¹⁰⁹ LEÓN CORREA, F.J. *Op. cit.*, p. 14.

hicieron un seguimiento¹¹⁰ en el que encontraron que esa modalidad era muy favorable para atender las inquietudes de los estudiantes en su práctica clínica, luego de haber revisado la teoría en períodos anteriores.

Sobre la evaluación no se hallaron orientaciones pedagógicas específicas en el currículo objeto de este estudio. En las actas del Comité de Currículo se establece: “*Debe quedar incluida dentro de la materia, es lo más práctico; hacerlo a través de preguntas es moralizar el asunto*” (CC:16). No queda clara esa interpretación y se presta a confusiones porque solo se queda en un enunciado general, sin desarrollo.

Acerca del proceso evaluativo se encuentran propuestas como la de Graziela Moreto y otros¹¹¹, con la aplicación del portafolio entre estudiantes en Brasil; además, es una metodología docente que plantean en la integración del aprendizaje de la bioética en las prácticas clínicas. Su aplicación a partir de la reflexión y consulta bibliográfica, para entender un caso seleccionado por el mismo estudiante, se configura como una alternativa motivadora y atrayente en la medida que se articula con la práctica cotidiana.

León Correa¹¹² también propone el ECOE pues posibilita integrar los conocimientos, las habilidades y los comportamientos frente al manejo de un caso en un paciente concreto. Además, resalta las bondades de la autoevaluación para el desarrollo moral de los estudiantes y comenta experiencias positivas de mejoramiento en la capacidad de reflexión. Al respecto, ese autor¹¹³ destacó un estudio de la Universidad de Caldas, Colombia. Se trata de una reflexión sobre experiencias de autoevaluación que aportan al enriquecimiento de las estrategias de evaluación, que se combina con la heteroevaluación por el profesor y la coevaluación con pares¹¹⁴.

Las orientaciones pedagógicas en los últimos años intentan avanzar en bioética

En las actas del Comité de Currículo puede establecerse que en el año 2006 se propuso integrar los docentes que ofrecen los cursos en un eje básico del campo de la ética, comprometer personas que desde la filosofía acompañen la propuesta y revisar los contenidos con base en la diferenciación de las ciencias sociales, las humanas y la Ética (CC:17; CC:18; CC:19;CC:25). En la relatoría (CC:18-19) de un encuentro para tratar este tema de la ética se encuentra la consideración de los aspectos siguientes:

La formación ciudadana y ética aparecen puntualmente a lo largo del programa.

La ética debe equiparse con el reconocimiento y valor que se le concede al conocimiento en el proceso de formación. Se sugiere revisar la experiencia de la Universidad del Rosario, en la que la ética es un asunto transversal a la formación. Existe un programa estructurado para el postgrado.

La lectura que se hace del área, es que es un relleno porque no tiene presencia constante a lo largo del plan de estudios.

El comité de decanos del área de la salud ha propuesto la creación de una sección de humanidades para el área que responda a las necesidades y demandas de las facultades.

¹¹⁰ ORKIN LEWIN L. y LANKEN P. N. *Op. cit*

¹¹¹ MORETO, G. BARIANI, D. RAQUEL PINHEIRO, TR, ALLISENT, R. GONZALEZ-BLASCO, P. *Op. cit.*, p. 132 – 144.

¹¹² LEÓN CORREA, F.J. *Op. cit.*, p. 16.

¹¹³ LEÓN CORREA, Francisco Javier. Antecedentes y situación de la enseñanza de la Bioética en Chile. En: VIDAL, Susana María. *Op. cit.*, p. 223.

¹¹⁴ FRANCO PELÁEZ, Zoila Rosa. ¿Por qué la evaluación en el medio educativo debe ser ética para un desarrollo verdaderamente humano? *Rev. Eleuthera.*, 2008, **2**, 144-164 [fecha de consulta: 17 de diciembre de 2012] Disponible en: http://eleuthera.ucaldas.edu.co/downloads/Eleuthera2_8.pdf

A lo largo de la implementación del currículo han existido dificultades en la conformación del área que van, desde las personas responsables que se encuentran solas o aisladas del proceso de formación, hasta asuntos referidos a la presencia transcurricular en el plan de estudios. Con la presencia del profesor se han logrado superar algunas de las situaciones.

Es necesario pensar en la formación del médico general como un aspecto puntual de la vida de los sujetos que ingresan a la Universidad; por ello es necesario lograr la vinculación del ámbito universitario con la experiencia de vida de los sujetos.

Por ello, debemos preguntarnos ¿Cómo acompañar?

Hay que lograr claridad sobre los principios éticos de las actuaciones de las personas.

El comportamiento ético no viene, solo, del curso.

La ciencia tiene principios éticos inherentes.

En la actual estructura curricular esto podría resolverse teniendo en cuenta: el momento ético en el desarrollo del ABP, la comprensión de los valores que tiene el aprendizaje.

En ese mismo encuentro se hicieron las siguientes propuestas:

a) reunir los asuntos en el área de humanidades para recoger lo que se encuentra fragmentado; b) diferenciar ética formativa de ética ciudadana, con el propósito de definir los aspectos técnicos del saber; c) comprometer personas en el nivel de lo filosófico para acompañar la propuesta; d) se requiere la integración de las personas que ofrecen los cursos, (en) un eje básico; e) acercarnos a la formación de docentes, por ejemplo considerar la parte ética del ejercicio en el aula; e) diferenciar, dentro de la estructura del nuevo currículo, las ciencias sociales, las ciencias humanas y la ética. A partir de esta distinción hacer una revisión de los contenidos; f) Definir los perfiles de los profesionales encargados del área para delimitar los campos de saber. CC:19

Con lo anterior se reafirmó el reconocimiento a la ética en su importancia para la formación médica y que existe una debilidad de base al respecto, en aspectos como la fragmentación y la falta de integración de los docentes. Se contempló la formación ética más allá de un curso, con la influencia del ámbito universitario y la necesidad de acercarlo a la 'experiencia de vida de los sujetos', en lo que pudiera reconocerse como el currículo oculto.

Sobre las directrices que se plasmaron en esa oportunidad, no se encontraron sustentos escritos de su posterior desarrollo en las actas analizadas, pero se pueden establecer algunos eventos por observación participante, que concordaron con esas orientaciones. Surgieron de iniciativas de actores académicos diferentes a las que emanan de las directivas, pero puede identificarse una reciprocidad al ser respaldadas y fomentadas por estas.

Se conoce que desde el año 2009, germinó otro grupo que buscaba promover la bioética en la institución, que permanece y continúa en la actualidad¹¹⁵. Se retomó la inquietud del Comité de Currículo en la primera fase de la transformación curricular, para contar con una base institucional que

¹¹⁵ El Grupo de bioética se conforma a partir del segundo semestre del año 2009 con profesores que hacen parte de los departamentos de Medicina Preventiva, Psiquiatría y Educación Médica. Es liderado desde el primero de estos y a partir de la formación en bioética que desde su propia iniciativa buscaron algunos docentes que luego obtienen el apoyo de la facultad y la universidad en el desarrollo formativo en este campo. En el año 2012, ingresan al grupo una profesora de Enfermería y un docente de Odontología que además de tener esa profesión de base es también abogado.

permita disponer de un recurso colectivo que fomente la ética y la bioética basadas en el diálogo y la deliberación. Entre sus tareas se incluye una actividad académica por fuera del currículo formal, que se promueve en la institución para la reflexión y análisis de temas bioéticos que han denominado 'Debates Bioéticos' y que se adelanta en cerca de tres ocasiones cada semestre.

Si bien, no ha sido posible que todos los docentes encargados de temas sobre bioética en el currículo de medicina de la U de A hagan parte del grupo, se logró adelantar un esfuerzo por avanzar en la integración con la participación de docentes formados, o que están en formación en ética o bioética, que provienen de las disciplinas clínicas o de las básicas.

Hay otro desarrollo en los últimos años en la búsqueda de superación de la debilidad de estas áreas curriculares. Por ejemplo, en un trabajo realizado en la Comisión Pedagógica sobre armonización de competencias, se incluyeron las que corresponden a la ética y la bioética. En ese estudio, se llamó la atención sobre estos campos para que fueran transcurriculares, como competencias genéricas. También en 2010 el encuentro anual sobre Educación Superior en Salud se dedica a un tema del campo: los sentidos de la autonomía en salud.

A esta iniciativa, y otras que han emergido desde el inicio de la renovación por docentes interesados en promover la ética y la bioética, les falta la articulación en un trabajo sistemático y grupal, respaldado por la institución y por profesores que aporten su experiencia y su formación. Así, podría consolidarse una construcción colectiva en aras de integrar con fuerza estos campos en la base del currículo de medicina y superar esta situación de debilidad.

“La facultad como tal no le ha dado a este elemento (la bioética) la importancia que realmente tiene” GFF:P3

En el último año, desde el equipo directivo, y como parte de la orientación pedagógica que se analiza, se iniciaron encuentros de los profesores que integran la docencia relacionada con ciencias sociales y humanas para revisarlas conjuntamente, lo cual se convierte en una oportunidad para plantear la integración de la ética y la bioética.

Hay que observar que el desarrollo de la bioética pasa por el llamado principialismo anglosajón, bien sea porque se cuestiona, se amplía o se modula¹¹⁶, pero es un referente de ese campo. Si se parte de entenderlo como un desarrollo básico, y se hace un acercamiento a la OP del currículo en cuestión, no se identifica que los principios planteados en ese marco hayan sido motivo de análisis amplio y significativo.

La autonomía del estudiante fue clave en la dinámica de la renovación curricular, pero no en el paciente. Algo se analizó sobre ese valor en la profesión médica (N1:55), y es motivo de análisis en uno de los encuentros de educación superior recientes que adelantó la Comisión Pedagógica, en un esfuerzo por avanzar en esa reflexión. Pero, el análisis de la autonomía no emerge conjuntamente con el resto de principios, como una cuestión que sacudió el desarrollo de la medicina, como ocurrió en muchos países de occidente, y que ha sido crucial en la evolución de la bioética. Esto se ampliará más adelante.

Así, la hipótesis “se significa en los límites del principialismo anglosajón”: no es una representación que se haya producido en las OP objeto de este estudio, pues ni el análisis documental, ni la lectura de contenidos permite esa apreciación. Por otra parte, en las entrevistas, los principios emergen en

¹¹⁶ Como lo señalara Jorge José Ferrer, con respecto al principialismo de Beauchamp y Childress, “se trata de una contribución notable con la que es necesario contar”; ese autor recoge cuestionamientos a esa concepción y desde su perspectiva debe ser matizado por propuestas como las que presenta Diego Gracia. Ver: FERRER, Jorge José. Los principios de la Bioética. *Cuadernos del programa Regional de Bioética*. 1999,(7): 57.

relación con otras representaciones vinculadas, pero el reconocimiento directo de los principios básicos es muy escaso.

“Desconozco los principios bioéticos” (GFF:P7)

Esto implica que no hay en el currículo analizado el desarrollo de una postura crítica, o una diferente al llamado principialismo anglosajón. Se trata de un desarrollo más precario que no alcanza ese nivel de análisis. Por tanto, no se conocen ni se discuten las propuestas latinoamericanas.

El trabajo grupal es necesario para promover la bioética en el currículo a la manera de los comités

La búsqueda por configurar un equipo de base institucional, para superar la actuación individual, corresponde con el planteamiento de que “la bioética es una disciplina cuyo discurso se legitima en ser dialógico, secular y procedimental”¹¹⁷. Se interpreta como una necesidad de construcción colectiva que fomente el diálogo, la pluralidad de concepciones y para ello los procedimientos que faciliten esos valores. Antes se analizó esta frustración en los primeros años del movimiento de renovación curricular, y se pudo observar que el Comité de Currículo reiteró esa situación como *inconveniente*, en el relato que se presentó del año 2006, sobre la revisión de aspectos de la ética en el currículo CC:18.

Un grupo permite hacer propuestas institucionales que hayan pasado por un debate inicial que depure una postura sometida al aporte y la crítica de varias miradas y perspectivas. Así, es más posible avanzar en el pluralismo, como una de las características de la bioética, de la que nos explican, entre otros, Diego Gracia¹¹⁸, Gilbert Hottois¹¹⁹, Juliana González¹²⁰.

Por otro lado, esa necesidad grupal de base también está acorde con los planteamientos de Alberto Perales Cabrera, sobre el impacto determinante de lo que llama “sistema formador” en la educación humanista y ética de los estudiantes. Precisamente, se trata de promover la bioética en ese contexto. Ese sistema, al que se refiere Perales, concierne a la ética institucional, determinante en los alumnos por su influencia durante 7 o más años que cubre incluso su etapa adolescente. Contiene varios niveles los cuales corresponden “a la sociedad, la universidad, la facultad de medicina, las sedes docentes hospitalarias, el cuerpo docente, el cuerpo administrativo y los alumnos”¹²¹.

Un equipo de trabajo académico, que promueva la bioética en un currículo, está en el horizonte de conformarse como una influencia plural. Lograr espacios de acción dialógica permite a la vez estimular la deliberación y los consensos. Además, están en consonancia con el significado que tienen los comités de ética en investigación o los hospitalarios. En la dinámica educativa, las propuestas sobre decisiones que orientan la formación en bioética, como en otros campos, requieren ese tipo de instancias. Ellos también se deben caracterizar por su pluralismo e interdisciplinariedad.

¹¹⁷ OUTOMURO, Delia. *Op. cit.*, p 21.

¹¹⁸ GRACIA, Diego. 1999. *Op. cit.*, p. 26.

¹¹⁹ HOTTOIS, Gilbert. 2007, *Op. cit.*, pp. 29-30.

¹²⁰ GONZÁLEZ, Juliana. Introducción. ¿Qué ética para la bioética? En: *Perspectivas de bioética*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Filosofía y Letras. Comisión Nacional de los Derechos Humanos y Fondo de Cultura Económica, 2008, pp. 33 - 374.

¹²¹ PERALES Cabrera, *Op. cit.*, p 32.

La importancia de la formación de formadores

Otra orientación pedagógica emitida en el año 2006 reconoce la necesidad desde el Comité de Currículo de “*acercarnos a la formación de docentes, por ejemplo, considerar la parte ética del ejercicio en el aula*” (CC:17). De acuerdo con ello, desde el año 2010, la Comisión Pedagógica incluye un Seminario de Ética y Bioética, Educación Médica e Investigación en un Diplomado de Educación Pedagógica sobre Educación Superior en Salud. Esa actividad formadora ha tenido muy buena evaluación por parte de los docentes participantes, como se puede verificar en las respuestas que se recogen en el departamento de Educación Médica. Esto corresponde a capacitaciones que requieren desarrollarse más ampliamente, como se expresa en las evaluaciones del seminario mencionado y en el Grupo de Bioética.

León Correa comenta que la experiencia que en este campo han tenido en la Pontificia Universidad Católica de Chile, ha sido muy eficaz en los cursos taller de Ética Clínica para docentes clínicos, y relata una participación mayor de la mitad de médicos profesores o tutores de la Facultad y en hospitales relacionados con prácticas académicas. “Nuestros estudiantes sólo cambiarán sus actitudes si también ven cambios en sus docentes clínicos”¹²².

Delia Outomuro¹²³ propone estrategias para formar en bioética a futuros docentes y auxiliares docentes en este tema. Para ello, sugiere la conformación de una ‘Escuela de Ayudantes’ que tenga en cuenta propósitos en torno a contenidos en conocimientos, procedimientos y actitudes; al diálogo requerido para posibilitar el intercambio de ideas en temas que son controversiales; homogeneidad en cuanto al conjunto de conocimientos básicos mínimos que deben tener los docentes; discursividad para expresar su conocimiento; entrenamiento para hacer frente a conflictos en el aula; y trabajo de campo para una práctica concreta que le permita constituirse como observador y “experimentar como observador la situación real de trabajo futuro”.

Conclusiones sobre la OP en bioética en el desarrollo curricular

Aunque hubo voluntad expresa desde la OP para desarrollar la bioética en el currículo, ésta se integró débilmente; de manera interdisciplinaria unas veces, otras no, más por la intencionalidad de algunos profesores y estudiantes, que por una orientación pedagógica clara y definida de la institución que ha intentado superar esa situación, sin que hasta el momento haya sido efectiva. No se alcanza a reconocer ni a cuestionar el principalismo anglosajón; no se acogen las discusiones bioéticas desde el ámbito latinoamericano; las didácticas son variadas, pero deben tener una clara intencionalidad de lo que buscan; y falta sistematización e integración. Se debe concluir que hay esfuerzos importantes, pero aún incipientes, en la formación de profesores, la conformación de un grupo encargado del campo de la ética y la bioética, la identificación de competencias genéricas, que deben pasar también a capacidades específicas, y eventos pedagógicos sobre temas relacionados. Pero deben consolidarse con orientaciones y acciones claras y definidas, que tengan fuerza en el clima institucional, para superar la actual situación de debilidad que tiene la bioética en el desarrollo curricular.

¹²² LEÓN CORREA, Francisco Javier. *Op. cit.*, p. 15.

¹²³ OUTOMURO, Delia. *Op. cit.*, p. 26.

1.2.2 La bioética en la Relación Médico Paciente: fundamento curricular necesario en la formación médica actual

Un currículo médico actual está llamado a asimilar y profundizar en la conciencia que traen los nuevos tiempos de otra concepción de las personas atendidas en el campo de la salud. Como ya lo señaló Diego Gracia¹²⁴ los pacientes han aprendido a gestionar su cuerpo, su vida, su sexualidad, su salud y hasta su muerte, lo que representa una transformación que ocurre en la segunda mitad del siglo XX.

La OP motivo de este análisis, ha tenido una consideración poco contundente y sin fuerza de la RMP. En particular, ha faltado enriquecer la presencia del paciente en esa interacción, bajo la mirada de hechos clave que en la historia reciente han transformado su comprensión.

“No estamos haciendo una transmisión muy consistente de los fundamentos de la relación médico-paciente y de lo que eso implica”(GFF:11)

La categoría *mundo de la vida* es referente fundamental de esa sistematización curricular, que posibilitó otra visión que supera el reduccionismo del modelo biomédico hegemónico centrado en lo material, y dimensionar lo subjetivo y lo social, con perspectiva más integral. Sin embargo, ese enfoque ha sido insuficiente: ha faltado contar con otras categorías que posibiliten el entendimiento del cambio en la función del paciente y en el reconocimiento de su autonomía con respecto a las decisiones que se toman en su salud y enfermedad.

Entre los actores hay referencias a la analogía entre la relación profesor – estudiante y la relación médico – paciente. De hecho, esa semejanza fue resaltada por un estudiante del primer semestre de medicina en una de las clases de bioética en la Facultad que se analiza. En la orientación pedagógica el énfasis se dirigió a cuestionar la concepción tradicional del estudiante, antes desconocido en su capacidad de autonomía. Se requiere también discutir la misma postura que ha predominado frente a los pacientes. Por tanto, desde la bioética puede sustentarse que esta visión debería ser aplicada a ellos y no sólo a los estudiantes, en términos semejantes que se plantean para estos en el texto siguiente:

“Se debe dejar de mirar a los estudiantes como a un conglomerado amorfo e incompetente sin capacidad y sin ideas, sobre el que puede probarse, sin escrúpulos, todos los procedimientos, todas las disciplinas y esgrimir contra ellos la regleta de una mal entendida pedagogía” (N1:39)

Si se desarrollara esa tarea de consolidación conceptual sobre el paciente desde la bioética en la orientación pedagógica, habría mayor coherencia con lo establecido en la visión curricular de medicina de la U de A para que se *“..propendan por relaciones democráticas con las personas y con la sociedad y entre todos los estamentos de la comunidad universitaria”*.

En los fundamentos teóricos para un cambio curricular se acoge el análisis de la postulación por Kant de la existencia de un *a priori* en la ley moral, y el imperativo que formuló acerca de cómo “las personas deben ser consideradas como un fin en sí mismas y no como un medio para intereses particulares”. Sus planteamientos sobre la crítica que se plantea en el proyecto de la modernidad se identifican como “eje orientador de la formación de los estudiantes de medicina” (N1:24). Sin embargo, en dichos fundamentos curriculares ese enfoque filosófico no logra articularse con los cambios reflejados

¹²⁴ GRACIA, D. Entrevista en video [fecha de consulta: 7 de septiembre de 2012]. Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=nWfk8sIUfOk>

tardíamente en la RMP, y la perspectiva autonómica que llega a esa interacción mucho después. Esto no alcanza a elaborarse con coherencia para dar cabida al paciente desde una visión más protagonista y participativa del aprendizaje en la educación médica.

Así, se pueden identificar movimientos clave que han incidido en la RMP y que han hecho de esa interacción una dinámica con diferencias fundamentales a las épocas anteriores. Por supuesto, como punto de partida está el desarrollo filosófico de Kant sobre la mayoría de edad y, en general, acerca de la autonomía vs la heteronomía, desde el siglo XVIII. Su proyección en las relaciones con los pacientes solo se reflejó en tiempos recientes¹²⁵. Múltiples eventos se enlazaron para influir en las transformaciones de las relaciones asistenciales. Gilbert Hottois¹²⁶, Diego Gracia¹²⁷, Pablo Simón Lorda¹²⁸, Miguel Ángel Sánchez¹²⁹, Jaime Escobar Triana¹³⁰, entre otros, han llamado la atención sobre esos hechos que hoy caracterizan la RMP desde el enfoque de derechos.

Otra de las bases de esa transformación está en el desarrollo de los derechos humanos, entre los cuales el consentimiento informado ha tenido gran fuerza en los procesos que relacionan las personas con la atención en salud. Su influencia es decisiva, aunque se ha cuestionado, con razón, la forma en que se desarrolla su proceso, pues la mayoría de las veces sólo se constituye en un requisito formal¹³¹. El sentido que lo motiva en su origen es que representa una opción del paciente para tomar decisiones propias a partir de la información adecuada y la capacidad de agencia de la persona, sin que existan coacciones externas.

Varios hechos configuraron lo que conocemos como *el consentimiento informado*, un derecho de los pacientes y de los participantes en las investigaciones biomédicas. Éste consiste en el reconocimiento a su capacidad de decisión para incorporarse o no a los estudios y en los manejos terapéuticos propuestos por los médicos y, en general, por los profesionales de la salud. Dicha capacidad depende de su posibilidad de tomar decisiones basadas en su autonomía o su capacidad de autogobierno¹³². Su evolución está marcada al inicio, por el planteamiento del consentimiento voluntario en el Código de Núremberg en 1948, luego del juzgamiento de las atrocidades nazis por los experimentos a los que sometieron a miles de judíos, sin contar con su voluntad. En ese contexto, el consentimiento estaba vinculado a la participación en las investigaciones¹³³.

En 1964 la Declaración de Helsinki formuló las condiciones de un consentimiento con énfasis en la información que recibe el participante, al decidir o no, hacer parte de un estudio biomédico. Miguel Ángel Sánchez¹³⁴ anota los aportes de un fallo judicial en 1957, en el desarrollo de un juicio por responsabilidades debidas a una paraplejía que resultó luego de una aortografía translumbar. El juez llamó la atención sobre el hecho de que al paciente no se le advirtió el riesgo. En esa sentencia se configuró una jurisprudencia, pero aún quedan muchas dudas por resolver en torno a esa responsabilidad sobre su aplicación y entendimiento. Desde entonces, se plantea el Consentimiento Informado (CI) en la relación médico paciente, según lo relata Sánchez, hasta llegar a convertirse en *un*

¹²⁵ SÁNCHEZ GONZÁLEZ, Miguel Ángel. *Op. cit.*, p.429.

¹²⁶ HOTTOIS, Gilbert. 2007. *Op. cit.*, p. 50.

¹²⁷ GRACIA, Diego.1999. *Op. cit.*, pp. 104- 106.

¹²⁸ LORDA, Pablo Simón. El Consentimiento Informado y la participación del enfermo en las relaciones sanitarias. . En: COUCEIRO, Azucena (ed.) *Bioética para Clínicos*. Madrid: Triacastela, 1999. pp. 133-144.

¹²⁹SÁNCHEZ GONZÁLEZ, Miguel Ángel. Relación con el paciente. En: *Historia, Teoría y Método de la Medicina: Introducción al pensamiento Médico*. Barcelona: Masson, 1988, pp. 427-447.

¹³⁰ESCOBAR TRIANA, Jaime. ¿Porqué enseñar Bioética Clínica en América Latina?. Clases en el Doctorado de Bioética en la Universidad EL Bosque. 2010.

¹³¹ CAMPS, VICTORIA. 2005. *Op. cit.*, p. 117.

¹³² LORDA, P. S. 1999. *Op. cit.*, pp. 133-144.

¹³³ LORDA, P.S. y BARRIO, I.M. 1999. *Op. cit.*, p. 43.

¹³⁴ SÁNCHEZ GONZÁLEZ, Miguel Ángel. *Op. cit.*, p.431.

derecho humano individual, junto a otros como el de la vida, la libertad y la propiedad. El Consentimiento Informado en la actualidad “es el elemento central de la relación con el paciente en el nuevo modelo autonomista de asistencia médica”¹³⁵. En forma progresiva, cada vez más, los pacientes demandan ser tenidos en cuenta y que se consideren sus conceptos, visiones y valores, así como estar plenamente informados.

Otros hechos decisivos en la evolución de la RMP han sido: la primera carta de los derechos de los pacientes en 1973 en la Asociación Americana de Hospitales en Estados Unidos, con un preludio en 1969¹³⁶, el informe Belmont y el desarrollo organizativo que se despliega con la bioética en los comités hospitalarios y de investigación. Ellos deben constituirse en referentes mínimos desde la bioética de las OP en los currículos de medicina, pues sin estos las directrices quedan desfasadas de la época actual. Además, es deseable para el progreso de la dimensión moral de la medicina en un país como el nuestro, latinoamericano, considerar la perspectiva de la vulnerabilidad y la integridad. Por otro lado, los aportes en el pensamiento de lo que constituye la influencia de la contingencia¹³⁷ en la vida, permiten asumir un desarrollo moral de más profundidad en la RMP.

Por muchos siglos, la RMP estuvo orientada por el llamado paternalismo médico, en el que estos profesionales eran los que asumían las decisiones de los pacientes, al entenderlos incapaces para esa función. Esa actitud se cuestiona ampliamente ante las nuevas construcciones y elaboraciones conceptuales que hacen parte de nuestras vivencias en los tiempos actuales. Todos estos cambios están influidos por las transformaciones generales en las relaciones entre los seres humanos.

Diego Gracia¹³⁸ y Miguel Ángel Sánchez¹³⁹ nos cuentan que durante la Antigüedad y la Edad Media, el arquetipo de la RMP era vertical, y la interacción del padre con el hijo era la ejemplar. En ese contexto surgió y se fortaleció el modelo paternalista. En la Edad Moderna se desarrolla el pensamiento de la autonomía y la libertad para el individuo que promueven el desarrollo, en distinto grado, de otros modelos de relaciones.

En la sistematización curricular que estamos considerando, en la transición del siglo pasado al presente, la RMP no fue objeto de un aparte especial que retomara los cambios contundentes que ocurrieron durante el siglo XX en esa interacción. En sus índices de contenidos no se aprecia esa diferenciación, y en su desarrollo hay algunas alusiones a estos aspectos, sin que resalten con fuerza en la elaboración. Aunque hay mención de un horizonte de cambio en los pacientes, no se mantiene consistencia en el texto. En las tendencias que se identifican en el contexto social se señala:

“La relación médico paciente cambiará radicalmente en el futuro, fundamentalmente debido al apoderamiento del paciente” (N1:58)

“El profesional de la medicina se preparará para afrontar al usuario como centro de la atención lo cual llevará muy rápidamente al apoderamiento de los usuarios...” (N1:58)

Sin embargo, estas alusiones sobre el contexto no mantienen su persistencia y consistencia en el texto, al faltar el desarrollo de esta incidencia en la RMP.

¹³⁵ *Ibid.*, p. 432.

¹³⁶ GRACIA, Diego. 2008. *Op. cit.*, p. 174.

¹³⁷ DÜWELL, Marcus, REHMANN-SUTTER, Christoph y MIETH, Dietmar. *The Contingent Nature of Life. Bioethics and the limits of human existence*, Berkeley: Springer, 2008.

¹³⁸ GRACIA, Diego. 1999, *Op. cit.*, p. 98.

¹³⁹ SÁNCHEZ, Miguel Ángel. *Op. cit.*, p. 429.

En el documento *Hacia un marco teórico para la renovación curricular* (N1:06), bajo el título *El cambio como fenómeno universal*, se desarrollan apartes con los subtítulos acerca del cambio físico, subjetivo, institucional y en nuestra sociedad. Desde la bioética se podría pensar en un subcapítulo que falta allí, sobre el cambio en la RMP, como referente fundamental en la formación médica. Por otra parte, en el mismo documento mencionado (N1:31), en su aparte sobre las tendencias actuales en educación basadas en Conferencias Internacionales de Educación Médica, especialmente las que se desarrollaron en los noventa, está ausente la que se refiere a la bioética y la ética. Ello, a pesar de que en las recomendaciones de la publicación internacional que se referencia¹⁴⁰ y en la Cumbre Mundial de Edimburgo en 1993, está el funcionamiento ético de la educación médica. “La ética siempre debe recibir una total atención en las escuelas de medicina, en todos los encuentros clínicos y en la comunidad”¹⁴¹.

En el documento *Visión curricular. Los propósitos de formación. La propuesta pedagógica* (N3:33), se hace referencia a la relación profesor – alumno – paciente así:

Usualmente el médico tradicional se ha regido por una relación vertical y autoritaria con su paciente, con su alumno y con la sociedad. Ha sido una relación de poder, fruto de la concepción tradicional de la medicina, del médico como autoridad, y de su desconocimiento del paciente y del estudiante, como personas.

Y más adelante:

El nuevo currículo requiere de un médico-docente que establezca una relación de comunicación horizontal con su estudiante y con su paciente (N3:33).

Sin embargo, estas alusiones no mantienen su persistencia y consistencia en el texto, por lo que se interpreta que al ser manifestaciones más bien excepcionales y escasas, se constituyen como una idea aún débil, puntual, que debe ser fortalecida en la concepción de base que inspira la orientación pedagógica. Lo anterior, debido a que en gran parte del texto se olvida al paciente. Por ejemplo: se hace referencia al profesional médico como *...Podrá desarrollar no sólo conocimientos, sino también actitudes y valores culturales para entender la salud y la enfermedad en forma integral* (N3:33). Pero, más que a la salud y la enfermedad, es a la persona, al paciente al que se deberá comprender en forma integral.

En uno de estos documentos de la sistematización curricular(N1:30), se reconocieron unas relaciones en las que se reclama una exigencia de coherencia del microcurrículo con el macrocurrículo, a partir de la consideración de categorías como el mundo de la vida, la complejidad y la multidisciplinariedad. Se identificaron las interacciones docente – estudiante, docente – docente, estudiante – estudiante, respetuosas e intersubjetivas. Se omitió indicar la relación profesor-paciente-estudiante, triada fundamental en la educación médica, sobre la que se deben reconocer cambios significativos en las últimas décadas.

Como se mencionó en el capítulo anterior, los principios desarrollados en el informe Belmont y luego por Beauchamp y Childress, son referentes por los que necesariamente pasa la evolución y la proyección de la bioética, aunque hayan sido criticados y cuestionados. Se pueden identificar como un mínimo de los principios que hacen parte actualmente del campo de la RMP. Estos aportan en el

¹⁴⁰ PROGRAMA DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS DE SALUD DE LA OPS. Los cambios de la profesión médica y su influencia sobre la educación médica [en línea]. *Educ Med Salud*, 1994, **28**(1),7-19. [fecha de consulta: 3 de julio de 2012] Disponible en: <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/16884.pdf>

¹⁴¹ Cumbre mundial de Educación Médica. Declaración de Edimburgo 1993 [en línea]. *Rev Cubana Educ Med Super.* 2000, **14**(3),270-83. [fecha de consulta: 3 de julio de 2012]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol14_3_00/ems07300.htm

marco moral argumentativo, en la sustentación de juicios de valor, sin que puedan ser garantía de resolución, porque muchas veces entran en contradicción y porque cada caso tiene especificidades. En el marco de referencia de la OP analizada no se reconoce en forma directa este desarrollo de los principios de la llamada bioética anglosajona, que ha marcado desde los años 70 una época llena de inquietudes, por las eventualidades que genera la ciencia y la tecnología desde el siglo anterior. Como antes se dijo, tampoco avanza en las discusiones actuales de la bioética en la región latinoamericana.

A pesar de que el Consentimiento Informado es revisado por los estudiantes, cambia poco la práctica institucional.

En los encuentros asistenciales, cada vez tiene mayor fuerza el enfoque de los derechos humanos. En la RMP¹⁴² inciden los llamados derechos negativos que corresponden a los derechos a la vida, a la integridad física y al consentimiento informado, y son negativos porque no llaman a la exigencia de algo positivo, sino simplemente de evitar acciones. Entre los derechos positivos, económicos, sociales y culturales, está el de Asistencia Sanitaria, en que la iniciativa depende del Estado, no de los individuos. El Consentimiento Informado¹⁴³ es uno de los derechos más relevantes en la RMP, pero es un aspecto que no se ha desarrollado en la OP del currículo como un hecho clave de esa interacción, aunque es un contenido que se revisa puntualmente en el currículo:

Al llegar al nivel once los estudiantes ya tienen un bagaje de experiencias clínicas y acerca del consentimiento informado, sobre las que se hacen preguntas y reflexiones en las sesiones relacionadas con bioética P05:P4

Pero más allá del aporte de un profesor en su aula, o en una investigación, falta la fuerza de una directriz general que resalte este tema en su importancia para el ejercicio profesional, no sólo en determinado componente curricular, sino en su implementación en la práctica académica con los pacientes en general.

Yo trabajé en un grupo de investigación, yo sé más o menos como se hace el consentimiento y en qué consiste, pero es que es muy por encima, y muchas veces uno no le para bolas a eso; y pues, lo del consentimiento informado, por ejemplo yo que ya estoy en internado en instituciones; los médicos tampoco le ponen atención a eso, es como copie y pegue. E6:P3

Es frecuente en el marco de los convenios, el desconocimiento y la falta de respeto por la autonomía del paciente:

A mí me preocupa mucho los convenios, y lo veo bastante, es cuando se hace poco uso del consentimiento informado, o cuando se usa como un mero requisito, o cuando el paciente se convierte en un objeto de trabajo, y manden exámenes, y uno sale y termina la ronda y va y digita sus veinte pruebas diagnósticas y el paciente ni por enterado; simplemente lo chuzan, se sacan cosas, pero el paciente no sabe nada, porque presumen que el paciente no va a entender y muchas veces no hacen ni el esfuerzo de explicarle” E02:P5

Uno coge el papel en blanco y dice firme; no sabe que está firmando muchas veces; entonces, por ejemplo, llega algún día de tener problemas, y me ha tocado ver que muchos pacientes después de la atención no lo firman porque ya ha ocurrido uno de los desenlaces, una muerte; no firman, porque ya murió y dice que se lo dejaron morir entonces. E6:P3

Un/a estudiante del último año manifestó:

¹⁴² GRACIA, Diego. 1999. *Op. cit.*, pp. 104-105.

¹⁴³ OVALLE, CONSTANZA. *Práctica y significado del consentimiento informado en hospitales de Colombia y Chile. Estudio de casos. Trabajo para optar por el Doctorado en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud Universidad de Manizales – CINDE. Colección BIOS Y OIKOS 7. Bogotá: El Bosque, 2009.*

...yo digo: son untaditas, y eso se lo dan a uno en once, después de ver once semestres de medicina donde ya tuvo contacto con todas las farmacéuticas, donde ya de una u otra forma ya lo han comprado, y cuando ya ha hecho miles de consentimientos informados, porque cuando una ha rotado muchas veces lo ponen a uno a hacer eso, entonces ya pa' que en once, pues. E06:P4

El Consentimiento Informado debería tener una elaboración en las bases teóricas que fundamentan al currículo. Lo anterior requiere la presencia institucional, no sólo del docente encargado del tema que logra llegar a los estudiantes: esa huella necesita del *sistema formador* para que realmente ese proceso *transforme* las prácticas asistenciales. Así, Lorda y Barrio manifiestan: “La introducción de la noción ‘derechos de los pacientes’ va a traer como consecuencia una profunda modificación de los modos tradicionales de relación médico-enfermo’ que tendrá su máxima expresión en la teoría del consentimiento informado”¹⁴⁴. Esta transformación podría apoyarse en el intercambio de experiencias entre docentes, puesto que hay entre ellos quienes se ocupan de llevar a cabo estos procesos.

Tratamos de hacerlo (pedir autorización al paciente en las rondas hospitalarias), tratamos de no molestar por ejemplo cuando hay que constatar algo al examen físico que no todo el mundo lo palpe, si le hace daño pues nadie lo va a hacer, pero tratamos de que sea una relación muy cordial, que el paciente entienda, que no vaya a establecer barreras. La institución, como institución, le explica a su ingreso que es un hospital universitario, que hay gente en formación, que él está en libertad de aceptar esto o no P15:P5

Veamos ahora otras categorías que nos permitieron acercarnos desde la bioética a la orientación pedagógica del currículo analizado.

Dilemas bioéticos: lecciones para reflexionar en el desarrollo de un ABP en el décimo nivel

Los dilemas bioéticos son motivo de profundas inquietudes en relación con las situaciones que ofrece el desarrollo tecno-científico para los pacientes en su vida, su salud y su enfermedad. Es una problemática que, a pesar de ser referente ineludible de la práctica médica, no emerge como tal en la fundamentación pedagógica con una elaboración que permita dar cuenta de su significado en el ejercicio asistencial de la actualidad. Sin embargo, hace parte de contenidos que revisan algunos profesores con los estudiantes en el octavo y noveno nivel.

En la actividad del octavo nivel (los estudiantes) revisan dilemas, pero después de haber trabajado bastante sobre el ser de ellos y también ven técnicas que les permite enfrentar pacientes psiquiátricos y analizar también los aspectos legales y el consentimiento informado P05:P4

Llama la atención que en el grupo focal con los internos, la siguiente expresión no fue controvertida, a pesar de corresponder a estudiantes en el último año de su formación:

Yo creo que nosotros si estamos un poquito alejados de eso (los dilemas), de hablar, de no tenemos los fundamentos porque no se nos ofrecen y porque dentro de la práctica no es que se tomen mucho GFI:P9

Por contraste, hay un tema que tiene fuerza curricular desde los inicios de la renovación y es el relacionado con el aborto, que se revisa en el nivel décimo mediante el ABP y que deja a los estudiantes con reflexiones e interrogantes que deben resolver en su autonomía.

¹⁴⁴ LORDA, P.S., e BARRIO I.M. 1999. *Op. cit.*, p. 43.

Un tema que es muy tocado dentro del pregrado de nosotros, un tema que se toca tanto, que es el aborto. Un tema que tiene un peso, un enfoque que a nosotros casi que nos dicen la mujer tiene derecho a abortar en algunos casos, la ley lo permite y la universidad dice que la ley lo está permitiendo y por eso es que nos lo enseñan, o sea es obligación de la universidad pública enseñar lo que la ley permite y lo que uno está obligado es caso tal de alguna cosa, pero entonces uno ya sabe que si le toca trabajar en la Clínica XXXX, uno no puede hablar de eso; ni hablar de eso con un paciente porque eso es ir en contra de los principios de la institución, si uno está en el XXXX. Sería lo mismo, entonces empieza una ya a mirar que mientras uno aprende unas cosas, hay lugares donde no puede ponerlas en práctica, entonces no sé qué tan ligado esté la formación con la practica académica GFI:P10

Es muy interesante porque uno ve las posturas de los mismos compañeros de uno, empezar a analizar desde la legislación a analizar los casos que están justificados en ese momento; entonces, uno empieza a hacer el discernimiento del por qué está clasificado, y si este sí, por qué el otro no; entonces a uno le ponen un caso, que es un caso en el que uno hace un análisis particular de cada paciente, porque uno no puede generalizar con esas cosas como en el caso de las guías de atención, pero uno no se ciñe al pie de la guía, porque no todos caen en esa guía E01:10

Es bueno porque esa parte ética se profundizó mucho, un espacio que es muy de conversar de justificar, uno no llega a un consenso, pero uno aprovecha las opiniones de los demás, así sean contrarias a lo que uno piensa, uno se llena de puntos de vista; entonces uno mira el problema desde el punto de vista del otro; yo pienso que estoy en contra del aborto, pero es verdad que esta persona me está dando un argumento muy bueno que tiene todo el derecho a pensarlo; cosas así de ese tipo son muy enriquecedoras E01:10

También existen otras visiones de esa didáctica que se expresan en algunos estudiantes:

El aborto... nunca lo tocamos de manera adecuada... lo vemos ... un poquito en el décimo semestre con ginecología, pero no nos lo da alguien que sepa ... de bioética sino el que sabe de la parte técnica E06:P1

Esa experiencia mediante el Aprendizaje Basado en Problemas es una lección de avance en la revisión de un dilema mediante la discusión, la deliberación y el estudio de distintas fuentes, lo que hace parte de la esencia de esa didáctica. No está en la fundamentación teórica que recogen los documentos base del desarrollo curricular en la institución, pero hay un conjunto de profesores, en una de las unidades de la Facultad, que ha respaldado su desarrollo hace varios años.

Los dilemas son múltiples y este del aborto es apenas uno de tantos en la sociedad actual, y sobre ellos hay gran vacío en el currículo. Pero se cuenta con una experiencia de la que se puede aprender, reconociendo que falta dar salida a esos interrogantes de manera intencionada en el currículo. Se debe tener en cuenta que si las metodologías para enfrentar esas situaciones complejas se elaboran con acompañamiento docente en eventos clave, pueden ser experiencias significativas que se proyectan a otras decisiones complejas¹⁴⁵.

Ya está que busquemos espacios, sí; que alguien quiere hacer una recopilación, sí; que montemos un consultorio de dilemas bioéticos, no sé, podrían pasar toda suerte digamos de inquietudes o de propuestas con esto; pero que están ahí: sí; ahora ¿que ha pasado?, que hay terrenos por ejemplo donde es muy poca la reflexión; estoy haciendo especialmente énfasis en postgrados; es muy pobre la reflexión..... pienso que el pregrado con todas las deficiencias que tiene, tiene ya algo, pero el postgrado me parece que es un punto muy difícil, y ni que decir, los egresados yo no sé cómo se las hacen P05:P12

¹⁴⁵ COUCEIRO V Azucena. Cinco mitos sobre la enseñanza de la bioética en las Facultades de Medicina. *Rev Educ Cienc Salud*. 2009; 6 (2), 71.

La academia de medicina: ¿algo tiene que decir! El tribunal de ética médica: ¿algo tiene que decir! Las aseguradoras: ¿algo tienen que decir! Tenemos que invitarlos acá a que hablen de eso; la corte constitucional ¿que nos tiene que decir a los que formamos médicos y a los que somos médicos de oficio? P05:P12

Este testimonio llama a la necesidad de establecer diálogos desde el currículo con otros actores diferentes, para tener más elementos de análisis en el marco del contexto local, y para ampliar las reflexiones con las experiencias y las elaboraciones que se desarrollan en diferentes perspectivas y así poder concretar el carácter plural de la bioética.

Conclusiones sobre la bioética en la RMP en la OP

Se puede afirmar, desde una mirada de la bioética, que la OP del currículo no se enfoca en la RMP como un aspecto central, ni se otorga al paciente el estatus de un sujeto con capacidad de tomar decisiones. Aunque no hay una defensa explícita del enfoque paternalista, éste queda vigente ante la ausencia de argumentos que lo critiquen de manera consistente y coherente. Por esa misma razón, el consentimiento informado se ignora en la fundamentación escrita de la OP, y no ha sido motivo de elaboración sustancial en las bases teóricas del currículo; lo anterior no impide que algunos profesores lo desarrollen, desde su iniciativa personal, porque tienen formación al respecto y se interesan por el paciente y el respeto de su autonomía.

Por otra parte, al faltar una reflexión desde la OP sobre los dilemas que resultan de la evolución tecnocientífica, también persiste en ella la sobrevaloración de la biomedicina y la biotecnología, aunque se criticó el reduccionismo en la concepción del ser humano desde esas visiones. Pero esto no es suficiente, pues no se encuentra el cuestionamiento a la toma de decisiones complejas generadas por esos desarrollos tecnocientíficos, como son las unidades de cuidado intensivo, los trasplantes, las células madre, las tecnologías reproductivas y otras circunstancias. Debemos aprender la lección con esta experiencia de la implementación de ABP en el décimo nivel, en el que se analiza el tema del aborto.

Las fisuras que encuentran los seres humanos sobre el impacto que tienen los desarrollos tecnocientíficos en sus vidas, le han dado cada vez más fuerza a la *pregunta* sobre si todo lo que es técnica o científicamente posible, también lo es desde la perspectiva ética.

1.2.3 Las Políticas Públicas en Salud en un currículo de medicina: una mirada bioética desde el principio de justicia, los usuarios de los servicios de salud, el deterioro de la Relación Médico Paciente y los cambios en la práctica médica

La perspectiva de las Políticas Públicas en Salud (PPS) desde la orientación pedagógica del actual estudio, cuestiona la conformación de un sistema con intermediación en el sector salud en Colombia. Se entiende que esto ocurre a partir de un enfoque económico que genera *un modelo morbicéntrico e individualista, que estimula la aplicación de altas tecnologías, en muchos casos de manera indiscriminada. Este modelo incrementa los costos de la atención, deteriora la calidad de los servicios, lleva a un oferta inequitativa, produce bajas coberturas efectivas den atención y paradójicamente subutiliza el trabajo de médicos y otros profesionales. Un alto porcentaje del producto interno bruto (PIB) es invertido en el sector sin que ello redunde en un mejor servicio a la población* N1: 32-33

La crítica al enfoque económico que marca el sector salud en el país, también se devela en las entrevistas:

Un aspecto ético fundamental para mí, es que la salud no debe ser un negocio E05:P6

Bioéticamente el sistema de salud está mal, está faltando a la ética, en el sentido de considerar la salud como un negocio, algo de lo cual se puede obtener un beneficio económico y que ese beneficio económico está dado para terceros; o sea, el estado con su sistema proveyó al capital un nicho de negocio básicamente, entonces desde ese punto de vista: las políticas en salud, solamente ese gran lineamiento, ya está equivocado, o sea, ya está éticamente incorrecto E05:P6

Acerca del enfoque de la salud centrado en los aspectos económicos, Escobar Triana y Ovalle Gómez¹⁴⁶ explican los conflictos éticos y las inequidades que se han desencadenado con la aplicación de la ley 100 de 1993, la cual generó prácticas contradictorias con los principios que formuló. Lo anterior se ha reflejado en el gran número de tutelas y las sentencias de la Corte Constitucional ante de las demandas de los pacientes que se sienten vulnerados en sus derechos. Los autores señalan que una queja común en el actual sistema de salud en Colombia ha sido la negación de prestación de servicios por las Empresas Promotoras de Salud (EPS) en la búsqueda de mejorar sus rendimientos económicos. Resaltan que además de no cumplir con obligaciones legales, estas entidades han llegado a estimular las demandas para contener costos, puesto que existen casos en los que no se hacen reclamos. Todo esto se ha visto reflejado en lo que Escobar Triana y Ovalle Gómez denominan “*encarnizamiento jurídico, con obstinadas pretensiones de salvar dicha ley*”¹⁴⁷.

Lo anterior se enmarca en un contexto latinoamericano, caracterizado por la disminución progresiva del papel del Estado en el desarrollo social, en especial en los campos de la salud y la educación, *con una tendencia a transferir responsabilidades fundamentales al sector privado sin la garantía necesaria de equidad en la oferta de los servicios* (N1:26-27).

Se considera que la Facultad de Medicina debe ser una auditora permanente, que pueda validar o no las políticas de salud implementadas por el nuevo sistema de seguridad social, ofrecer una respuesta crítica a las mismas y proponer nuevas alternativas (N3:16)

Al respecto, se pueden considerar las palabras de MacIntire, citadas por Diego Gracia¹⁴⁸:

Lo que importa ahora es la construcción de formas locales de comunidad, dentro de las cuales, la vida moral y la vida intelectual puedan sostenerse a través de las nuevas edades oscuras que caen sobre nosotros. Y si la tradición de las virtudes fue capaz de sobrevivir a los horrores de las edades oscuras pasadas, no estamos enteramente faltos de esperanza. Sin embargo, en nuestra época los bárbaros no esperan del otro lado de la frontera, sino que llevan gobernándonos hace algún tiempo. Y muestra falta de conciencia de ello constituye parte de nuestra situación.

Así, las instituciones formadoras basadas en el cultivo de saberes humanísticos, entre ellos la bioética, pueden ser agencias de compromiso para impedir el avance de prácticas inconvenientes en el ámbito social desde el punto de vista ético, que para el caso, consideran las del ámbito de la salud. Y más allá, lo que se trata es de promover las mejores prácticas en las relaciones con los otros seres vivos.

Entre los objetivos para la reforma propuestos por la OMS a los que se alude, y que se pudieran resaltar desde la bioética, están:

¹⁴⁶ ESCOBAR TRIANA, Jaime y OVALLE GÓMEZ, Constanza. 2012. *Op. cit.*, pp. 153 – 178.

¹⁴⁷ *Ibid.*, p. 168.

¹⁴⁸ GRACIA, Diego. 2008. *Op. cit.*, p. 600.

La universalización de las coberturas; la equidad en la atención, en el acceso a los servicios, en el tratamiento recibido para la misma condición, en el tratamiento basado en las necesidades de la atención y en el estado de salud. También es objetivo la eficiencia para lograr una mejor relación costo – beneficio, la calidad de la atención lo cual requiere de un acuerdo entre los diferentes actores de la organización y la satisfacción de los usuarios y de los proveedores (N1:46).

El alcance propuesto en estos objetivos se puede analizar en el marco de la bioética, desde el sentido moral de la justicia, que brinda elementos para comprender, incidir y definir la influencia de las PPS en la vida de las personas, como integrantes de colectividades y en general de las poblaciones. Victoria Camps expresa que ese principio “es el menos atendido y el menos consolidado. Choca con demasiados intereses económicos para que sea fácil imponerlo”¹⁴⁹. Esta autora resalta que hay una ausencia notoria al respecto en el ámbito internacional, y en el local está sometido a muchas tensiones, con notorias deficiencias.

Así, la falta de arraigo de la justicia en las sociedades implica poner límites al progreso integral, individual y colectivo. La orientación pedagógica que se está analizando expresa que en la problemática de los servicios de salud en el mundo, *y en forma acentuada en nuestro país, se constata la inequidad en la accesibilidad a los servicios (de salud) según condición geográfica, socioeconómica, por grupos etareos, étnicos y de género, entre otros* (N1: 38-39)

Beauchamp y Childress¹⁵⁰ plantean la reflexión sobre las desigualdades relacionadas con el acceso al cuidado de la salud y los elevados costos de ésta, que han fomentado el debate sobre qué justicia se requiere en una sociedad específica y en el ámbito global. Se preguntan sobre cómo reconciliar el acceso razonable a los cuidados en salud, disminuir la pobreza global y la libertad de escoger un plan de salud, una economía de mercado, eficiencia social y el estado benefactor. Estos autores explican la justicia distributiva como repartición razonable, equitativa y apropiada de beneficios y cargas, derechos y responsabilidades, que incluyen los derechos civiles y políticos, en términos de cooperación social.

Se refieren al principio formal de justicia que identifica los aspectos particulares en los que los iguales deben ser tratados por igual, y proporciona criterios para determinar si dos o más personas son de hecho iguales. Por otra parte, indican que los principios materiales son los que especifican las propiedades sustantivas para la distribución, como dar partes iguales a todos, o según la necesidad, el esfuerzo, la contribución, el mérito o de acuerdo al intercambio del libre mercado. Los autores expresan que cada uno de estos principios materiales corresponde a una obligación *prima facie* cuyo peso no se puede valorar sin tener en cuenta los bienes particulares o dominios en que son aplicables¹⁵¹. Además, explican que la mayoría de las sociedades invocan varios de estos principios materiales en las Políticas Públicas, que los contemplan de acuerdo a los contextos.

Estos autores consideran la influencia de distintas teorías que determinan la distribución o la redistribución de responsabilidades y cargas, de bienes y servicios, que incluyen los del cuidado de la salud como: la teoría *utilitaria* que se enfoca en el propósito de maximizar la utilidad pública; la teoría *igualitaria* que enfatiza en el acceso igual a los bienes que cada persona racional valora, con frecuencia invocando criterios materiales de necesidad e igualdad; por su parte, la teoría *libertaria* resalta los derechos de la libertad social y económica, y se interesa por los procedimientos justos más que por resultados sustanciales; la teoría *comunitarista* destaca los principios y prácticas de la justicia que se desarrollan a través de las tradiciones y prácticas de la comunidad; finalmente, proponen la teoría *cosmopolita*¹⁵² que aborda cuestiones de justicia global a partir de condiciones sociales catastróficas,

¹⁴⁹ CAMPS, Victoria. 2005, *Op. cit.*, p.134.

¹⁵⁰ BEAUCHAMP, T. L. Y CHILDRESS, J. F. *Op. cit.*, p. 240-245.

¹⁵¹ *Ibid.*, p. 243.

¹⁵² *Ibid.*, p. 264-267.

como el hambre, la pobreza y la enfermedad epidémica. Ese enfoque intenta identificar las obligaciones que se extienden en las fronteras nacionales para atender estos problemas.

Por otra parte, Victoria Camps¹⁵³ explica las razones por las que considera que la teoría igualitaria de Rawls es la más razonable para dar cuenta de una concepción de la justicia “más coherente con los valores éticos de la libertad, igualdad y fraternidad”¹⁵⁴. Esa concepción y la del libertarismo que defiende Robert Nozick representan las dos ideologías que predominan en la actualidad. En esas visiones se encuentran dos opciones: la búsqueda o la negación de un sistema de salud universal y accesible a todos desde la postura igualitaria¹⁵⁵.

Camps señala que en las posturas teóricas de Nozick y Rawls no hay un fundamento racional que con fuerza pueda desvirtuar la concepción contraria. Esta autora resalta que ambas concepciones defienden la justicia y la libertad. Pero, esta última sólo será posible con unas mínimas condiciones de igualdad que se deben garantizar a todos, y por ese motivo encuentra más razonable la visión de Rawls. Destaca la dificultad que se presenta con el crecimiento de los costos ante el desarrollo tecnológico, que hace escasos los recursos, y que le otorga mayor complejidad a la pregunta por las prioridades de la atención en salud. Señala “que no hay fórmulas mágicas que resuelvan todos los problemas”¹⁵⁶, y por ello es necesario recalcar la necesidad del diálogo, el intercambio de argumentaciones y el respeto por todos los puntos de vista para construir una orientación.

Sobre las PPS, la orientación pedagógica, objeto del análisis, deja claro el cuestionamiento al enfoque económico del sistema de salud, y critica que el criterio de distribución del acceso a esos servicios sea dirigido por mecanismos propios del mercado y de la rentabilidad económica. Estas directrices se integraron al currículo en el área denominada Salud y Sociedad, en el ciclo de fundamentación, y en un núcleo sobre seguridad social en el área de adultez, que hace parte del ciclo de profesionalización. En esas temáticas no se ha integrado aún la bioética como campo de interés para analizar desde el principio de justicia las políticas públicas en salud. La incidencia de estas en la dimensión bioética del currículo fue motivo de análisis amplio en los significados que produjeron los actores académicos, que se tratará en otro capítulo. Más adelante, en el actual, también se hará referencia a esos aspectos. Aquí se puede señalar de manera sintética que han influido en el deterioro de las relaciones clínicas con el paciente y en la práctica médica.

Atención Primaria en Salud: principios y valores bioéticos y educación médica con la comunidad

Al recoger las propuestas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la OP señala que una de las estrategias es la Atención Primaria en Salud (APS), que se considera propicia para lograr la equidad, entre otras metas, a partir de la orientación comunitaria, el enfoque familiar y cultural. Además, se identifica la necesidad de incluir la formación en APS como parte de la formación médica, al proyectar que “*esta estrategia se impondrá definitivamente*” (N1:46).

Outomuro explica que una propuesta pedagógica, con el enfoque de la bioética, parte de que el propósito es: “formar médicos generales aptos para la atención primaria y secundaria de salud, acorde con las necesidades de la población, los recursos existentes y los conocimientos corroborados en la medicina de nuestro tiempo. Todo ello en un contexto que enfatice la atención integrada sobre la

¹⁵³ CAMPS, Victoria. 2005. *Op. cit.*, p.134

¹⁵⁴ *Ibid.*,p.146.

¹⁵⁵ *Ibid.*,p.143.

¹⁵⁶ *Ibid.*,p.148.

especializada y que privilegie a la `persona´ sobre la enfermedad”¹⁵⁷. Así, la concepción bioética en la formación médica es concordante con los planteamientos de la APS y sus principios y valores, entre los que están la equidad, la solidaridad, la participación, la justicia social y la orientación a la calidad¹⁵⁸.

En la OP analizada se entiende que el marco de la APS implica transformar el modelo de atención centrado en la enfermedad e individualista, a uno que tenga énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, y que además se basa en los individuos, las familias y las comunidades. Esto se opone al modelo centrado en el diagnóstico inducido por el complejo médico industrial, reforzado por una propuesta pedagógica centrada en el diagnóstico y el tratamiento, que se identifica críticamente en los documentos de la fundamentación curricular (N1: 32). Asimismo, las bases curriculares destacan la vinculación de lo social a la formación médica. En ese marco: *La comunidad debe participar de manera activa en la formación de los estudiantes para que estos identifiquen las verdaderas prioridades de la comunidad* (N1:38).

La reconfiguración de la práctica médica significa pérdida de autonomía profesional, relación médico paciente relegada, atención fragmentada, eficiencia y eficacia con desmejoramiento de la calidad

Los cambios que se dieron en la práctica médica en el contexto del actual Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) del país, se traducen en la pérdida de autonomía profesional, una relación médico paciente relegada, la fragmentación de la atención por el interés en la eficiencia y eficacia, aunque se pierda la calidad desde el punto de vista del paciente y los profesionales de la salud. Estos aspectos se significan de manera crítica y cuestionadora en la OP analizada.

En Colombia el tránsito de un sistema público de asistencia en salud a otro de seguridad social con intermediación, genera un cambio en la práctica médica de ser autónoma y liberal a convertirse en institucional e intermediada. En esta, la relación médico-paciente pasa a jugar un papel secundario en cuanto a las decisiones sobre los procesos diagnósticos y terapéuticos, los cuales se transfieren a los intermediarios financieros, quienes comienzan a desempeñar un papel privilegiado sobre los mismos N1:32.

El sistema no tiene en cuenta aspectos relevantes de la RMP, al sistema poco le importa EPJGL:P1

No hay compromiso, no hay calidad, no hay solidaridad, no hay esos principios que han marcado la RMP y el acto médico EPJGL:P1.

Al sistema de seguridad social en salud le importa la concentración, la eficacia y la utilidad (EPJGL:P1).

La fragmentación de la atención en ocasiones también pueden tambalear un poco la ética del médico, porque esa fragmentación puede inclusive llevar a que los médicos evadan responsabilidades, o que la responsabilidad no sea de ninguno P10:P5

Con eficiencia y con eficacia se está sacrificando la calidad EPJGL:P1

El sistema de salud requiere ingeniería por problemas en su filosofía respecto a la RMP EPJGL:P1

¹⁵⁷ OUTOMURO, Delia. *Op. cit.*, p, 22.

¹⁵⁸ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)*. Washington, D.C: OPS, 2007 [fecha de consulta: 5 de junio de 2012] Disponible en: http://www.paho.org/spanish/AD/THS/OS/APS_spa.pdf

En el análisis de estas ideas que se recogen en la OP, se retoma una de las tesis formuladas por la autora de este estudio en el Tercer Congreso de la Unesco REDBIOETICA en noviembre de 2010:

“.....La tendencia que caracteriza el marco contextual del ejercicio médico en el actual Sistema General de Seguridad Social en Colombia, se inscribe en la fase de burocratización de esa profesión. El rol del médico deviene en el marco de la evolución de los poderes en la sociedad. Diego Gracia¹⁵⁹, citando a Max Weber, explica ese proceso. Como profesional, el médico es reconocido como tal por la sociedad, incluso mucho antes de existir la ciencia. El origen de esa condición en la medicina ocurre socialmente en forma paralela al sacerdocio y el derecho. La sociedad otorga privilegios a esas ocupaciones por la importancia que tienen en función de su poder sobre la vida y la muerte. La evolución de los poderes que asumen esas ocupaciones, se ha dado en tres fases: carismática, tradicional y burocrática. En la primera, se debe a una gracia o don especial de la persona. En la segunda, por heredar la condición. En la tercera, el poder se hace independiente de las personas y se desplaza a las estructuras. La última es propia de la sociedad moderna. En los médicos, pasa por el carisma de Hipócrates que toman sus herederos. En la actualidad, el poder médico, que sigue siendo fuerte, reside en las estructuras sanitarias y en sus instituciones, y no se encuentra ya en los individuos; éstos ahora se encargan de administrarlo.

Sobre ese fortalecimiento de las estructuras y las instituciones y el debilitamiento del individuo, el testimonio de un estudiante de octavo nivel de medicina de la Universidad de Antioquia, manifiesta su percepción al ser indagado por las dificultades que percibe en la Relación Médico Paciente. Responde:

Lo más importante es el deterioro actual de la figura del médico y la figura nueva que nos está dando el sistema actual de salud. Que de cierta manera los pacientes están cogiéndole cierto odio, cierto resentimiento al médico, pues porque se dice que ya el médico no puede formularles, no les puede mandar exámenes, los despacha rápido, no los escucha, ni los ve a los ojos. Uno no tiene en realidad ya como tiempo de aprenderse el nombre de los pacientes, saber por qué está ahí, de leer bien la historia, se pasa uno es la mitad del tiempo ... digitalizando información, que ni puedes mirar al paciente a los ojos, escucharlo y preguntarle qué le pasa. Entonces, hay como una prevención del paciente desde el mismo momento que entra y el paciente dice: ... es que este médico no me escuchó, no me miró a los ojos, en realidad no me examinó bien, no me mandó casi nada, no me mandó ningún remedio, no me mandó exámenes. Entonces, para mí el tiempo y la nueva imagen que están creando las EPS de los médicos y el sistema de salud actual, es el principal obstáculo que hay para la Relación Médico Paciente ECM:01.

Esa expresión capta la falta de autonomía del médico y la supeditación suya a unas condiciones que no son óptimas para el desarrollo de su profesión.

Aunque en la actualidad, el poder se ha desplazado a las estructuras, el médico para actuar éticamente, de todas maneras no puede renunciar a un grado “necesario” de poder a partir de su conocimiento, arte y experiencia. Lo anterior, le permite encontrar las dimensiones propias de cada paciente, según sus características personales en lo biológico, cultural, social, económico y psicológico. Al respecto, Diego Gracia expresa: “El médico no puede renunciar al poder que tiene sobre la vida y la muerte de las personas. Lo que sí debe hacer es compartirlo con el paciente, evitando las actitudes tanto despóticas como paternalistas”¹⁶⁰.

¹⁵⁹ GRACIA, Diego. 1999. *Op. cit.*, pp. 101- 103.

¹⁶⁰ *Ibid.*, p. 103.

El apoderamiento de los usuarios en los servicios de salud: civismo y resistencia a la biomedicina y el paternalismo médico

Al retomar las orientaciones de la OMS, una de las ideas que emerge con fuerza es la estrategia y también el efecto de la reforma a los servicios de salud referida al empoderamiento del usuario. Éste se entiende como *la persona que toma opciones en la vida social en forma consciente y autónoma* (N1:50). Ese reconocimiento se refiere a quienes usan los servicios de salud, en su capacidad de decisión *sobre aspectos logísticos tales como citas, horarios, tipos de tratamiento y algunos casos particulares, como en ciertos países de Europa, sobre las políticas de salud, los sueldos del personal de salud y los presupuestos de las instituciones* (N1:50).

La referencia a la persona que acude a los servicios de salud se hace en términos de: 'paciente', 'ciudadano' y 'consumidor', pero el énfasis del texto está en el reconocimiento del 'usuario', y a la necesidad de desarrollar una perspectiva democrática de éste como ciudadano la cual es más fuerte en Europa (N1:56), o la postura de 'poderamiento' del paciente, que se promueve en Estados Unidos (N1:57). La primera visión se representa como el fortalecimiento cívico de los derechos públicos y la segunda como resistencia a la cultura empresarial de la medicina técnico científica y al paternalismo en los hospitales bajo el modelo biomédico (N1:57).

Diego Gracia y Victoria Camps han explicado que durante la segunda mitad del siglo XX se produjeron cambios que incidieron en las interacciones que se dan en el campo asistencial. La influencia de la Ilustración y el pensamiento que trajo la Modernidad llegó muchos años, y aún siglos, después a la relación entre los profesionales de la salud y las personas que buscan ayuda con ellos¹⁶¹. Por muchos siglos, éstas han recibido el nombre de pacientes que hoy se cuestiona por su sentido de pasividad; por esa razón, muchos les llaman 'usuarios', que no parece el mejor término por su vinculación a las asociaciones de consumidores¹⁶², lo que restringe su sentido en la interacción que se busca nombrar.

El pensamiento que se ha desarrollado para promover la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia, la justicia, la integridad, la integralidad y la dignidad, influye de manera determinante en una relación diferente a la que se planteó en el paternalismo. Este derivó en despotismo en muchas ocasiones¹⁶³, y aún hoy, esa concepción sigue primando en la actitud de muchos profesionales de la salud. Ese cambio emerge en el análisis de la reforma de los servicios de salud en el mundo a la luz de las propuestas de la OMS. Pero, como ya se señaló antes, esta idea no tiene fuerza en lo relativo al escenario de la interacción médico paciente. Se resaltó, de manera aislada al resto de la OP, en referencia a las personas cuando usan los servicios de salud especialmente en aspectos logísticos, políticas públicas e injerencias en decisiones de las instituciones de salud.

Conclusiones sobre las PPS en la OP

La OP deja claro su desacuerdo con el enfoque económico del SGSSS y cuestiona que el criterio de distribución del acceso a esos servicios sea dirigido por mecanismos propios del mercado y de la rentabilidad económica. Se critica la conformación del SGSSS con una intermediación privada que llevó a cambios inequitativos y a la reconfiguración del ejercicio médico en una fase burocrática, en que la RMP es secundaria.

¹⁶¹ CAMPS, Victoria. 2005. *Ibid.*, p. 42.

¹⁶² GRACIA, Diego. 1999, *Op. cit.*, p. 97.

¹⁶³ Diego Gracia explica como la relación vertical con los enfermos se ha dado por muchos años entre el paternalismo basado en la beneficencia y la no maleficencia, para buscar el máximo bien del paciente aún en contra de su voluntad, y en la tiranía que antepone los intereses del médico a los del paciente. GRACIA, Diego. 1999. *Op. cit.* p. 98-99

Desde la bioética, con el principio de justicia, se puede afirmar que hay una perspectiva en el sistema de salud del país que desfavorece el acceso equitativo, la cual es necesario identificar y cuestionar como señala la OP. Se destaca el cambio en el enfoque de las personas que asisten a los servicios de salud que se promueve en el contexto mundial, y también la necesidad de propiciar la estrategia de APS con una educación médica con la comunidad.

1.2.4 Los valores son aspectos fundamentales de los propósitos de formación que no logran entrelazarse con la bioética

Los valores se resaltan en la renovación curricular, pero no se enlazan con la bioética en su búsqueda por tratar de aclarar, y si es posible responder, asuntos éticos del impacto de la tecnociencia en la vida.

El Comité encargado de asesorar el desarrollo curricular reconoció los valores como parte de lo que identificó como competencia profesional. Esta correspondía a *la capacidad efectiva para realizar una actividad o tarea profesional determinada, que implica poner en acción, en forma armónica, diversos conocimientos (saber), habilidades (saber hacer), y actitudes y valores que guían la toma de decisiones y la acción (saber ser) (VV:01)*. Por otra parte, se interpretó que *toda la actividad formativa y el desempeño profesional estarán enmarcados, como principio fundamental, en un entorno de trabajo interdisciplinario, ético y de respeto a los valores sociales. (VV:06)*.

En las bases teóricas del currículo, los propósitos de formación fueron los elementos curriculares encargados de recoger la concepción de los valores que se identificaron fundamentales para el proceso educativo de los estudiantes. Estos propósitos tienen varias dimensiones: cognitiva, académico profesional, sociointeractiva y formativa. Es ésta última la que se ocupó de darle relevancia a la perspectiva de los valores, *con especial énfasis en los valores de libertad, autonomía, creatividad y solidaridad (VV:05)*.

Los valores son difíciles de representar en significados para los actores curriculares

Los actores entrevistados se refirieron a los valores como algo difícil y repitieron varias expresiones al respecto, al ser interpelados sobre ese punto y sobre quiénes están a cargo y cómo deben estar los valores en el currículo. Por otra parte, es reiterado que lo relacionen con la formación familiar, pero reconocen la función de la universidad y de la propia voluntad de la persona para desarrollarlos.

Lo que pasa es que esa pregunta (sobre los valores) me cuesta como dificultad responderla. P11:P5

El tema de valores es difícil P13:P3

Se supone que ya se traen los valores desde la casa E07:P06

Se supone que usted viene con algo desde su casa, que lo adecuado sería que la universidad o la facultad promueva los espacios para usted revisar qué concepto tiene sobre ese valor y cómo hay que construirlo, o cuál es la importancia que tiene para la profesión ese valor, pero usted va formando esos valores en la medida que usted va transcurriendo por toda su formación profesional individual. P11:P5

Para Javier Echeverría los valores deben ser analizados como sistemas, no de manera puntual y aislada. La libertad, la autonomía y la solidaridad, resaltados en la dimensión formativa de los propósitos de formación mencionados, pertenecen a los llamados valores morales. La creatividad, otro de los valores

tomados en cuenta en la orientación pedagógica, se podría identificar como parte del subsistema de valores básicos, uno de los 12 que plantea Echeverría, en términos de aquellos “que son comunes a los seres humanos, aunque en algunos casos pudiera rastrearse el origen en el mundo animal”¹⁶⁴.

La autonomía es un valor que se enfoca sobre el estudiante en la renovación curricular, pero no se extiende a su reconocimiento en el paciente

Si se tiene en cuenta las características que plantea Echeverría, y otros como Adela Cortina, la libertad y la autonomía tienen varias acepciones que permiten entenderlas en diversos sentidos y con pertenencia también a otros subsistemas de valores como son los sociales, jurídicos y morales, pero en este estudio se enfocan especialmente en los últimos. Aunque se reconoce, tal como lo señala Echeverría, que la tecnociencia ha generado otros sistemas de valores que se caracterizan por su pluralidad.

Adela Cortina¹⁶⁵ explica cómo la libertad tiene entre los antiguos un sentido de *participación* en los asuntos públicos, en el contexto de la Atenas de Pericles, mientras que en la Modernidad¹⁶⁶ la libertad se representa más como *independencia*, que aprecia sobre todo *la privacidad*, muy ligada al surgimiento del individuo, y vincula la libertad con la autonomía¹⁶⁷, con un sentido de ser libre que se construye como legado de la Ilustración. “La libertad como autonomía no es fácil, exige cultivo y aprendizaje, y merece la pena cultivar lo uno y lo otro, porque es uno de nuestros más preciados valores”¹⁶⁸. Así, la autonomía¹⁶⁹ no corresponde a una impregnación de la época, como podría suceder en gran parte con el sentido de independencia relacionado con apreciar la privacidad. Ese valor exige un sujeto activo, pensante, constructor de sus propias referencias del deber ser, en búsqueda de sus propias decisiones, argumentadas por sí mismo, sin que pueda sumarse pasivamente al pensamiento y las sustentaciones de otros

Otra cosa es que ellos (los estudiantes) puedan desarrollar la autonomía, que ellos puedan tomar decisiones con base a toda la formación que están recibiendo P12:04

Muchos autores en bioética, como Beauchamp y Childress¹⁷⁰, Victoria Camps¹⁷¹, Diego Gracia¹⁷², Miguel Ángel Sánchez¹⁷³, Constanza Ovalle¹⁷⁴ resaltan la expresión y el reconocimiento del respeto a la autonomía del paciente que se plasma en el consentimiento informado. El debate se da cuando el proceso sólo se enfoca en los aspectos formales y legales, sin que se oriente al desarrollo de un diálogo que permite al paciente llenarse de elementos para tomar decisiones, sino que se convierte en una rutina en la que pierde el sentido del respeto a la autonomía. Pero la OP no tiene en cuenta el significado de ese valor en el paciente, y aunque ha reconocido la necesidad de fomentar la autonomía

¹⁶⁴ ECHEVERRÍA, Javier. *Op. cit.*, p. 243.

¹⁶⁵ CORTINA, Adela. *Op. cit.*, p. 74.

¹⁶⁶ *Ibid.*, pp. 75-76.

¹⁶⁷ *Ibid.*, p. 78.

¹⁶⁸ *Ibid.*, p. 80.

¹⁶⁹ *Ibid.*, pp. 78-80.

¹⁷⁰ BEAUCHAMP, Tom L. Y CHILDRESS, James F. *Op. cit.*, pp. 99-148.

¹⁷¹ CAMPS, Victoria. 2005. *Op. cit.*, pp. 116-118.

¹⁷² GRACIA, Diego. 1999. *Op. cit.*, pp. 104 -105.

¹⁷³ SÁNCHEZ, Miguel. *Op. cit.*, pp. 431-439.

¹⁷⁴ OVALLE, CONSTANZA. *Op. cit.*, pp. 192- 197.

en la formación del estudiante, especialmente en la dimensión cognitiva, está pendiente ser coherente al respecto ampliando la perspectiva a los otros agentes.

Nosotros solamente somos acompañantes, tutores, somos unos guías, pero que ellos (los estudiantes) puedan construir su conocimiento me parece que desde el primer semestre, es importante decirles eso, porque muchos estudiantes quieren que uno tenga una actitud con ellos, que uno les tiene que enseñar todo, pero así explicado paso a paso, no, uno los orienta P12:04

Ya vimos antes, cómo la referencia al usuario en los servicios de salud intenta ese acercamiento en la OP, pero no logra ser consistente y proyectarse como una idea con suficiente fuerza en la relación con los profesionales de la salud. Sin embargo, a pesar de esta ausencia en el marco documental de la fundamentación pedagógica del currículo, hay algunos profesores que velan por aplicar ese valor y reconocerlo en el respeto a la autonomía del paciente en las relaciones asistenciales y algunos en los procesos investigativos. Pero varias expresiones en los participantes reconocen que en las investigaciones estos procesos, materializados en los consentimientos informados, funcionan como requisitos formales que después de aprobados ya no son motivo de reflexiones, ni interesa su significado.

Ayer me decía una viejita en una ronda, me decía que... estaba muy enfermita y `te vamos a trasladar a cuidados intermedios o probablemente intensivos`; ella ya había estado allá; `yo no quiero ir para allá, yo leí una cosa que a mí no me pueden obligar, yo allá no me siento cómoda, hay que buscar otra manera`; entonces al paciente si se le ilustra, que ellos entiendan hay un espacio grande, pero a los pacientes sí se les explica todo esto P15:05

...Y finalmente a la hora de hacer la investigación ya no se reflexiona sobre ese asunto, y menos los auxiliares de investigación; simplemente es que si conste que firmaron el consentimiento informado GFCl: P10-11

Lo único que hay es un requisito más para poder presentar el proyecto de investigación y que te lo hubieran aprobado; la reflexiones alrededor, claro que están, pero incluso yo he tenido al lado compañeros totalmente descompuestos, enojados, porque el comité de ética no les aceptó determinado propuesta de investigación y no les aceptó el consentimiento informado; y eso los descompone en termino de, digamos, no voy a poder hacer la investigación porque estos no me dejan GFCl: P10-11

Educación médica con autonomía y solidaridad implica desarrollar experiencias y prácticas con las comunidades vulnerables

La autonomía y la solidaridad fueron dos de los valores resaltados en la dimensión formativa. Estos no emergen vinculados entre sí en forma explícita en la OP, ni en los significados que se producen en los actores curriculares, pero es un aspecto importante de considerar en la formación médica. La autonomía se relaciona con la solidaridad, porque no se trata de valorar el individuo aislado, ensimismado, sino en relación con otros. Dice Victoria Camps: “Y el hecho es que necesitamos ambas cosas: independencia para defendernos de intromisiones ajenas y sensibilidad ante los intereses y necesidades de los otros”¹⁷⁵. Por otra parte, Adela Cortina expresa: “A mayor abundamiento, la autonomía si puede universalizarse, siempre que se practique la solidaridad”¹⁷⁶. Así, la formación en

¹⁷⁵ CAMPS, Victoria. 2005. *Op. cit.*, p.113.

¹⁷⁶ CORTINA, Adela. *Op cit.*, p. 80

autonomía con solidaridad, podría articularse en un eje social de acercamiento a las comunidades, en especial de aquellas vulnerables.

En relación con lo anterior¹⁷⁷, “se debe incrementar la experiencia y la práctica comunitaria para dar una base sólida a la pertinencia de la formación y a la incorporación del valor de la autonomía en sí mismos, como en el reconocimiento de ésta en los otros. El valor de la autonomía no evoluciona ni se acoge en una separación de la persona para ensimismarse, sino en constante relación con los otros. Es la oportunidad de aprender la pluralidad, para entender que `no hay una verdad única y definitiva, ni un solo camino único y definitivo’¹⁷⁸. En ese contexto, el aprendizaje de la autonomía se relaciona con el alejamiento de los dogmas y la apertura a distintas concepciones, en la comprensión de que `el mundo de la ciencia y de la cultura en general es un mundo abierto, hecho de consensos y disensos, por eso vivo y en movimiento. Y por eso también crítico’¹⁷⁹”.

Alertas sobre valores negativos en el contexto local que la institución educativa no podía ignorar.

Si se revisa el análisis del contexto en la OP, se encuentra el cuestionamiento a los valores negativos que se arraigaron en la ciudad y que se constituyeron en el medio que influía también en los jóvenes que ingresaban a estudiar medicina en la Universidad de Antioquia:

Cuando la violencia que anduvo siempre enmontada hizo su irrupción en la urbe, acompañada con la droga, el terrorismo y la corrupción, amplios sectores de nuestra sociedad, primero en connivencia ingenua, luego como simpatizantes y finalmente como aliados, se encontraron involucradosVV:02

Había consciencia de que aquellos estudiantes que elegían la profesión médica se motivaban por ese campo como `posibilidad real de concretar su ideal en el que en forma más o menos confusa se mezclan sus deseos de servicio y sus secretas aspiraciones de prestigio, poder y estatus social’ (VV:03). En esa expresión se alude a dos componentes: el primero, comentado antes, se refiere al vocacional que con frecuencia se define muchos años previos al ingreso a los estudios superiores. Y el segundo, se encuentra referido en artículos que analizan la presentación de eventos orientados al deseo de ascenso social y alcance de riquezas, que se observan muy evidentes en la cultura antioqueña, y especialmente en el Área Metropolitana¹⁸⁰.

Esto indica que la influencia que trae el estudiante al ingresar a la universidad puede estar orientada por valores negativos presentes en el medio; ante esa situación, la universidad tiene la responsabilidad social de intentar convencer al joven mediante los conocimientos y los valores que indirectamente pueden incidir en sus actitudes y comportamientos. Así, la revisión documental permite demostrar que se identificaron alertas sobre la dinámica en el contexto local que la institución educativa no podía ignorar. Si bien hay actitudes que se incorporan en la infancia, difíciles de cambiar, también se señala

¹⁷⁷ Estos términos fueron presentados en el evento que se referencia, y en el texto se recogieron palabras de Juliana González. VILLEGAS, E.M. Eje social curricular y autonomía: desafíos y limitaciones en un programa de medicina. Memorias. Tercer Congreso Internacional de la REDBIOÉTICA UNESCO para América Latina y el Caribe, Bioética en un continente de exclusión: de la reflexión a la acción, Bogotá, Colombia, noviembre de 2010, pp. 704-711.

¹⁷⁸ GONZÁLEZ, Juliana. Autonomía y humanismo. *Revista de la Universidad de México* [en línea]. (7),75. 2004 [fecha de consulta: 23 de septiembre] Disponible en: <http://www.revistadelauniversidad.unam.mx/0704/pdfs/72-76.pdf>

¹⁷⁹ *Ibid.*, p. 75.

¹⁸⁰ DUQUE, Luis Fernando, TORO, Jorge Arbey, MONTOYA, Nilton. *Op. cit.*, p.66.

que existen actitudes secundarias sobre las que es posible incidir¹⁸¹, y de acuerdo con los planteamientos de Kohlberg¹⁸² es posible el desarrollo moral.

La autocrítica llevó a comprender que la concepción reduccionista del ser humano a su dimensión biológica, predominante en el anterior currículo, debía transformarse para responder a las necesidades de cambio ante las dificultades morales en el medio. Esas circunstancias conducen a reflexionar sobre esa característica que tienen los valores en sus contrarios, como Echeverría lo señalara, y a ellos los llamó *disvalores*¹⁸³.

...conscientes de esta situación social de la inversión de valores que es parte constitutiva del etnos que la conforma, llámese juventud o adultez, consideran la importancia y la necesidad de enfocar su esfuerzo educativo por la vía de una formación integral, que rescate al hombre en su entorno y para su entorno, no en forma sectorial y parcializada, sino como componente de una sociedad viva y actuante en la que tienen que plantarse nuevamente los valores humanos como razón y sentido de la ciencia y la cultura universales. (VV:02)

Esa situación de tipo local se sumaba a otra en un contexto más general, que tiende a subvalorar estos temas de la formación humanista para lograr cambios en las personas. Ello dificulta superar los modelos consumistas que recargan la vida de búsquedas de objetos materiales, y generan el desprecio por las condiciones que son indispensables para una vida más amable.

Empirista por naturaleza, el humano es halagado y seducido por lo que brilla, lo tangible, lo cuantificable, lo contabilizable y entre estos artículos no se encuentran las virtudes sociales, los valores, la moral, el respeto, el trabajo, la constancia, el esfuerzo, el honor, la honradez y la bonhomía. (VV:03)

En la OP se hizo énfasis en el docente como fundamento de la enseñanza: *en este se encuentra un componente valorativo que indica que es transmisor de valores, motivador. (VV:02)* El educador se caracterizó en la necesidad de demostrar coherencia en su discurso con la práctica y su vida. *Debe ser un actuar ejemplificante, que incluye coherencia entre valores y formas de desempeño. (VV:01)*

Valores en bioética: educar para “querer” realizarlos

En la visión curricular se proyectaron, en una construcción colectiva, los valores que se buscaban resaltar. Sobre lo anterior es importante destacar, como llama la atención Echeverría¹⁸⁴, que existen unos valores compartidos. Se propuso colectivamente en los términos siguientes:

La comunidad Universitaria de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, con base en su proceso de renovación curricular, aspira a formar excelentes médicos generales que...

... ante todo sean buenos ciudadanos, éticos y que tengan en cuenta la cultura universal y la singular.

...muestren capacidad de trabajar en forma interdisciplinaria para intervenir en el proceso salud enfermedad en el contexto del ciclo vital humano, mediante acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, con el fin de influir

¹⁸¹ GRACIA DIEGO.2000. *Op. cit.*, pp 176-177.

¹⁸²KOHLBERG, L. POWER, F.C.y HIGGINS, A. *La educación moral según Lawrence Kohlberg*. Barcelona: Editorial Gedisa, 1989. pp 21-47.

¹⁸³ ECHEVERRÍA, Javier. *Op. cit.*, p 244.

¹⁸⁴*Ibid.*, pp. 242 y 249.

sobre la realidad social como agentes de cambio para mejorar la calidad de vida del ciudadano y la sociedad.

... sean profesionales íntegros en el ser y en el hacer, autónomos, reflexivos, críticos, que sepan escuchar, cuestionar y disfrutar. Con capacidad de construir conocimientos en una relación intersubjetiva, de buscar y analizar la información, así como de utilizar adecuadamente la tecnología.

... propendan por relaciones democráticas con las personas y con la sociedad y entre todos los estamentos de la comunidad universitaria.

Acerca de los valores en la visión, la OP llamó la atención sobre la relación de éstos con los deseos, que “movilizan la acción”, pues los valores sin ellos son insuficientes: *...no basta con enunciar los valores éticos del médico sino que es necesario desearlos para que pueda emprenderse la acción.* (VV:04)

En sintonía con lo anterior, Francisco Javier León Correa se inquietó sobre “*Cómo transmitimos valores en bioética*”¹⁸⁵ y reflexionó sobre conseguir que los estudiantes lo quieran “hacer”. Este autor resalta: “Transmitir y formar en valores. Este es el reto más importante para un educador y para un profesor de bioética. Llegar a lo íntimo de la formación moral del estudiante y ayudarlo a incorporar, mejorar y jerarquizar de un mejor modo los valores éticos que ya tiene y los que va adquiriendo a lo largo de su carrera”¹⁸⁶.

El autor recuerda que Max Scheler se refirió a esa “disposición moral de ánimo” definida como “actitud o motivo que nos lleva a querer hacer algo, antes incluso de tener la intención de hacerlo, y que sería previa a la acción moral y a la explicitación de valores morales”¹⁸⁷. Y señala Correa que para ello se necesita una acción indirecta de tal manera que el alumno descubra esos valores y sus matices en la práctica clínica.

En correspondencia con la inquietud de la OP que estamos analizando, León Correa plantea que no basta explicar los valores éticos, ni son útiles los mandatos, ni la demostración de la racionalidad que sustenta los valores. Este autor recomienda que el educador proponga algo que el estudiante debe “querer –hacer” y no acciones que “debe- hacer”. Así, se trata de que el alumno logre una convicción desde la que encuentre valioso hacer algo como persona y profesional¹⁸⁸.

Valores en el currículo: ¿formación integral, centrada en la persona, sin contradicciones, ni fisuras?

Los valores según Adela Cortina “son cualidades que nos permiten acondicionar el mundo, hacerlo habitable.....para que podamos vivir en él plenamente como personas”¹⁸⁹. Por otra parte, los principios que recogen valores y se convierten en deberes y obligaciones morales, permiten constituir un marco racional para la elaboración de juicios frente a las situaciones complejas de la vida relacionadas con la aplicación de desarrollos tecnocientíficos.

Las dificultades emergen cuando las circunstancias llevan a tomar decisiones en medio de conflictos de

¹⁸⁵ LEÓN CORREA, FJ. *Op. cit.*, p. 15.

¹⁸⁶ *Ibid.*, p. 15.

¹⁸⁷ *Ibid.*, p. 15.

¹⁸⁸ *Ibid.*, p. 15.

¹⁸⁹ CORTINA, ADELA. *Op. cit.*, p. 30.

valores que conducen a opciones que afectan a unos, en ventaja de otros. Así, los seres humanos nos vemos enfrentados constantemente a elecciones que no nos eximen de contradicciones. Los interrogantes éticos surgen en esas condiciones y en la bioética están vinculados a la dinámica tecnocientífica en su impacto en la vida. Echeverría es otro autor que reconoce: “Los conflictos de valores son inherentes a la actividad tecnocientífica”¹⁹⁰.

Los dilemas están en el centro de los hechos que inducen el campo de la bioética como perspectiva que brinda posibilidades de comprenderlos, tratar de aclararlos y actuar sobre ellos. Por ello, los valores son la apertura para atender las dificultades que se derivan de la dinámica propia de la supervivencia, de la búsqueda del bienestar y las contradicciones que conllevan. La enfermedad misma se constituye en fisura para el ser humano ante la vida, que le impide la sintonía con esta. Los estados saludables también son dinámicos y basados en contradicciones que se logran manejar y superar, sin afectar las capacidades que permiten a los seres humanos ser productivos en su vida social.

Como estamos constituidos por las contradicciones que emergen en el desarrollo individual y social, el desarrollo tecnocientífico y la evolución natural, la formación debe promover las capacidades que permitan a los estudiantes avanzar en la dimensión moral, estética, científica y profesional de la vida.

La OP analizada manifiesta: *En la renovación curricular se plantea una formación integral, centrada en la persona, sin contradicciones, ni fisuras, en sintonía con la vida.* N3:19.

Esa orientación sobre la formación integral que incluye la dimensión formativa, y en ella los valores, ignora los conflictos que entre estos se generan cada vez con mayor frecuencia en las situaciones complejas de la práctica médica, que se incrementan y se intensifican con el avance tecnocientífico. “Nuestra racionalidad está llena de fisuras y defectos, no es una racionalidad en estado puro”¹⁹¹.

Los valores fueron un referente al que se le otorgó mucha importancia en el desarrollo de las OP que se diseñaron para la renovación curricular. Sin embargo, al ser concebidos sin la comprensión de los conflictos que generan contradicciones entre ellos, como ocurre en los dilemas, quedó un vacío teórico de grandes repercusiones en la orientación de la práctica médica. Y aunque en la identificación de los propósitos de formación se expresa que existen tensiones y conflictos entre diversos grupos, predomina la falta de análisis y el reconocimiento de los dilemas.

Beauchamp y Childress se refieren a los dilemas morales que surgen cuando los principios y normas se nos presentan en conflicto. Ellos explican que “son circunstancias en las cuales las obligaciones morales demandan o aparecen para demandar que una persona adopte una de dos (o más) alternativas de acciones incompatibles, de tal forma que la persona no puede realizar todas las acciones requeridas”¹⁹².

Los autores mencionados¹⁹³ refieren que diariamente enfrentamos situaciones que nos llevan a escoger entre valores en conflicto en nuestras vidas personales. Tales escogencias morales o no morales, pueden ser difíciles; pero usualmente nuestra capacidad de pensar, analizar alternativas y deliberar permite encontrar una conclusión. “La vida moral presenta problemas similares para escoger”¹⁹⁴.

La falta de reconocimiento de las ambigüedades frente a la vida y las contradicciones que surgen al ignorar ese aspecto, genera en la OP un desconocimiento muy grande de asuntos que en la actualidad

¹⁹⁰ Echeverría, J. *Op. cit.*, p. 249.

¹⁹¹ CAMPS, Victoria. 2005. *Op. cit.*, p.36.

¹⁹² BEAUCHAMP, T. L. Y CHILDRESS. *Op. cit.*, p. 11.

¹⁹³ *Ibid.*, p. 15 -16.

¹⁹⁴ *Ibid.*, p. 16.

se debaten en relación con los avances tecnocientíficos. Si bien, en otro aparte de la OP se reconoce cierta incertidumbre en las aplicaciones y consecuencias insospechadas de la tecnología que ha modificado el diagnóstico y posibilita tratamientos correctivos definitivos (N2:18), no se profundiza, ni se amplía, ni se le da fuerza a estos asuntos.

Gilbert Hottois expone como la bioética emerge en áreas en las que el carácter tecnocientífico es muy fuerte, con intervenciones que se caracterizan por la experimentación y el carácter manipulador. “La tecnociencia se ha mostrado más vivamente como ‘obstinación excesiva de lo posible’ en el ámbito de la biomedicina como lo atestiguan expresiones como ‘encarnizamiento terapéutico o procreático’”¹⁹⁵.

La omisión en la OP sobre este carácter de la medicina que se enfrenta a las contradicciones propias de los dilemas, conduce a restarle fuerza a la necesidad de deliberar y reflexionar para fortalecer la capacidad de elaborar juicios morales; estos permiten al estudiante afrontar de la manera más adecuada los dilemas del ejercicio de la profesión, que deberían ser centro de la formación médica.

Valores, Tecnociencia, Ciencia y Tecnología

En la OP la tecnología se entiende que es aplicación de los descubrimientos de la ciencia y acrecienta la habilidad para observar y medir eventos y facilitar a los científicos la exploración de problemas antes insondables. Pero también se advierte:

“Sin embargo, no toda la tecnología puede ser considerada como una aplicación de la ciencia; de hecho, en muchas ocasiones la tecnología precede al conocimiento científico. Por lo tanto, no es erróneo afirmar que la dirección de la tecnología depende en muchas ocasiones menos de la ciencia que de las necesidades de los humanos y de los valores de la sociedad. (VV:03)”.

Sobre esto Gilbert Hottois cuestiona que la tecnociencia se reduzca en la concepción antropologista ‘a un mero conjunto de medios e instrumentos subordinados a la realización de fines o a la satisfacción de ciertas necesidades explicitadas en una cierta teoría del hombre’¹⁹⁶. Critica que no se plantee ningún otro problema ético distinto de la problemática general de los medios y fines que la tendrían como ‘conjunto determinado de medios’¹⁹⁷. Hottois resalta que estamos ante un fenómeno que en sí mismo genera preguntas propias e irreductibles a otras.

Este autor ha planteado varios aspectos sobre la ciencia y la tecnología desde la bioética. Explicó en su libro “El Paradigma Bioético”, el estatuto logoteórico, simbólico y discursivo de lo que fue el conocimiento científico hasta la modernidad, y cómo a partir de ésta hay un giro que convierte la ciencia en transformadora.

“Así, la vieja concepción teórica de la contemplación discursiva ha cedido lugar dominante a una relación esencialmente activa de manipulación, de reconstrucción y deconstrucción de la realidad que pone la representación teórica al servicio de la actividad manipulativa”¹⁹⁸.

Hottois explica como “los términos ‘tecnociencia’ y ‘tecnocientífico’ señalan, a la vez, el entrelazamiento entre los dos polos y la preponderancia del polo técnico y además, son apropiados para designar la actividad científica contemporánea en su complejidad y originalidad”¹⁹⁹.

¹⁹⁵ HOTTOIS, GILBERT. 1991. *Op cit.*, p. 172.

¹⁹⁶ *Ibid.*, p. 49.

¹⁹⁷ *Ibid.*, p. 49.

¹⁹⁸ *Ibid.*, p. 26.

¹⁹⁹ *Ibid.*, p. 26.

En los tiempos actuales la educación médica y el desempeño profesional tienen que ver con la ciencia, la tecnología y la tecnociencia. Javier Echeverría²⁰⁰ dice que “la macrociencia fue la precursora de la tecnociencia y que ambas se diferencian de la ciencia moderna”²⁰¹. Además, ese autor explica que la tecnociencia surgió en la década de los ochenta y fue especialmente promovida en los Estados Unidos, a diferencia de la ciencia que fue impulsada en Europa. Sus características la diferencian de la ciencia y la tecnología “sin que ello implique una demarcación entre ellas, puesto que sus respectivas fronteras son difusas en algunos aspectos”²⁰²; algunas de ellas, a las que se refiere Echeverría, es que su financiación es de predominio privado, con un fuerte componente empresarial, interconectada por redes de investigación y con gran relevancia para los poderes militares. En la tecnociencia: “la ciencia es requisito de la tecnología y la tecnología de la ciencia”²⁰³; también se caracteriza, entre otros, por una pluralidad de valores y de agentes plurales que incluyen políticos, ingenieros, científicos, militares y empresarios.

El autor en mención resalta que el interés de la tecnociencia no está sólo en valores epistémicos, como es lo tradicional en la ciencia, sino que también influyen en ella los de tipo económico, jurídico, ecológico, militar y otros. Echeverría concluye “que los conflictos de valores forman parte de la estructura de la actividad tecnocientífica, contemplada ésta desde la perspectiva axiológica en que nos hemos situado”²⁰⁴. La medicina está en estrecha relación con la tecnociencia, por ejemplo en aspectos de la terapéutica, mediante las intervenciones con los medicamentos que provienen de la industria farmacéutica, y por esa razón debe ocuparse de atender las implicaciones axiológicas y éticas que se generan en ese campo.

Aunque en la OP analizada se menciona que la tecnología no se puede considerar como mera aplicación de la ciencia, le falta comprensión sobre la dimensión actual que las diferencia y que identifique la tecnociencia con aspectos que la distinguen de aquellas. Por otra parte, es llamativo que no se inquiete por la pregunta acerca de la perspectiva ética de lo que es posible desde esos campos.

La biotecnología y la biomedicina *puede ser benéfica si se utiliza de forma adecuada y dosificada* P10:P3
Yo pienso que el ser humano tiene todavía una capacidad de desarrollo muy grande y yo pienso que eso es bueno. A mí lo que me preocupa es como la responsabilidad social con eso. Por ejemplo, una persona que tenga una frustración porque no puede tener hijos y se ponga... pueda ponerse luego de un proceso de fertilización, tener su hijo, a mí me parece supremamente válido P01:P6

El genoma humano es una maravilla, pues es que eso a uno no le cabe como en la cabeza. A mí lo que me parece que lo que no hay es como mucha responsabilidad al respecto, me parece que ese es como el problema grave, no tanto los avances en sí sino la utilización de esos avances P01:P6

La medicina es uno de los principales focos de la innovación en el momento de la ciencia y la tecnología E05:P4

La historia evidenció claramente que la experimentación con seres humanos no debería ocurrir nuevamente P03:P3

Los valores en la OP: conclusiones

La OP dedica varios lineamientos para resaltar los valores en la visión curricular y en los propósitos de formación. En esas directrices se expresa el interés por contrarrestar una cultura en el entorno que

²⁰⁰ ECHEVERRÍA, Javier. *Op. cit.* pp. 61-147.

²⁰¹ *Ibid.*, pp. 27-28.

²⁰² *Ibid.*, p. 61.

²⁰³ *Ibid.*, p. 66.

²⁰⁴ *Ibid.*, p. 83.

tiende a enfatizar en aspectos que se consideran negativos para la condición de un profesional médico. Pero el marco teórico que orienta la OP se caracteriza por la omisión del significado que han alcanzado los conflictos de valores en los dilemas cada vez más frecuentes en la práctica médica. Por esa razón, está pendiente elaborar ese enlace para que la OP responda a las necesidades que desafían en estos tiempos al ejercicio médico frente a la tecnociencia, la ciencia, la tecnología y la técnica. Lo que si está en el horizonte de sentido en los valores de la OP, es la importancia de proyectar la formación en el ámbito comunitario, más allá de la relación médico paciente. De esa forma, se propicia el acercamiento y la asimilación por los estudiantes de las necesidades poblacionales, en especial de los grupos más vulnerables. Así, esta directriz se alinea con el pensamiento bioético de la región latinoamericana. Falta vincular de manera explícita esa proyección a la bioética, para evitar una visión reduccionista de ésta y limitarla a un enfoque individualista.

1.3 Conclusiones sobre la caracterización del currículo de medicina de la U de A desde la bioética

La bioética se integró débilmente al desarrollo curricular, de manera interdisciplinaria unas veces, otras no, más por la intencionalidad de algunos profesores y estudiantes que por una orientación pedagógica clara de la institución. No alcanza a significarse en los límites del principialismo anglosajón, que por tanto no se cuestiona, ni se interroga, ni se amplía.

La OP se centró en el estudiante y en acrecentar su autonomía, pero no hay un reconocimiento del respeto a la autonomía del paciente, ni se le considera como sujeto activo de la RMP y de las prácticas estudiantiles, cuando hay consentimiento de éste para su participación en esos procesos. Por otra parte, en esas directrices se identifica la calidad de *usuario* de los servicios de salud como tendencia necesaria para el mejoramiento de las instituciones asistenciales en decisiones logísticas, pero no se alcanza a proyectar ese sentido a la interacción con los profesionales de la salud, en cada una de las acciones asistenciales.

La RMP no es un centro de enfoque que permita analizar y recoger o modular los cambios que se han dado en esa interacción en las últimas décadas y la OP no se ocupa de cuestionar con fuerza y en forma coherente y consistente la concepción tradicional del paternalismo en la relación con el paciente.

La OP del currículo deja claro el cuestionamiento al enfoque economicista del sistema de salud y se plantea en desacuerdo con que el criterio de distribución del acceso a esos servicios sea dirigido por mecanismos propios del mercado y de la rentabilidad económica. Se critica la conformación del SGSSS por la intermediación privada que llevó a cambios inequitativos y a la reconfiguración del ejercicio médico en una fase burocrática en que la RMP es secundaria.

Desde la bioética, con el principio de justicia, se puede reconocer desde la OP analizada la perspectiva que desfavorece la distribución del acceso equitativo en el actual SGSSS y se propone constituirse en veeduría y formar agentes de cambio social. Se destaca la transformación en la perspectiva de las personas que asisten a los servicios de salud que se promueve en el contexto mundial y también la necesidad de propiciar la estrategia de APS.

La OP dedica varios lineamientos para resaltar los valores en la visión curricular y en los propósitos de formación. En ella se expresa el interés por contrarrestar una cultura en el entorno que tiende a enfatizar en aspectos que se consideran negativos para la condición de un profesional médico y de un ciudadano en general. Pero el marco teórico se caracteriza por la omisión del significado que han alcanzado los conflictos de valores en los dilemas que se presentan a diario en la práctica médica. Por

esa razón, está pendiente la tarea de ese enlace para que la OP institucional responda a las necesidades que desafían en estos tiempos al ejercicio profesional frente a la tecnociencia, la ciencia, la tecnología y la técnica.

Se critica el reduccionismo a la dimensión biológica del ser humano por parte de la biomedicina y la biotecnología, pero se omite el reconocimiento a los conflictos de valores que generan dilemas en la práctica médica y no hay un cuestionamiento a las relaciones jerárquicas con los pacientes, proyectados también en comunidades. Hay un enfoque restringido de la bioética en el plan de estudios que la desvincula de la proyección comunitaria, ambiental y de las políticas públicas. La primera, aunque no se vincula explícitamente a la bioética, tiene reconocimiento en la OP como parte de la formación médica.

Existen esfuerzos pendientes de consolidar, especialmente en la proyección al clima institucional, que permita impregnar el currículo con la bioética de manera transcurricular. Desde ésta, el balance del currículo en relación con ese campo es aún débil e incipiente y sin fuerza institucional. Contiene algunos aspectos al respecto, pero están fraccionados y sin sistematizar, y sin seguimiento.

En el próximo capítulo se continuará con los significados que emergieron entre actores institucionales del currículo de medicina que se está analizando en este estudio.

2. Significados sobre bioética que producen los actores del currículo de medicina de la Universidad de Antioquia

En el currículo yo creo que todo debe estar mediado por la bioética porque la profesión de la medicina está directamente relacionada con la vida, entonces todo debe estar mediado por la bioética P07:P1

Los significados²⁰⁵ son las representaciones simbólicas que se construyen en la interacción social y que dan cuenta de los sentidos que circulan en los grupos sociales; mediante ellos se construyen las realidades que llevan a concretar las orientaciones que predominan en una determinada cultura. Así, en este estudio, el interés se enfocó en los significados sobre bioética en el currículo de medicina de la Universidad de Antioquia (U de A), para identificar el sistema de interpretaciones que sobre ella elaboran distintos actores institucionales.

Este tipo de conocimiento puede aportar lineamientos en los procesos formativos, al conocer las representaciones simbólicas actuales sobre la bioética, que permiten construir orientaciones pedagógicas en ese campo a partir de necesidades, expectativas y aspiraciones de los estudiantes y profesores.

Se plantea que los currículos deben ser pertinentes, es decir, que correspondan con las carencias y potencialidades de las poblaciones y el desarrollo del conocimiento científico para enfrentar esas situaciones. Si se tiene en cuenta la gran incidencia de la tecnociencia en la vida contemporánea, la incorporación de la bioética es indispensable para que la formación de los profesionales, en particular de los médicos, sea pertinente y coherente con las características actuales de la existencia individual y colectiva.

Las transformaciones curriculares en muchos casos se han enfocado en los cambios pedagógicos; sin embargo, más allá de las estrategias educativas, es determinante tener un norte claro acerca de *qué* se va a aprender y a enseñar, y no sólo establecer *cómo* se realizará el proceso formativo. Las instituciones educativas deberían desarrollar orientaciones claras en los currículos sobre las innovaciones en ciencia y tecnología, para formar a los futuros médicos en la responsabilidad del impacto que ellas puedan tener en la vida de los pacientes y de la vida en general.

Para que la sociedad pueda comprobar que los cambios curriculares se orientan en el sentido mencionado y para evitar que esas transformaciones desvirtúen el carácter bioético de la medicina, es preciso conocer y comprender el valor que tiene la formación en ese campo entre los agentes encargados de su desarrollo en las unidades académicas. Es por esa razón que esta investigación se

²⁰⁵GALEANO MARÍN, M.E. Ponencia presentada al Encuentro Nacional sobre Prácticas Universitarias: “Las Prácticas Universitarias: opción de formación integral y de responsabilidad social” Pontificia Universidad Javeriana, Auditorio Félix Restrepo, S.J. Bogotá, 20 y 21 de noviembre de 2008 Proyecto de investigación: “Caracterización y significados de las prácticas académicas en los programas de pregrado de la Universidad de Antioquia, sede Medellín 2007-2008.

BERGER, PL, LUCKMAN, T. Los fundamentos del conocimiento en la vida cotidiana. En: *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu, 2001, pp. 36-65.

62 Significados sobre bioética que producen los actores del currículo de medicina de la U de A

propuso develar los significados sobre bioética entre actores del currículo de medicina de la U de A, entre ellos los estudiantes y los profesores; algunos de estos últimos hacen parte de las directivas de la Facultad como jefes de departamento y acompañan al decano en su gestión.

2.1 Metodología

Se desarrolló una triangulación²⁰⁶ entre una encuesta representativa de la población de estudiantes de medicina de la U de A y el desarrollo de técnicas interactivas entre actores del currículo de medicina de esa institución, bajo el paradigma comprensivo²⁰⁷. Esto implicó combinar técnicas cuantitativas, mediante una encuesta aleatoria entre estudiantes, y dos técnicas interactivas - entrevistas y grupos focales entre profesores y también estudiantes- que permitieron la recolección de datos cualitativos y cuantitativos.

Esta investigación se llevó a cabo en la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia, durante los años 2011 a 2012. La población de estudio incluyó estudiantes y profesores de la Facultad de Medicina. En total se contó con la participación de 347 estudiantes; 321 por medio de la encuesta, 12 mediante entrevistas y 14 en grupos focales. Las características sociodemográficas y de la muestra se presentan en las tablas 2.3 a 2.6.

Participaron 38 profesores, 18 mujeres y 20 hombres; 17 de ellos con actividades de docencia en áreas curriculares del ciclo de fundamentación, 17 en el ciclo de profesionalización, una asesora pedagógica y tres como parte del equipo directivo (Ver tabla 2.1). Adicionalmente se contó con la participación de un egresado que es integrante del Comité de Currículo hace más de 10 años.

Tabla 2.1 Características de edad y años de experiencia docente de los profesores participantes en el estudio

	Edad en años cumplidos				Años de experiencia como docente universitario		
	Menores de 30 años	De 31 a 40 años	De 41 a 50 años	Mayores de 50 años	Menor de 5 años	De 5 a 10 años	Más de 10 años
Docentes							
Hombres	0	2	4	13	1	4	14
Mujeres	0	4	7	7	1	5	12
Total	0	6	12	20	2	10	26

²⁰⁶ARIAS VALENCIA, María Mercedes. La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2000, **XVIII** (1),13-26.

²⁰⁷GALEANO, E. *Estrategias de investigación social cualitativa. El giro de la mirada*. Medellín: La Carreta Editores E.U., 2007.

Encuesta: se aplicó un instrumento con preguntas cerradas y abiertas a estudiantes de medicina de la Universidad de Antioquia. Al ser esta la población más amplia entre los actores académicos, se optó por tener una aproximación con una encuesta representativa y luego se continuó con entrevistas y grupos focales para ampliar y profundizar significados a partir de percepciones recogidas en el instrumento.

Se escogieron 340 estudiantes usando muestreo aleatorio simple de una población de 1571 estudiantes de Medicina matriculados en el semestre 2011-1. De esos se alcanzaron a encuestar 273. Al resto de la muestra no fue posible encuestarla a pesar de múltiples estrategias implementadas para contactar los/las estudiantes, tales como mensajes electrónicos, carteleros en distintos puntos de la Facultad, búsqueda en las aulas de clases, contactos a través de terceros, etc. Para completar el tamaño de muestra calculado originalmente, se seleccionaron con la misma técnica y de la misma población inicial otros 70 estudiantes, de los cuales efectivamente se lograron 32 encuestas adicionales.

También se admitieron 16 encuestas de estudiantes que voluntariamente quisieron responderla, al enterarse de la realización de esta y bajo la condición de que efectivamente pertenecieran a la población inicial.

El instrumento se aplicó en las últimas 6 semanas del periodo académico 2011-1 (10 de mayo a 16 junio) y en las primeras 5 semanas del periodo 2011-2 (26 de julio a 25 de agosto).

Los criterios para seleccionar 340 individuos en la muestra fueron: un nivel de confiabilidad del 95%, un error del 5%, una proporción del 50% para el valor esperado de la característica a estudiar más un aumento del 10%. Al final se lograron realizar 321 encuestas con un error de 4.88%.

Para el análisis estadístico de aquellas preguntas con posibilidad de tres respuestas, como la referente a temas y valores que los estudiantes consideraron necesarios en la educación médica, se hizo el cálculo de un ranking para ponderar el resultado de cada categoría en las tres opciones. Para ello se tomó la información de las respuestas en cada una de las tres alternativas, desde la primera a la tercera, ordenadas de arriba hacia abajo, según la frecuencia obtenida. Se asignó un puntaje a cada una de las categorías resultantes según su comportamiento en la distribución de las respuestas.

Se comenzó asignando una escala de puntaje que va de 0=El menos importante a 1=El más importante, de forma que en cada ranking, cada una de las categorías tuviera un único puntaje. En caso de empate de frecuencias se procedió a promediar los puntajes respectivos y el puntaje resultante se le asignó a todas las categorías involucradas. Luego, se calculó un promedio ponderado para hallar el puntaje general de la categoría, multiplicando por 0.6 el puntaje obtenido en los primeros en importancia, por 0.3 el puntaje obtenido en los segundos en importancia y por 0.1 el puntaje obtenido en los terceros en importancia, y sumando estos productos.

Análogamente se calcularon los puntajes de todas las categorías; la información se reflejó en las tablas que presentan las respuestas con tres opciones, en las dos últimas columnas de la derecha (tablas 2.15 y 2.19).

Las preguntas abiertas de la encuesta fueron agrupadas en categorías que fueron validadas por un profesor la Facultad de Medicina de la U de A, cuyo desarrollo académico hace más de 10 años se ha

dato en el área de la Ética. Para las que correspondían a los valores, se partió de una interpretación de la clasificación propuesta por Javier Echeverría para la tecnociencia²⁰⁸.

Entrevistas semiestructuradas: luego de efectuada la encuesta se procedió a realizar 11 entrevistas a estudiantes orientadas con una guía de preguntas y se incluyó la de un estudiante que fue efectuada como piloto antes de la encuesta. Dos estudiantes estaban en semestres del ciclo de fundamentación, 7 en el ciclo de la profesionalización y tres en el internado. Fueron seleccionados con la consideración de que estuvieran distribuidos en diferentes semestres a lo largo del currículo de medicina. Tres de ellos eran líderes estudiantiles reconocidos en la unidad académica. Tres identificados por sus calidades académicas, en las que sobresalen por sus evaluaciones y en la consideración de profesores y estudiantes participantes del estudio. El resto fueron convocados por la investigadora a partir de su interés en estos temas y aceptaron participar. Así, se pudieron profundizar y ampliar los resultados de la encuesta.

Por otra parte, se entrevistaron 18 docentes encargados de distintas áreas curriculares y en los dos ciclos del macrocurrículo: seis del ciclo de fundamentación y diez del ciclo de profesionalización; dos de los entrevistados participaron en calidad de directivos, aunque hay tener en cuenta que había sido profesores de la fundamentación. Con el avance de las entrevistas se contaba con varios significados clave, diferentes y algunos contradictorios que podían ser debatidos; se pasó a la realización de grupos focales para discutirlos y ampliarlos en colectivos que permitieran el intercambio de argumentos, a partir de una guía que se envió con anticipación a los participantes.

Grupos Focales²⁰⁹: uno de los grupos focales se hizo con 5 estudiantes – de un total de 8 invitados- que estaban en un curso en el tercer semestre y otro con un grupo de 8 internos que cursaban su último año de medicina. El grupo focal de estudiantes del tercer semestre fue convocado por medio de los docentes encargados de los cursos. Ellos identificaron alumnos interesados en el tema que respondieran a la convocatoria y con capacidad para aportar ampliamente según sus observaciones en el aula. Para el desarrollo del grupo focal con internos, la convocatoria se hizo por medio de la Oficina de Pregrado, en el último día hábil del mes de febrero de 2012, cuando los internos regresan a la facultad, al terminar su práctica mensual como parte de su programa durante el último año de estudios. Los participantes eran coordinadores de grupos de internos que no habían intervenido en las entrevistas.

Además, se hizo un grupo focal con los integrantes del Comité de Currículo. Se contó con la participación de un representante de los profesores, un representante de los estudiantes, uno de los egresados, una asesora pedagógica y tres integrantes del equipo administrativo de la Facultad.

Entre los docentes se hicieron dos grupos focales: uno con 10 profesores de fundamentación y otro con 8 docentes de la profesionalización.

Los profesores fueron convocados por correo electrónico, o personalmente, con una guía de preguntas previas que les permitiría reflexionar sobre los aspectos que se iban a analizar y discutir. Los

²⁰⁸ ECHEVERRÍA, Javier. *Op. cit.*, pp. 237 – 246.

²⁰⁹ CAREY, Ann Carey. El efecto del grupo en los grupos focales: planear, ejecutar e interpretar la investigación con grupos focales. En: MORSE, Janice. *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 2003, pp. 262-280.

espacios de reunión fueron en la misma Facultad y su gestión se hizo mediante la oficina encargada para ese asunto por la administración de la unidad académica.

A todos los participantes se les pidió consentimiento informado para ser encuestados o entrevistados. El contacto inicial fue personal, telefónico o por correo electrónico. Para el muestreo en las técnicas interactivas se inició con la identificación de docentes en diversas áreas y semestres. Más adelante, se tuvo en cuenta el muestreo teórico de acuerdo con las necesidades del análisis. Éste se desarrolló en forma progresiva al tratar de llegar al análisis requerido en los ejes temáticos y en la búsqueda de un grado de saturación.

Recolección y Análisis de los datos

El estudio fue presentado antes de su inicio ante el Comité de Currículo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. Además, fue autorizado por el Comité de Bioética de esa unidad académica. El Consentimiento Informado aprobado y aplicado se encuentra en el Anexo 01. Luego de la transcripción de las grabaciones, se efectuó la codificación y posteriormente la categorización²¹⁰.

En primera instancia el análisis se concentró en categorías de tipo descriptivo; luego, siguiendo algunas orientaciones de la matriz paradigmática en la teoría fundada, se buscaron y se relacionaron los significados con mayor fuerza entre los participantes, por ser reiterados o por la fuerza en su consistencia y sustentación. Con base en ello, se adelantó la interpretación.

Durante la elaboración del informe se hizo una revisión bibliográfica que complementara y actualizara la que se efectuó durante la elaboración del proyecto. La unidad de análisis fueron los significados como representaciones simbólicas que se producen en las interacciones sociales, que en este estudio implicaban los estudiantes y profesores de medicina de la U de A.

En la figura 2.1 se ilustran las relaciones en el sistema categorial que se plantea en el estudio. Se partió de la consideración de 4 grandes ejes temáticos que se contemplaron desde la bioética necesarios en un currículo de medicina: 'la bioética en la RMP' en la que inciden 'las Políticas Públicas en Salud (PPS)' y en ellas influyen los 'Valores'. 'Los dilemas bioéticos' pueden surgir como desafíos que se enfrentan en los anteriores y todas ellas se desarrollan en el contexto social y cultural.

Entre los actores participantes emerge con fuerza un nuevo eje temático: la bioética de la relación paciente, estudiante, profesor. Además, durante el estudio surgieron ideas fuerza respecto a los contrarios de los valores. Echeverría se refiere a ellos como *disvalores*²¹¹ y Adela Cortina habla de valores positivos y valores negativos²¹². En este estudio se recoge la propuesta de la última autora, para expresar ese sentido contrario.

²¹⁰ STRAUSS A. CORBIN J. *Op. cit.*

²¹¹ ECHEVERRÍA, Javier. *Op. cit.*, p. 244.

²¹² CORTINA, A *Op. cit.*, p.34.

Figura 2.1

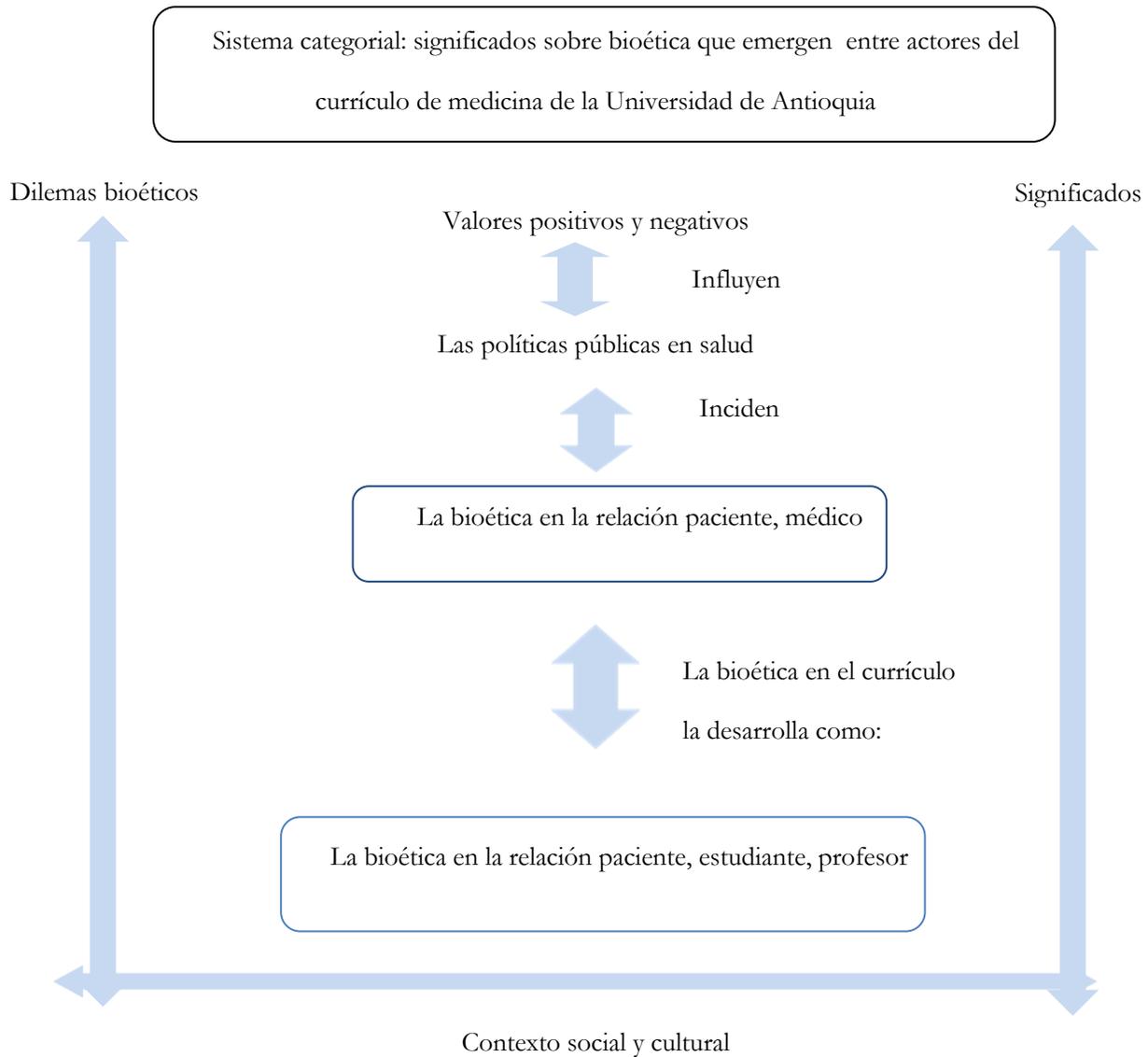


Tabla 2.2 Definiciones de las Categorías en los Ejes Temáticos Preliminares

Categorías en los ejes temáticos preliminares	Definiciones
Bioética	“Conjunto de investigaciones, de discursos y de prácticas, generalmente pluridisciplinarias y pluralistas, que tienen como objeto aclarar y, si es posible, resolver preguntas de tipo ético suscitadas por la investigación y desarrollo biomédicos y biotecnológicos en el seno de sociedades caracterizadas, en diversos grados, por ser individualistas, multiculturales y evolutivas” ²¹³
Currículo ²¹⁴	Son todas las experiencias por la que pasa el estudiante en su formación e incluye criterios, planes de estudio, programas y metodologías que contribuyen en el proceso educativo.
Relación médico paciente	Se comprende en los términos propuestos por Diego Gracia para la relación clínica, como “la que tiene lugar entre alguien que considera que su salud está amenazada y un profesional sanitario” ²¹⁵
Significado ²¹⁶	Es la representación simbólica que se construye en la interacción social y que da cuenta de los sentidos que circulan en los grupos sociales; mediante ellos se construyen las realidades que llevan a concretar las orientaciones que predominan en una determinada cultura.
Dilemas bioéticos	“Son circunstancias en las cuales las obligaciones morales demandan o parecen demandar que una persona adopte cada una de dos (o más) acciones alternativas, pero incompatibles, en la medida en que la persona no puede realizar todas las acciones requeridas” ²¹⁷ .
Valores	“Funciones aplicadas por agentes evaluadores a los sistemas de acciones científicas, tecnológicas o tecnocientíficas” ²¹⁸
Políticas Públicas en Salud	“Son procesos de construcción colectiva de iniciativas, decisiones y acciones, respaldadas y legitimadas por el estado, para dar respuesta a problemas socialmente reconocidos, en un contexto económico, político, social y cultural particular” ²¹⁹

²¹³ HOTTOIS, G. *Op. cit.*, p 2007, p. 26.

²¹⁴ KEMMIS, Stephen. 1988. *Op. cit.*, p. 28.

Ley 115 de 1994. *Op. cit.*

²¹⁵ GRACIA, DIEGO. La práctica de la medicina. En: COUCEIRO, Azucena. *Bioética para clínicos*. Madrid: Triascastela, 1999, p. 97.

²¹⁶ UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, VICERRECTORIA DE DOCENCIA, VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN. GRUPO INTERDISCIPLINARIO DE PRÁCTICAS ACADÉMICAS. Voces y Sentidos de las prácticas académicas, número 4. Informe final de la investigación Caracterización y significados de las prácticas académicas. Medellín: Imprenta Universidad de Antioquia, 2011.

GALEANO MARÍN, M.E. 2008. *Op. cit.*

BERGER, PL, LUCKMAN, T. *Op. cit.*, pp. 36-65.

CARMONA, JAIME. La carrera de las niñas soldado en Colombia: un estudio desde el punto de vista del agente. Trabajo de titulación (Doctor en psicología), Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 2009.

²¹⁷ BEAUCHAMP, T. CHILDRESS. *Principles of Biomedical Ethics*. 6a ed. New York: Oxford University Press, 2009, pp. 10-11.

²¹⁸ ECHEVERRÍA, Javier. *Op. cit.*, p.237.

²¹⁹ ROTH DEUBEL, A.N. y MOLINA, G. Introducción. En: MOLINA, G. CABRERA, G. A. (Compiladores) ***Políticas Públicas en salud: aproximación a un análisis***. Medellín: Universidad de Antioquia, 2008, p.5.

68 Significados sobre bioética que producen los actores del currículo de medicina de la U de A

Tabla 2.3 Distribución por edad según género y semestre (n=308) de los estudiantes de medicina de la Universidad de Antioquia encuestados

Género	Semestre		Grupo Etéreo			Total
			20 ó menos	21 a 30	Mayores de 30	
Femenino	Semestre	01	10 (6.67)	1 (0.67)	0 (0.00)	11 (7.33)
		02	4 (2.67)	3 (2.00)	0 (0.00)	7 (4.67)
		03	13 (8.67)	1 (0.67)	0 (0.00)	14 (9.33)
		04	6 (4.00)	1 (0.67)	0 (0.00)	7 (4.67)
		05	13 (8.67)	7 (4.67)	0 (0.00)	20 (13.33)
		06	10 (6.67)	3 (2.00)	0 (0.00)	13 (8.67)
		07	1 (0.67)	4 (2.67)	1 (0.67)	6 (4.00)
		08	1 (0.67)	11 (7.33)	0 (0.00)	12 (8.00)
		09	1 (0.67)	17 (11.33)	0 (0.00)	18 (12.00)
		10	0 (0.00)	7 (4.67)	0 (0.00)	7 (4.67)
		11	0 (0.00)	7 (4.67)	0 (0.00)	7 (4.67)
		12	0 (0.00)	7 (4.67)	0 (0.00)	7 (4.67)
		13	0 (0.00)	20 (13.33)	1 (0.67)	21 (14.00)
	Total		59 (39.33)	89 (59.33)	2 (1.33)	150 (100.00)
Masculino	Semestre	01	12 (7.59)	2 (1.27)	0 (0.00)	14 (8.86)
		02	9 (5.70)	4 (2.53)	0 (0.00)	13 (8.23)
		03	17 (10.76)	3 (1.90)	0 (0.00)	20 (12.66)
		04	7 (4.43)	3 (1.90)	0 (0.00)	10 (6.33)
		05	8 (5.06)	11 (6.96)	1 (0.63)	20 (12.66)
		06	7 (4.43)	5 (3.16)	0 (0.00)	12 (7.59)
		07	6 (3.80)	6 (3.80)	0 (0.00)	12 (7.59)
		08	2 (1.27)	13 (8.23)	0 (0.00)	15 (9.49)
		09	0 (0.00)	7 (4.43)	0 (0.00)	7 (4.43)
		10	0 (0.00)	6 (3.80)	1 (0.63)	7 (4.43)
		11	0 (0.00)	3 (1.90)	1 (0.63)	4 (2.53)
		12	0 (0.00)	8 (5.06)	0 (0.00)	8 (5.06)
		13	0 (0.00)	16 (10.13)	0 (0.00)	16 (10.13)
	Total		68 (43.04)	87 (55.06)	3 (1.90)	158 (100.00)

Tabla 2.4 Distribución de la muestra seleccionada en los tres niveles de formación del programa de Medicina.

Nivel	Frecuencia	%	% Acumulado
Fundamentación	142	44.2	44.2
Profesionalización	125	38.9	83.2
Internado	54	16.8	100.0
Total	321	100.0	

Tabla 2.5 Distribución por edad según género y nivel de formación (n=308) de los estudiantes de medicina de la Universidad de Antioquia encuestados

Género	Nivel de formación	Fundamentación	Grupo Etáreo			Total
			20 ó menos	21 a 30	Mayores de 30	
Femenino	Nivel de formación	Fundamentación	46 (30.67)	13 (8.67)	0 (0.00)	59 (39.33)
		Profesionalización	13 (8.67)	49 (32.67)	1 (0.67)	63 (42.00)
		Internado	0 (0.00)	27 (18.00)	1 (0.67)	28 (18.67)
	Total	59 (39.33)	89 (59.33)	2 (1.33)	150 (100.00)	
Masculino	Nivel de formación	Fundamentación	53 (33.54)	23 (14.56)	1 (0.63)	77 (48.73)
		Profesionalización	15 (9.49)	40 (25.32)	2 (1.27)	57 (36.08)
		Internado	0 (0.00)	24 (15.19)	0 (0.00)	24 (15.19)
	Total	68 (43.04)	87 (55.06)	3 (1.90)	158 (100.00)	

Tabla 2.6 Distribución por Lugar de Procedencia de los estudiantes de medicina de la Universidad de Antioquia encuestados.

		Frecuencia	%	% Válido	% Acumulado
Válidos	Área Metropolitana	189	58.9	60.0	60.0
	Fuera de Antioquia	96	29.9	30.5	90.5
	Otros Municipios de Antioquia	30	9.3	9.5	100.0
	Total	315	98.1	100.0	
Perdidos	Sin dato	6	1.9		
Total		321	100.0		

2.2 Resultados

2.2.1. La bioética en el currículo de medicina: un cambio necesario que inicia

La bioética: interroga, comprende, propone, genera y construye sobre la relación del ser humano con la vida (Edición de frase por E02:P1)

El alcance de la bioética para los actores curriculares en la formación médica se desarrolla en un campo muy amplio. Dice Gilbert Hottois que `la extensión de la bioética es inmensa'²²⁰. Este autor explica que se puede entender en tres grandes conjuntos: la naturaleza, las personas y el plano social. Entre los profesores y estudiantes indagados se reconocieron múltiples aspectos que dan cuenta de la amplitud en la que se desenvuelven los interrogantes de la bioética. La vincularon con los distintos planos que señalara Hottois.

La bioética es la relación de uno con el entorno, con la vida humana, con la vida animal, con todo, con la preservación de la naturaleza P12:04

La bioética se relaciona precisamente con esa relación que el hombre tiene con lo vivo, o sea, el hombre con el hombre o el hombre con las otras especies, en la manera de lo que el hombre hace puede incidir positiva o negativamente sobre este entorno E02:P1

²²⁰ HOTTOIS, GILBERT. 2007. *Op. cit.*, p. 20.

70 Significados sobre bioética que producen los actores del currículo de medicina de la U de A

Además, entre los significados sobre el alcance de la bioética se produce su identificación como campo que surge ante los interrogantes suscitados en un tiempo caracterizado por la evolución vertiginosa de las llamadas ciencias de la vida. También, se formularon interrogantes sobre lo que es posible en ese desarrollo tecnocientífico, e incluso se plantearon preguntas sobre lo que puede significar la expansión de ese campo que hoy nos genera incertidumbre.

La bioética se refiere a estos tiempos en que vivimos con los desarrollos de la tecnología que producen tensiones que antes no existían P05:P1

En ese marco emerge la bioética como: *compromiso y ... conciencia de todo lo posible y hasta lo impensable*” P06:P1

La aplicación de la encuesta mostró que la mayoría de los estudiantes participantes, 315 (98.1%) de los 321 encuestados, relacionaron la bioética con temas que efectivamente hacen parte de esta; incluyeron los asuntos éticos de la vida en general, la evaluación ética de la investigación y la relación médico paciente (RMP).

Sin embargo, más de la mitad de los estudiantes, 182 que respondieron de manera válida (57.7%), se representan la bioética en ámbitos que la restringen a uno de estos dos últimos tópicos. Así, más de una tercera parte seleccionó la respuesta que limita la bioética al ámbito de la investigación y cerca de una quinta parte la enfoca sólo en la RMP. Se resalta que 133 encuestados (41.1%) reconocieron la amplitud de la bioética en su relación con la vida en general (Tabla 2.7).

Una de las hipótesis que quedó descartada con el estudio, es que exista un significado predominante entre los estudiantes que relaciona bioética con la religión o con una moral. Sólo 2 estudiantes de los que se encuestaron (0.6%) se identificaron con ese significado.

Tabla 2.7 Distribución de respuestas a ¿Qué significa para usted la Bioética?

Opción	Respuesta abreviada	Frecuencia	%	% Acumulado
D	Asuntos éticos del impacto del desarrollo de la ciencia y la tecnología en la vida.	133	41.4	41.4
B	Aplicación de principios a la investigación en humanos	120	37.4	78.8
C	Reflexión sobre la Relación Médico-Paciente	62	19.3	98.1
F	Otras significaciones	3	0.9	99.1
A	Algo religioso o moral	2	0.6	99.7
E	Un relleno de la carrera	1	0.3	100
Total		321	100	

En las entrevistas y los grupos focales, se encontró que la bioética se significó no sólo como un campo que interroga, sino que también se le identificó una capacidad transformativa. Es así como se plantea:

“la bioética.... se encarga de estudiar .. de analizar, de proponer, de construir, de debatir, de controlar esa relación que el hombre tiene sobre lo vivo”. E02:P1

Significados sobre bioética que producen los actores del currículo de medicina de la U de A 71

Su alcance cubre su capacidad de representar un saber (contemplación), de generar nuevos conocimientos (investigar), pero también de incidir en la transformación de las relaciones con la vida: seres humanos entre sí y con la naturaleza (ambiente, plantas, animales y recursos naturales en general que posibilitan la vida).

Las razones de los actores curriculares en significar a la bioética en esa potencialidad de producir cambios es porque encuentran que hay un ámbito que debe ser renovado y la bioética les puede aportar. Lo anterior permite entender que hay motivación para dinamizar la bioética de una manera viva en el currículo, no sólo como saber, sino también como práctica e investigación.

El currículo de medicina de la U de A cuenta con actores que se acercan a la bioética con motivación, pues la comprenden como un campo dinámico. Ejemplo de ellos son los significados que producen los docentes sobre imaginarios de aquellos asuntos éticos de lo que puede llegar a ser en el futuro y que generamos desde la actualidad. En torno a ello, la bioética se representa como:

“compromiso y ... conciencia de todo lo posible y hasta lo impensable” P06:P1

Conclusión sobre los significados acerca del alcance de la bioética entre los actores curriculares: entre los actores curriculares emergen significados muy amplios de la bioética que incluyen la consideración de las relaciones entre los seres humanos y de estos con el ambiente, con los animales, con la nutrición. Hay una proporción significativa de estudiantes que restringe la significación de la bioética a la investigación o a la RMP.

Importancia variable y disociación teórico práctica de la bioética en la formación médica desde los actores curriculares. Existe variabilidad entre los actores curriculares institucionales sobre este aspecto y se expresa la falta de un lineamiento institucional que deje huella entre ellos. Lo anterior, produce fracturas e incoherencias entre la teoría y la práctica.

La postura de los actores curriculares no está marcada por una construcción colectiva frente a la bioética que posibilite una orientación clara y definida en el ambiente institucional sobre ese tópico y que se expresa en significados de un estado muy incipiente de la bioética en el currículo. Esas interacciones llevan a resultados en la producción de significados con concepciones sobre la RMP, las políticas públicas y los valores que se analizarán posteriormente.

Los sentidos sobre la importancia que se otorga a la bioética en la formación médica se producen a partir de los resultados que aportan la encuesta y los grupos focales y las entrevistas, que se presentan enseguida.

La encuesta representativa que se hizo en la población estudiantil permite identificar significados que develan la importancia discursiva, no necesariamente vivencial, que otorgan a la bioética la mayoría de ellos/as como fundamento para el ejercicio profesional; pero, manifiestan que encuentran una respuesta curricular insuficiente en la institución en que se forman. Este último aspecto se va a considerar más adelante.

Esto se sustenta en los puntajes altos con los que valoraron la bioética la gran mayoría de estudiantes al responder la encuesta. Se les solicitó que escogieran un valor de 0 a 10 (siendo 10 la valoración más alta) para expresar la importancia de la bioética en el currículo.

Para el análisis se agruparon los valores de 0 y 1 como **No es importante**, 2 a 5 como **Poco importante**, 6 y 7 como **Medianamente importante**, 8 y 9 como **Importante**, y 10 como **Muy**

72 Significados sobre bioética que producen los actores del currículo de medicina de la U de A

importante. A esta pregunta todos los 321 encuestados respondieron de manera válida. Con estas agrupaciones se obtuvo la distribución que se muestra en la tabla 2.8.

Tabla 2.8 Distribución del puntaje de importancia que los estudiantes de la U de A otorgan a la bioética en su formación.

	Frecuencia	%	% Acumulado
Muy importante	165	51.4	51.4
Importante	103	32.1	83.5
Medianamente importante	41	12.8	96.3
Poco importante	12	3.7	100.0
Total	321	100.0	

Al pedirles a los encuestados que especificaran la razón de la respuesta anterior, se encontraron 13 categorías que se muestran en la tabla 2.9 con la respectiva distribución. De los 321 encuestados, 296 (92.2%) respondieron de manera válida. En las respuestas de los últimos se encontraron aspectos que pertenecían a una o varias categorías, haciendo que el total sea superior a 296.

El 90.3% de lo que contestaron está en las primeras 5 primeras categorías. La primera agrupó aquellas en que los estudiantes aluden a la bioética como la base o fundamento de la profesión que escogieron. La segunda, la RMP, aparece como referente en varias respuestas cerradas y abiertas de la encuesta y también en las entrevistas, como se podrá observar en la presentación de resultados. La tercera categoría recogió las respuestas repetitivas de los estudiantes sobre la posibilidad que otorgan a la bioética de ser “humanizante”, cuyo significado se indagó y se amplió en las entrevistas. Más adelante se tratará ese tópico. La cuarta categoría congregó las repuestas referidas a eventos que podían denominarse bajo alguno de los principios de la llamada bioética anglosajona. La quinta expresa las implicaciones éticas que les aporta la bioética sobre los procesos en la medicina.

Por otra parte, en las entrevistas y los grupos focales con los actores académicos estudiados y, en especial, en el grupo focal con internos, se encontraron apreciaciones de estos participantes sobre la variabilidad que ellos observan entre los estudiantes, los profesores y la institución frente a la importancia de la bioética, y otras humanidades, en la formación médica.

Entre los internos, se manifiesta: ..uno toda la vida cuando le hablan de bioética, uno ahí mismo hace la cara como de ‘aajj’ GFI:02

Un profesor explica: *Médicos ya graduados y que han tenido toda la experiencia pues en pregrado, dicen que ética ¿para qué?, si aquí se viene a aprender es medicina, o en el caso de una especialidad, cirugía o medicina interna; y entonces esa concepción sigue presente.* P04:P6

Un docente se refiere a los estudiantes así:

“Ellos son absolutamente indiferentes; ellos no quieren saber nada que no sea de medicina, medicina clínica. Esos aspectos éticos para ellos son demasiado aburridores, hablan en términos de clases de relleno”. P13:02

Tabla 2.9 Distribución de las razones de los estudiantes de medicina sobre la importancia de la bioética en la formación (n=296).

Categoría	Razón de la respuesta resumida	Frecuencia	%	% Acumulado
P3Cat13	Es un fundamento para la vida profesional	90	27.3	27.3
P3Cat02	Relación Médico-Paciente	68	20.6	47.9
P3Cat07	Humaniza	57	17.3	65.2
P3PBA	Principios de Bioética Anglosajona	56	17.0	82.1
P3Cat15	Enseña las implicaciones éticas de los procesos	27	8.2	90.3
P3Cat08	Reconoce su importancia pero no sabe sustentarlo	6	1.8	92.1
P3Cat01	Se aprende en el hogar y en la infancia	5	1.5	93.6
P3Cat03	No es importante	5	1.5	95.2
P3Cat14	Regula la investigación	4	1.2	96.4
P3Cat16	Se relaciona con los derechos humanos	4	1.2	97.6
P3Cat04	Es subjetiva	3	0.9	98.5
P3Cat05	Evita problemas legales en la práctica médica	3	0.9	99.4
P3Cat06	Se relaciona con la religión	2	0.6	100.0
	Total	330	100.0	

En otra pregunta de la encuesta, cuyos resultados se ilustran más adelante en la Tabla 2.16, tres estudiantes (1,5%) expresaron que estos temas de la bioética son subvalorados por muchos estudiantes y profesores.

Esta diferencia sobre la importancia con que perciben los estudiantes la bioética, entre significados emergentes en las entrevistas con respecto a la encuesta, se puede explicar en la disociación teórica y práctica. El reconocimiento de la importancia de la bioética que expresa la mayoría de estudiantes consultados en la encuesta, no siempre se corresponde con su vivencia, según los significados que se producen en las entrevistas y grupos focales. Pero, no hay que menospreciar esa manifestación por la mayoría de estudiantes que opta por asignar un reconocimiento, aunque sea teórico, a la jerarquía de la bioética en la formación, ni tampoco caer en la sobrevaloración de esas expresiones, si falta un correlato en la práctica.

Se puede interpretar que entre los estudiantes existen fisuras frente a la bioética, y las humanidades en general, que les llevan a un reconocimiento discursivo de ella, mientras en la práctica surgen otras motivaciones para desear acercarse más a los contenidos biológicos de su formación.

...los compañeros y el grupo en general consideran que es cansón cuando empiezan a mencionar esa parte E07:P3

Los estudiantes *se sentían decepcionados porque él (docente) les hacía mucho énfasis en esas cosas* E07:P3

Esta fisura representa un espacio de acción significativo en el que pueden actuar los procesos formativos para estimular el acercamiento de los estudiantes a la bioética. Corresponde a los docentes

74 Significados sobre bioética que producen los actores del currículo de medicina de la U de A

la incidencia en estas dinámicas; también, el clima institucional tiene una función primordial al complementar la acción docente y tratar de contrarrestar la influencia cultural que tiende a menospreciar esos campos. Esto se relaciona con lo que Alberto Perales señala como los sistemas formadores²²¹. Recordemos que ese autor explica que la educación médica depende especialmente de la información social que fluye en la institución y en la capacidad de ésta para incidir en sus miembros en lo referente a la formación ética y humanística. En ese contexto, y según Perales, para lograr incidir con normas éticas entre los estudiantes el propósito debe ser moralizar el sistema global formador de médicos²²².

La Universidad tendría que producir tensiones con el ámbito social que desvaloriza el desarrollo moral de los actores académicos en particular, como de los actores sociales en general. De esta manera, en vez de reproducir, se estaría jalonando un cambio necesario para el desarrollo moral social.

De acuerdo a lo que perciben los estudiantes, se encontró variabilidad en la importancia que se otorga a la bioética por los profesores. Algunos de ellos reconocieron que la observan en los docentes:

A los profesores los veo muy comprometidos con el tema de la bioética, incluso en las prácticas hospitalarias, (se hace) un llamado a no ver al paciente como una enfermedad, sino como un ser humano con todas sus características en un contexto especial E02:P5

Otros/as y de manera más reiterativa se manifiestan de manera muy diferente:

La actitud profesoral hacia los pacientes es personal y no responde a lineamientos claros de la universidad E06:P9

La veo (a la bioética) que es más personal, tanto de estudiantes por su proceso de vida, como los profesores por su postura ante la carrera y ante la vida también P01:02

Además, se observa que algunos no se interesan en general por la docencia, a pesar de su condición de profesor.

Hay profesores que no tienen pertenencia con la universidad, ni con la formación estudiantil E05:P9

Por otra parte, también entre los docentes se hallaron significaciones sobre esa misma variabilidad, que llega hasta la indiferencia.

Yo veo dentro de la facultad profesores muy comprometidos o por lo menos con una posición muy clara, siempre reflexivos frente a la bioética o reflexivos incluso con lo que se hace en medicina; y otros que eso no los toca, que eso no tiene que ver con ellos, que no les dan la importancia y no creen que realmente discutir de bioética y sentarlos a reflexionar sobre ello es importante para poder ver qué es lo que estamos haciendo en nuestro contexto de la práctica cotidiana. Yo creo que es eso, yo creo que somos demasiado prácticos y muy poco reflexivos con lo que hacemos en general, no solamente sobre la bioética, sino en general P11:P3

Es una indiferencia de parte de los profesores en relación con este tema, aunque a veces uno por ahí, se encuentra algunos profesores que están muy interesados, que están muy informados sobre aspectos éticos, en general, no hay una intencionalidad directa de la discusión de aspectos éticos o de la enseñanza de la ética en los distintos cursos P13:P2

²²¹ PERALES CABRERA, Alberto. *Op. cit.*, p. 30 – 37.

²²² *Ibíd.*, p.37.

Humanizar el acto médico para que la técnica no reemplace al paciente

Sobre la categoría 'humanizar' que surgió en las preguntas abiertas de la encuesta, al indagar en las entrevistas, se identificaron significados que la representan como la posibilidad de entablar relaciones que reconozcan a las personas de manera holística en las interacciones clínicas. Humanizar se representa como *saber que esa relación que usted tiene con el otro lo obliga a comprenderlo, a ponerse en sus zapatos, a tratar de que ese acto que usted realiza con el otro sea en procura de su bien y tratándolo como usted quisiera que lo trataran, siendo un igual* E02:02.

Ello surge también en relación con la incidencia que tienen los equipos de cómputo, que en los últimos años concentran cada vez más la atención de los médicos, sustrayendo la mirada y el enfoque al paciente como persona, no solo como fuente de datos. Además, se refieren a humanizar el acto médico en tanto que perciben necesario que las relaciones salgan del marco de la utilidad económica y que permita una sensibilidad hacia las personas que consultan por necesidades que muchas veces las angustian y les causan sufrimiento. Humanizar la medicina significa *volver a una relación con el paciente y el médico, no una relación de tiempo, no una relación empresarial, no una relación cliente prestador, sino una relación médico paciente, pero donde sean dos personas que se estén involucrando en una relación* E05:P3.

Yo pienso que se refieren a esa dificultad en el trato, a ese tiempo de poca calidad, además de poco tiempo que se le dedica al paciente en consulta, para ellos es de deshumanizar la medicina, por ejemplo: ese hecho de la pantalla cuadrada ahí al frente, que la historia sea electrónica P09:22.

Con el término humanizar los estudiantes pueden estar diciendo: no me quiero volver un autómata, tecnócrata de esto, de la medicina, ahora que todavía puedo reflexionar, porque después probablemente la reflexión se diluye y son otras cosas las que le atravesaran su mente P05:14.

Conclusiones sobre los significados de la importancia de la bioética desde los actores curriculares: el análisis lleva a entender que existe variabilidad e inconsistencia teórico práctica de los actores académicos sobre la importancia que otorgan a la bioética, sin que exista un lineamiento claro institucional que deje huella entre ellos, ni una identidad colectiva al respecto. Esto permite corroborar que la bioética se integra al currículo, más por la intencionalidad de algunos profesores y estudiantes, que por una orientación pedagógica clara de la institución. Sin embargo, hay un reconocimiento discursivo significativo de la importancia de la bioética en la formación médica que permitiría anclar ese campo con firmeza, si se acompaña de la intencionalidad de la institución y de un cambio en sus docentes sobre ese campo.

Bioética y currículo universitario: lazos débiles y tenues. La formación superior, en especial en medicina y otras áreas de la salud, está íntimamente relacionada con la bioética; ello es una necesidad para la pertinencia educativa frente a las inquietudes éticas que surgen en este tiempo con el desarrollo de la ciencia y la tecnología. Es por ello, que un currículo a partir de una construcción colectiva y participativa, debe contener, entre sus lineamientos, una orientación definida que incorpore la bioética como una capacidad básica en los estudiantes frente a la sostenibilidad ambiental, la ética cívica y la participación en la búsqueda de políticas públicas con equidad; en medicina se amplía a condiciones específicas como la RMP, la investigación y otros. El sentido bioético debe ser sustancial en la configuración del perfil profesional en general y del médico en particular.

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos contempla que "la sensibilidad moral y la reflexión ética deberían ser parte integrante del proceso de desarrollo científico y tecnológico y de que la bioética debería desempeñar un papel predominante en las decisiones que han de tomarse ante

76 Significados sobre bioética que producen los actores del currículo de medicina de la U de A

los problemas que suscita ese desarrollo”²²³. Por otra parte, en el artículo 23, la Unesco plantea que los Estados deberían fomentar la formación bioética en todos los planos, así como la difusión de los conocimientos en ese campo.

Además, otras declaraciones internacionales sobre educación médica expresan la necesidad de la formación ética del médico. La Declaración de Edimburgo de 1993, que recoge las recomendaciones presentadas en la Cumbre Mundial de Educación Médica ese año, plantea que “La ética siempre debe recibir una total atención en las escuelas de medicina, en todos los encuentros clínicos y en la comunidad”²²⁴. En la Declaración de la Asociación Médica Mundial (AMM) sobre la Educación Médica adoptada por la 57a Asamblea General de la AMM en 2006, Pilanesberg, Sudáfrica, se señala que en el contenido educacional “debe exigirse también el sentido crítico y autodidacta, así como una profunda adherencia a los principios éticos que sirven de base para los médicos y los principios de derechos humanos”²²⁵.

Además, la AMM elaboró el Manual de Ética Médica, al reconocer que “aunque los fundadores de la ética médica, como Hipócrates, publicaron sus obras hace más de 2000 años, la profesión médica todavía no cuenta con un currículo de base que se utilice universalmente para la enseñanza de la ética médica”²²⁶. Y con ese propósito elaboraron el manual.

Asimismo, en el marco de la Conferencia Internacional de Educación Médica en marzo de 2012, la Asamblea Colombiana de Facultades de Medicina identificó, en primer lugar, entre las competencias mínimas que deben tener los médicos de las facultades de medicina afiliadas: “mantener una relación adecuada con el paciente, la familia y la comunidad, así como con los demás miembros del equipo de salud bajo estrictos criterios éticos, humanísticos y de profesionalismo”.

En todo el campo educativo, que incluye los currículos universitarios, se debe considerar sustancial la incorporación de la bioética, como parte de una necesidad de la comunidad local, nacional e internacional. La Unesco llama la atención sobre una respuesta basada en principios universales que se requiere para responder a los dilemas y conflictos que se plantean a los seres humanos y el medio ambiente²²⁷. Por otra parte, The Institute for International Medical Education (IME) identificó los valores, las actitudes, las conductas y la ética profesional como el primer dominio de los requerimientos globales esenciales mínimos para la educación médica²²⁸. La Federación Mundial para la Educación Médica (WFME) en los estándares globales para mejorar la calidad de la educación básica

²²³ ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA EDUCACIÓN, LA CIENCIA Y LA CULTURA. DIVISIÓN DE LA ÉTICA DE LAS CIENCIAS Y DE LAS TECNOLOGÍAS SECTOR DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos [en línea]. París: Unesco, 2006, p.5 [fecha de consulta: 11 de julio de 2012]. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180s.pdf>

²²⁴FEDERACIÓN MUNDIAL PARA LA EDUCACIÓN MÉDICA. Cumbre Mundial de Educación Médica. Declaración Edimburgo 1993. *Rev Cubana Educ Med Super.* 2000, **14** (3), 276.

²²⁵ ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL. Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la Enseñanza Médica [en línea]. [Fecha de consulta: 12 de octubre de 2012]. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/e15/index.html>

²²⁶ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL. *Manual de Ética médica* [en línea]. 2ª ed, 2009 [fecha de consulta: 22 de agosto de 2012] p.5. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/30ethicsmanual/index.html>

²²⁷ UNESCO. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. UNESCO, 2006. *Op Cit.* p 3.

²²⁸ CORE COMMITTEE, INSTITUTE FOR INTERNATIONAL MEDICAL Education. Global minimum essential requirements in medical education [en línea]. *Med Teach.* 2000, **24**(2):130-135 [fecha de consulta: 12 de octubre de 2012]. ISSN: 1466-187X. Disponible en: <http://www.iime.org/documents/gmer.htm>

médica, revisados en 2012, incluye la ética médica y las cuestiones morales en la práctica médica como valores, derechos y responsabilidades respecto al comportamiento médico y la toma de decisiones²²⁹

El currículo de medicina y los del área de la salud, además de partir de esta necesidad de todo el campo educativo, tiene otros específicos que lo vinculan a la bioética en la atención en salud y la investigación. Por tanto, tiene compromisos con los derechos humanos, incluyendo los de generaciones futuras, y también con el ambiente y la naturaleza; le concierne elaborar posturas frente a los animales que son usados en la investigación. Además, la bioética global propuesta por Van R. Potter es una cuestión que nos compete a todos en su inquietud por la supervivencia, el ambiente y el cuidado de la salud²³⁰. Así, las instituciones formadoras deben contar con orientaciones pedagógicas al respecto.

Es de observar que las declaraciones internacionales y nacionales de educación médica, deberían hacer explícita la necesidad y la importancia de la formación en bioética y no sólo en ética. La razón es que aquel campo se ocupa del impacto de la tecnociencia en la vida, con la consideración tanto de los seres humanos, como del ambiente, la naturaleza, los animales y las generaciones futuras, en las dimensiones de la investigación, el discurso y la práctica²³¹. Además, la ética cívica es un campo de primer orden en toda formación, pues las sociedades requieren de ciudadanos activos y participativos que reflexionen, deliberen y actúen inspirados en valores para influir en las decisiones colectivas.

En relación con la Declaración de la Unesco que vincula la bioética con los derechos humanos, ese organismo propuso desde 2005 un programa de base de estudios en bioética²³². Formula unos mínimos en contenidos y tiempos, con especial destinación a los estudiantes de medicina, pero que también propone para los de otras carreras e incluso para educación continua y para integrantes de comités de ética. Se basa en la presentación de los principios que hacen parte de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Se plantea como base para implantar de manera flexible e invitando a que sean ampliados por profesores y estudiantes.

Esta última propuesta recoge inquietudes y desarrollos de la bioética en América Latina, orientada a resaltar los problemas sociales y de justicia, con una visión que revisa los aspectos involucrados en las relaciones asistenciales, pero que se proyecta a las políticas públicas y a la protección del ambiente. Con ello plantea una formación profesional basada en una ética cívica y con una mirada amplia de la bioética más allá de las interacciones con los pacientes, a una responsabilidad social y con la biosfera.

Con respecto al currículo que se está analizando en este estudio, los significados emergentes entre profesores y estudiantes en las entrevistas y grupos focales dan cuenta de la debilidad de la bioética en su inserción en el currículo actualmente. Se alude a su estado incipiente y a diversas dificultades que existen en torno a esa situación.

Hay una desatención desde el currículo como a la parte de bioética y a la parte reflexiva P01:02

La bioética requiere más impacto en el currículo E11:02

La intencionalidad de la bioética en el currículo se ha ido diluyendo GFCC:09

²²⁹ WORLD FEDERATION FOR MEDICAL EDUCATION. Basic Medical Education WFME Global Standards For Quality Improvement. The 2012 Revision WFME Office · University of Copenhagen · Denmark 2012 [en línea]. p.22. [Fecha de consulta: 12 de octubre de 2012]. Disponible en: <http://www.wfme.org/standards/bme>

²³⁰ POTTER. Van Rensselaer. *Global Bioethics*. Michigan State: University Press, 1988.

²³¹ HOTTOIS, GILBERT. *¿Qué es la bioética?* Trad. esp. Chantal Aristizábal. Bogotá: Universidad El Bosque, 2007. p.26.

²³² UNESCO. Programa de base de estudios en bioética [en línea]. Montevideo: Unesco, 2008 [fecha de consulta: el 8 de diciembre de 2012] Disponible en:

<http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001636/163613s.pdf>

78 Significados sobre bioética que producen los actores del currículo de medicina de la U de A

Nosotros no tenemos una reflexión sobre la bioética y no tenemos una posición clara con respecto a ella, entonces pasa transparente por el currículo, nadie lo ve P03:P1

Esto surge en un contexto en el que existe una propensión fuerte a subvalorar el desarrollo moral y humanístico, mientras se reconocen otros aspectos que se consideran más exitosos.

...Y desafortunadamente estamos en un mundo donde es más importante lo científico, que lo humano, donde es más importante el infarto y todo lo que está alrededor del infarto que la persona a la que le dio el infarto, o sea las consecuencias y todo lo que hay alrededor de esa persona; ¿por qué le dio?, nos preocupamos es por hacer el tratamiento biológico y no por acompañar a ese paciente durante todo el proceso, y eso se ve reflejado en cómo se lo enseñan a los estudiantes. P8:03

Además, falta incentivar la capacidad reflexiva en estos profesionales para atender la dimensión ética de la condición de ciudadanía, el cuidado ambiental, los derechos humanos, y para fortalecer la capacidad de elaborar juicios de valor que fundamente la toma de decisiones y su profesionalismo.

Somos demasiado pragmáticos, entonces, la enseñanza de la medicina se convirtió pues en cuántos pacientes veo o en cuántos procedimientos hago o en cómo me memorizo un tratamiento; es muy, muy pragmática y el espacio para pensarse, incluso epistemológicamente que hacemos en medicina, eso no lo hacemos con la frecuencia que debiéramos ni con la seriedad que se debiera P11:P3

El marco institucional para el currículo analizado es una universidad pública, con gran diversidad social y cultural, que brinda una fuente amplia de ideas; estas constituyen un potencial para someter al rigor de una argumentación sustentada, abierta, en un diálogo ético, desde un pensamiento crítico que pueda enfrentar el juego de poderes que restringe la autonomía.

Potter planteaba la necesidad de acercar el conocimiento biológico y los valores humanos²³³ para que las innovaciones y el desarrollo de la primera lograra un sentido de beneficio para los seres humanos, las generaciones del futuro y la vida en general. Esta inquietud se relaciona con los saberes universitarios en general, con lo que debería corresponder a una capacidad genérica. Pero, atendiendo el llamado de Azucena Couceiro, es necesario complementar con la identificación de capacidades específicas –que ella refiere como competencias específicas²³⁴– que son necesarias para que la bioética pueda ser transferible y evaluada en los estudiantes. La autora mencionada considera que “...todo ello no se obtiene sino a través de las competencias específicas para cada disciplina y cada profesión”²³⁵.

Acerca de la debilidad de la bioética en la formación médica, hay varios aspectos que surgen entre las expresiones de los actores curriculares que se van a considerar en los apartes siguientes.

Bioética: una huella que debe quedar en la identidad del ser médico. Muchos currículos de medicina en los últimos años han incorporado la bioética²³⁶. Son varias modalidades que pasan por su inclusión en los primeros años de formación; otros la acogen en los últimos años y varias instituciones

²³³ POTTER. Van Rensselaer. *Op cit.*, p. 38.

²³⁴ Este estudio prefiere referirse a capacidades con referentes que son internos y no externos, en una interpretación de la concepción de capacidades elaborada por Amartya Sen y Martha Nussbaum. El término competencia por más que se le quiera definir de manera integral, su sentido al circular en las interacciones sociales, está enlazado al significado que señala el Diccionario de la Real Academia relacionado con oposición o rivalidad.

²³⁵ COUCEIRO V Azucena. 2009. *Op. cit.* p. 70.

²³⁶ VILLEGAS, Elsa. *Op. cit.*

han buscado que sea más transversal, con diversos módulos o cursos en distintos niveles. En la Facultad de Medicina de la U de A, la bioética está incluida en algunos cursos de manera dispersa durante el desarrollo curricular como se ilustra en la tabla 1.4.

La encuesta permitió contrastar con las entrevistas y los grupos focales el recuerdo que les deja a los estudiantes haber estado en contacto o no, con contenidos relacionados con bioética en el transcurso de su formación. En la primera se les preguntó: ¿durante el transcurso de su formación ha tenido la oportunidad de revisar contenidos sobre la bioética? A esta pregunta todos los 321 encuestados respondieron de manera válida. La mayoría reconocieron que han revisado contenidos de bioética durante su formación. La tabla 2.10 muestra las frecuencias con las respuestas obtenidas.

La tabla 2.11 muestra que 8 estudiantes encuestados que están en el último año de su formación expresaron que no vieron contenidos de bioética durante su formación o no recuerdan o no saben. Corresponden a 14,81% del total de los estudiantes que están en su último año.

Ello muestra una proporción minoritaria de estudiantes que al finalizar el programa no son conscientes de procesos de enseñanza aprendizaje en relación con la bioética. Si esta es esencial en la actualidad para la formación del médico, como lo son disciplinas en los campos de la medicina interna, la pediatría, la obstetricia y otras reconocidas como necesarias para el saber y la actuación del médico, ningún estudiante al terminar sus estudios debería de dejar de reconocer esos saberes; entre ellos la bioética, como parte de su campo de formación y de acción.

Tabla 2.10: Distribución de respuestas a la pregunta ¿Durante el transcurso de su formación ha tenido la oportunidad de revisar contenidos sobre la bioética?

	Frecuencia	%	% Acumulado
No	24	7.5	7.5
No Sé o No Recuerdo	29	9.0	16.5
Si	268	83.5	100.0
Total	321	100.0	

Tabla 2.11 Distribución de respuestas de la pregunta ¿durante el transcurso de su formación ha tenido la oportunidad de revisar contenidos sobre la bioética? por nivel de formación.

	Nivel de formación			Total
	Fundamentación	Profesionalización	Internado	
No	6 (1.87)	13 (4.05)	5 (1.56)	24 (7.5)
No Sé o No Recuerdo	14 (4.36)	12 (3.74)	3 (0.93)	29 (9.0)
Si	122 (38.01)	100 (31.15)	46 (14.33)	268 (83.5)
Total	142 (44.24)	125 (38.94)	54 (16.82)	321 (100.0)

Cuando se preguntó en las entrevistas y grupos focales por esa situación, se consideraron razones relacionadas con la subvaloración de esas temáticas, la consideración de que muchos contenidos de bioética no aparecen en forma explícita como de ese campo y motivos administrativos para la contratación docente en el campo. En general, esto manifiesta debilidad de la huella bioética que deberían tener los estudiantes por un proceso pedagógico que tiene dificultades y sin fuerza en su intencionalidad.

...Es que asimilan bioética como una asignatura más, entonces..., les preguntamos, ¿usted ya vio anatomía del cuello? y dicen, ahí sí, yo recuerdo la carótida y recuerdo la tiroides; claro, la tienen que haber visto, es un componente; pero este asunto que es de reflexión y que no se dan cuenta que ya la estudió, porque ya la vivió, entonces muchas veces no asimilan P05:12

Entonces viene uno a aprender más cosa moleculares, que la enfermedad tal, que la enfermedad más rara, pero nunca le interesa aprender a fondo lo que es la bioética GFI:P3

El estudio indagó por esas debilidades que se analizan en el transcurso de este escrito.

A la pregunta: ¿le parece necesario que la bioética esté incluida en el currículo o usted considera que debe ser un tema opcional para aquellos que elijan estudiar ese campo? La mayoría de los estudiantes, 281 estudiantes (87.8%), expresaron que la bioética debe ofrecerse a todos en el currículo. Sólo 38 alumnos (11.8%) manifestaron que debería ser opcional únicamente (Tabla 2.12).

En las entrevistas y grupos focales se corroboró entre los participantes, la expectativa de que la bioética sea un componente curricular ofrecido a todos los estudiantes, con el complemento de otros opcionales para profundizar. Un estudiante en las entrevistas expresa:

Tiene una importancia tan grande como el conocimiento científico, porque es que la medicina no es la aplicación directa de una ciencia; sería muy, muy importante E02:P1

Tabla 2.12: Distribución de respuestas a ¿Le parece necesario que la bioética esté incluida en el currículo o usted considera que debe ser un tema opcional para aquellos que elijan estudiar ese campo?

	Respuesta abreviada	Frecuencia	%	% Válidos	% Acumulado
Válidos	C: Incluida para todos y como opcional	148	46.1	46.3	46.3
	A: Incluida para todos	133	41.4	41.6	87.8
	B: Opcional	38	11.8	11.9	99.7
	D: No debe estar	1	.3	.3	100.0
	Total	320	99.7	100.0	
Perdidos	Sin dato	1	.3		
Total		321	100.0		

La bioética en el currículo: transcurricular, interdisciplinaria, teórico práctica, impregna el sistema formador²³⁷ institucional y es explícita en el plan de estudios con componentes claros y definidos. En las representaciones halladas se puede concluir que la bioética debe ser transversal, con integración horizontal y también vertical, con rutas claras de enseñanza aprendizaje, que permitan complementar desde los primeros hasta los últimos niveles (P03:P7).

Su inicio desde que los estudiantes empiezan el programa es importante por la expectativa tan abierta y disponible que tienen en ese momento. Sin embargo, se requiere fortalecer y dar continuidad a esta formación, de manera simultánea en el desarrollo curricular para dejar una impronta en los egresados y posibilitarles la reflexión bioética en muchos casos que ellos luego van a ver en su práctica clínica.

Este (la bioética) es un eje que debería estar P01:P9

Hay que tener muy en cuenta a los estudiantes del primer semestre para tratar la bioética porque tienen una predisposición muy abierta GFCC:P9

Pero como antes se dijo, y de acuerdo en ese aspecto con Azucena Couceiro²³⁸, es necesario también que la bioética se concrete en momentos curriculares claros, definidos y con objetivos específicos teórico prácticos. De lo contrario, el sentido transcurricular podría llevar a su dilución y falta de concreción. Se resalta la necesidad de articulación y coherencia entre la teoría y la práctica. Esto tiene que ver muy especialmente con la falta de integración de la bioética con la práctica clínica. Los estudiantes reclaman, esperan y desean que esté referida a los casos que se encuentran en su cotidianidad.

Esos temas si bien deben estar explícitos en el currículo y estar transcurriculares intencionalmente como discusión, ... son más importantes y más relevantes en el quehacer diario del docente con su estudiante GFCC:P6

De ahí que ellos toman ejemplos y se pregunten: 'cómo es posible que a nosotros nos enseñen esto y estamos viendo lo contrario' GFCC:P3

²³⁷ Este concepto de Sistema Formador se recoge de PERALES CABRERA, Alberto. *Op. cit.*,30-38.

²³⁸ COUCEIRO V Azucena. 2009. *Op. cit.*, p. 68-74.

82 Significados sobre bioética que producen los actores del currículo de medicina de la U de A

Esa fractura entre teoría y práctica alude a que “*la problemática permanente del estudio del curriculum se fundamenta en la relación existente entre nuestras ideas (teorías) y la práctica curricular*”²³⁹. Esa idea expresada por Stenhouse, y replanteada por Kemmis, nos refiere a un aspecto crucial en la formación. En los conocimientos se requiere que los estudiantes puedan analizar y entender lo que significan los principios y su relación con el análisis de casos en la toma de decisiones. En el grupo focal de internos se expresó:

Para mí es muy difícil hablar de la justicia y el respeto como cosas intangibles, es más fácil hablar de hechos y realidades
GFI:P4

Este aspecto es clave en estudiantes del área de la salud que por sus características se acercan mejor a los factores empíricos y se distancian de los aprendizajes más teóricos en las humanidades. Como la bioética incluye un saber procedimental, los procesos de enseñanza aprendizaje deberían buscar que los estudiantes pudieran aclarar esas relaciones entre lo general y lo particular. El aprendizaje de ese campo es teórico y práctico. Se requieren conocimientos para la fundamentación de los juicios de valor; pero, no se trata de reducir la bioética a unos módulos con expertos en el tema para tratarlo desde la perspectiva teórica solamente; al respecto, también Couceiro escribió sobre el aprendizaje práctico de la bioética en el pregrado, con propuestas concretas para lograr conocimientos, habilidades y lo que esa autora y Mario Muñoz llaman *internalizar valores*²⁴⁰. También otros autores como Gracia²⁴¹ y León Correa²⁴² han señalado que se requiere una formación de ética básica al comienzo y un desarrollo de su aplicación en la clínica.

Sin embargo, más allá de la clínica, y teniendo en cuenta que la bioética es mucho más amplia que esta, su aprendizaje teórico práctico involucra, entre otros, la ética cívica, la salud pública y el cuidado ambiental. Con todos estos campos, debería integrarse en la práctica académica, para lograr el aprendizaje significativo que claman los estudiantes. Ello implica lograr la **interdisciplinariedad**²⁴³ que posibilite la articulación con otros saberes.

Esta debilidad se representa entre los actores académicos indagados en este estudio como una ausencia sensible que deja inconclusa la intencionalidad educativa de la bioética en el currículo.

Por eso entonces acaba diluyéndose y los contenidos de ética se reducen como a algunas exposiciones, algunas charlas de expertos y se desperdician oportunidades en todos los otros cursos GFF:P3

²³⁹ KEMMIS, Stephen. *Ibid.*, p. 29.

²⁴⁰ COUCEIRO, A y MUÑOZ, M. La enseñanza de bioética en medicina: una propuesta de desarrollo curricular. *Revista Educación Ciencias de la Salud*, 2007, 4(2), 93.

²⁴¹ GRACIA, Diego. *Op. cit.*

²⁴² LEÓN CORREA, Francisco Javier. *Op. cit.*, pp. 11-18.

²⁴³ Delia Outomuro recoge la explicación de Lolás Stepke de que en la interdisciplina se comparte el cometido y ciertos contenidos; la diferencia de la multidisciplina que comparte el cometido y en la transdisciplina, tanto cometido, como contenidos y contexto. OUTOMURO, Delia. *Op. cit.*, p. 22.

Habría que plantear la formación de formadores con una fundamentación mínima de los docentes en cada institución para lograr su participación en los procesos de enseñanza aprendizaje de la bioética, y el estudiante le encontraría sentido claro a esta formación²⁴⁴.

Otros significados concordantes, expresan que lo importante es aprender a pensar bioéticamente. De esta manera, la fundamentación aporta aspectos básicos que articulados a otros saberes de las humanidades médicas, permiten aprehender la estructuración de juicios morales. En la profesionalización, los casos cotidianos que se presentan en la práctica académica, en especial aquellos cuyas decisiones son complejas, se pueden reflexionar desde la bioética, y se integra con el análisis clínico y ambiental, que incluye lo biológico, lo cultural y lo social. Así, ese campo impregna el currículo, en un eje que acompaña la formación básica en la fundamentación y la profesionalización.

La bioética no se puede compartimentalizar ni en un curso, ni en un semestre, ...lo que no quiere decir que no hayan momentos en los que se puedan dar unos conceptos básicos y hacer una formación mínima para que el estudiante tenga como recurrir en este proceso de transformación del currículo GFCl:P2

Yo pienso que en cada semestre se debería dar, dar algún pincelazo, pero que sea lo suficientemente interesante para que uno pueda como armar; yo siempre he dicho, medicina es como un rompecabezas, a uno le dan un montón de piezas y uno después armarlo; igualmente le deberían dar piezas de bioética desde un principio, pero que no se le pierdan a uno así tan pequeñitas, sino como cositas interesantes, para que después se encaje este gran rompecabezas y vaya integrando E07:P11

Otros complementan señalando que es necesario hacer **explícita** la bioética en el currículo. Si bien, se espera la participación **implícita** en diversas áreas y núcleos curriculares, se resalta que no es suficiente y se requiere hacerla manifiesta y evidente. Este simbolismo le da más fuerza a la participación de la bioética, debido a que la denominación en el lenguaje, incorporado a la formación, le da un lugar claro y definido. Lo anterior, no significa necesariamente abrir más cursos; se puede integrar con otros, pero de manera visible de tal forma que se reconozca en el currículo. Además, porque se trata de un campo con identidad propia que tiene un estatuto epistemológico propio, como lo señala León Correa²⁴⁵.

Yo creo que tiene que ser transversal; írselos dando de forma tal que no les vamos permitiendo que se les olvide, porque es cierto, y si no se les dice con el nombre, puede ser que uno les esté trabajando la parte de bioética, pero si no se les dice, no lo van a recordar así. P07:P10

Eso hay que hacerlo explícito, eso no puedo quedar en el aire del currículo GFCl:P6

No abriría una materia, porque yo sé que la gente no va a ir, pues, ni abriría clases; o sea, si hay que abrir las clases pero con nombres que no tengan que ver con la bioética, si la persona le dicen ética o moral, no van, se mueren de sueño, dicen que eso es lo peor” E06:P9

Ojalá nosotros logremos que esto no se quede en cursos adicionales, sino que logre permear cultura GFCC:P12

Habría que tener en cuenta, además, lo que se podría establecer como un clima bioético, que otros llamarán currículo oculto. Ello corresponde a la participación de la bioética en la vida académica

²⁴⁴ De esta experiencia de formación de formadores, comentan sus experiencias autores como Francisco Javier León Correa y Delia Outomuro. LEÓN CORREA, Francisco Javier. *Op. cit.*, p. 15. OUTOMURO, Delia. *Op. cit.*, p. 26.

²⁴⁵ LEÓN CORREA, Francisco Javier. *Op. cit.*, p. 12.

general de la institución que la proyecta en distintas dimensiones. Estas se reflejan en el grado de democracia que se vivencia, la pluralidad que se alcanza, el desarrollo de un sistema de valores en la vida colectiva, la capacidad de diálogo y deliberación basadas en la autonomía y el respeto por la diferencia. Se difunde y acrecienta, o por el contrario se reduce, en los mensajes que emiten las autoridades y demás actores académicos en su discurso, según su coherencia o no con la práctica institucional y personal.

En el currículo yo creo que todo debe estar mediado por la bioética porque la profesión de la medicina está directamente relacionada con la vida, entonces todo debe estar mediado por la bioética P07:P1

El clima bioético institucional habría que aprenderlo inspirado en la proyección del ambiente esperado en un comité de bioética; a partir de distintos actores y diferentes posturas se buscan consensos. Como lo explica Hottois, estos deben evitar ser ‘perezosos’ y ‘forzados’²⁴⁶, en la medida que existe apertura a un diálogo abierto, democrático y paciente para tratar de ponerse en el lugar del otro y encontrar acuerdos aceptados con libertad y de manera consciente. Estos no siempre estarán sustentados en las mismas motivaciones, y en ese sentido, pueden ser pragmáticos como también lo señala Hottois. Es decir, se descartan puntos en los que es difícil encontrar consenso, y en aquellos más posibles, no se plantea necesario que todas las razones sean convergentes²⁴⁷.

Implica también un sentido de renuncia en cada uno de los actores, en la búsqueda de consensos que tienen grados diferentes de dificultad, pero que permiten establecer construcciones colectivas y acercarse a lo que Kohlberg llamaba ‘comunidades justas’²⁴⁸. Ellas serían el ideal de un clima bioético institucional educativo, en tanto que se planteen “algo más que enseñar sobre la ciudadanía democrática, que sean en sí mismas sociedades democráticas”²⁴⁹. Ese autor identificaba que la unidad de eficacia de la educación no es el individuo, sino el grupo²⁵⁰. Las condiciones para el desarrollo moral requieren un ambiente de democracia educacional que sea estimulante y que los estudiantes puedan aprender haciendo. Así, se espera que los educadores brinden un contexto pedagógico que permita la percepción de congruencia entre los valores enseñados y las normas de acción²⁵¹.

En la concepción mencionada, se busca equilibrar “justicia” y “comunidad”, donde lo colectivo sea un punto de referencia significativo, pero en el que se proteja simultáneamente los derechos individuales. En la comunidad justa, la democracia no se genera espontáneamente, ni se limita al voto; es dinámica y está en permanente evolución.

Ese clima bioético, así considerado, determina el *sistema formador* en lo que atañe a la institución educativa, muchas veces en contraposición al que se vivencia en los niveles sociales, que hacen parte también de ese sistema. Esa es la tarea educativa, transformar e incidir en direcciones distintas, si hay equívocos en las corrientes sociales que amenazan el sentido ético de la vida y en su impacto por el desarrollo de la ciencia y la tecnología.

²⁴⁶ HOTTOIS, G. 2007. *Op. cit.*, p. 42.

²⁴⁷ *Ibid.*, p.42.

²⁴⁸ KOHLBERG, L, POWER, F.C., HIGGINS, A. *Op. cit.*

²⁴⁹ *Ibid.*, p.15.

²⁵⁰ *Ibid.*, p. 34.

²⁵¹ *Ibid.* p. 35.

Como estas, ciencia y tecnología, son puntales que alumbran los deseos y búsquedas de facultades y escuelas de medicina, el reconocimiento de los dilemas y conflictos que emergen de su relación con ellas, será clave para que se desarrolle un ambiente bioético, reflexivo y cuestionador, que busque identificar y, si es posible, responder a esos desafíos. Si al contrario, estos retos se eluden, no logran tener importancia y significación institucional, el clima corresponderá a la negación de la bioética.

La finalidad de la formación bioética: orientación a fortalecer la capacidad profesional. La expectativa de los actores curriculares en este estudio es nutrir la capacidad de decisión ética que se pueda aplicar en la práctica profesional.

Yo la bioética la relaciono con el análisis de aspectos éticos implicados en el manejo de la atención de los pacientes, del proceso de investigación con personas o con animales, inclusive el proceso de intervención en comunidades P02:P1

La bioética también considero que se aplica en tanto una persona, un ser ejerce un oficio, presta un servicio, ejerce una profesión P05:P1

Yo pienso que lo de la bioética, como ya pues lo mencionaba, también es como la oportunidad de reflexionar sobre lo que hacemos en medicina en las ciencias de la salud y por qué lo hacemos y con qué sentido lo hacemos P04:P1

Los hallazgos de la encuesta efectuada en la población estudiantil también mostraron esa visión de la bioética como aplicada, cuando más de la mitad (56,1%), dicen que la razón de su importancia es que les aporta fundamentos y bases para la vida profesional (27,3%), en la relación médico paciente (20,6%) y les enseña las implicaciones éticas de los procesos (8,2%). Estos se acercan y tienen correspondencia en lo que León Correa plantea para la bioética en su desarrollo metodológico y didáctico, especialmente en su segundo y último punto, así:

“Primero, entregar conocimientos desde una visión interdisciplinar sobre un ámbito cada vez más amplio y complejo de temas; segundo, cambiar actitudes y comportamientos e incidir en la relación profesional de la salud-paciente y en el cambio de los modelos de asistencia en salud. Finalmente, transmitir los valores éticos más apropiados y necesarios para estos profesionales y para la sociedad en general”²⁵². De esa forma, se propone un objetivo global que consta de conocimientos, actitudes, comportamientos y valores.

Conocimientos en bioética: historia y fundamentación, principios y valores, derechos humanos, metodologías de razonamiento, perspectiva ética de la ciencia y la tecnología, relación médico paciente, ética cívica, deontología médica, dilemas, ambiente y políticas públicas. Entre los actores se producen significados sobre objetivos de formación en bioética que se expresan sobre la necesidad de contar con conocimientos que aporten bases de fundamentación para el ejercicio de la profesión y la ciudadanía.

Es necesario que todos tengamos conceptos claros acerca de bioética y a partir de allí decidir acerca de nuestro modo de proceder (Respuesta abierta en la encuesta a la pregunta 4)

...lo que nos diferencia de ser máquinas que atienden pacientes es precisamente nuestros conceptos morales y éticos a la hora de tener un ejercicio profesional; entonces esos lineamientos deben estar bien sólidos, debe tener la oportunidad de discutirlos y escuchar diferentes posiciones y formar tu propia opinión, para que una vez que te desarrolles como profesional, ya poner en práctica lo que hayas decidido E05:P1

²⁵² LEÓN CORREA, Francisco Javier. *Op. cit.*, p. 12.

Y me parece que ahí es fundamental también, en alguna forma... pues, uno de los deberes fundamentales de la universidad, y más de la universidad pública, es la formación ciudadana P04:P1

León Correa²⁵³ anota que la bioética tiene una identidad conceptual con perspectiva interdisciplinaria y un estatuto epistemológico propio. Así, es un campo sobre el que los estudiantes deben apropiarse de unos conocimientos mínimos sobre la elaboración de los juicios morales. Diego Gracia explica que se requieren procesos de razonamiento que constan de dos momentos, uno de ellos considera los principios, es deontológico, y *a priori*; el otro de reflexión sobre las consecuencias, es teleológico y *a posteriori*. “El primero sirve para establecer las ‘normas’ y el segundo las ‘excepciones’ a las normas”²⁵⁴. Así, la bioética que es procedimental y argumentativa, requiere que se cuente con unos conocimientos básicos y unas habilidades de razonamiento para elaborar sustentaciones sólidas que permitan decisiones justificadas.

En la encuesta se solicitó a los estudiantes que señalaran tres temas prioritarios en orden de importancia de mayor a menor; se encontraron las 11 categorías que se muestran en la Tabla 2.13. En las respuestas se hallaron aspectos que pertenecían a una o varias categorías, por lo que el total es superior a 290. En el primer tema significativo respondieron de manera válida 290 (90.3%) de los 321 encuestados. La distribución obtenida aparece tabulada en la tabla 2.14.

Como cada uno de los estudiantes respondió con tres temas significativos, se consideró como los más importantes los que estaban en primera línea; aquellos en segundo lugar se tomaron como medianamente importantes y los terceros como menos importantes; para el análisis global de las respuestas se asignó un puntaje a cada uno de los once temas que emergieron como categorías. Luego se hizo una ponderación. En la tabla 2.15 se presenta el orden que resultó de mayor a menor importancia.

Por la encuesta, se puede identificar que más de una cuarta parte de la población estudiantil (26,7%) identifica como primer tema significativo la RMP (Ver tabla 2.8), que es un tópico que surge con mucha fuerza en la encuesta, como en las entrevistas. Cuando se analizaron en forma global los tres temas propuestos, el mayor puntaje lo obtuvo la categoría ‘Investigación, ciencia y tecnología’ luego ‘la relación médico - paciente’ (RMP) y en tercer lugar ‘Ética, deontología médica y moral’. Llama la atención que el tema de ‘Decisiones y dilemas bioéticos’ queda con un puntaje muy bajo. Hay que tener en cuenta que hubo otra categoría: ‘Inicio y fin de la vida’ en que pudieron haberse expresado inquietudes sobre los dilemas.

Así, para los conocimientos se comprende que la bioética debe enlazarse con estas temáticas de investigación, ciencia y tecnología, RMP, ética, deontología médica y moral, así como principio y fin de la vida. Lo anterior es consonante con los planteamientos de varios autores, pero en las consideraciones temáticas de los estudiantes, falta contemplar la importancia que tiene la metodología de los razonamientos éticos en el desarrollo de las decisiones y el análisis de los dilemas.

²⁵³ LEÓN CORREA, Francisco Javier. *Ibid.*, p.12.

²⁵⁴ GRACIA, Diego. 1999. *Op. cit.*, p. 31.

Significados sobre bioética que producen los actores del currículo de medicina de la U de A 87

Tabla 2.13 Categorías encontradas en las respuestas a la pregunta ¿Qué temas cree que son significativos en relación con la bioética y la formación del profesional de la medicina?

Códigos	Temas
P5Cat03	Temas sociales (incluye los temas de compromiso social, ciudadanía, conciencia social, salud y sociedad, la sociedad)
P5Cat04	Ética, deontología médica y moral (Convicciones y saberes relacionados con los principios de acción y la conducta humana en general que incluye la filosofía moral, el estudio de los deberes y los comportamientos, humanización de la práctica médica, ética médica)
P5Cat07	Principios de la bioética anglosajona (Autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia)
P5Cat08	Sexualidad (refieren directamente temas que se dirigen a esa problemática e incluyen conflictos como la violación, abuso sexual, diferenciación y modificaciones sexuales)
P5Cat09	Generalidades (hacen referencia a los fundamentos, epistemología, aplicaciones, paradigmas, definiciones, nociones, la vida y otros aspectos no especificados sobre bioética)
P5Cat10	Políticas públicas y legislación (orientaciones del Estado que se expresan en programas, proyectos, normas que son de obligatorio cumplimiento, incluye los derechos y deberes y CI)
P5Cat11	Relación médico-paciente (referencia directa y explícita a la inquietud o preocupación por la interacción con los pacientes en el ejercicio de la medicina)
P5Cat12	Toma de decisiones y dilemas bioéticos (alude a las decisiones complejas en situaciones cuya solución implica conflicto entre principios, por ejemplo transfusión en testigos de Jehová)
P5Cat13	Comunicación (cuando los estudiantes expresan directamente este campo como inquietud temática o hacen referencia a dar noticias sobre la salud)
P5ICT	Investigación, Ciencia y Tecnología
P5IFC	Inicio y fin de la vida

Tabla 2.14 Distribución de los temas bioéticos primeros en importancia según categorías encontradas (n=290).

Códigos	Tema	Frecuencia	%	% Acumulado
P5Cat11	Relación médico-paciente	78	26.7	26.7
P5ICT	Investigación, ciencia y tecnología	44	15.1	41.8
P5Cat04	Ética, deontología médica y moral	43	14.7	56.5
P5IFC	Inicio y fin de la vida	39	13.4	69.9
P5Cat09	Generalidades	28	9.6	79.5
P5Cat10	Políticas públicas y legislación	28	9.6	89.0
P5Cat07	Principios de la bioética anglosajona	21	7.2	96.2
P5Cat12	Toma de decisiones y dilemas bioéticos	6	2.1	98.3
P5Cat03	Temas sociales	5	1.7	100.0
P5Cat08	Sexualidad	0	0.0	100.0
P5Cat13	Comunicación	0	0.0	100.0
Total		292	100.0	

Tabla 2.15 Asignación de puntajes según importancia atribuida por los estudiantes a los temas relacionados con bioética en su formación .

Puntaje	Más importantes	Frec	Medianamente importantes	Frec	Menos importantes	Frec	Puntaje Total	Importancia	Categoría
1.0	P5Cat11	78	P5ICT	63	P5ICT	57	Investigación, Ciencia y Tecnología	0.94	
0.9	P5ICT	44	P5Cat04	50	P5Cat04	41	Relación Médico - Paciente	0.86	
0.8	P5Cat04	43	P5IFV	50	P5Cat09	32	Ética, deontología médica y moral	0.83	
0.7	P5IFV	39	P5Cat11	31	P5IFV	32	Inicio y fin de la vida	0.73	
0.6	P5Cat09	28	P5Cat09	26	P5Cat10	27	Generalidades	0.57	
0.5	P5Cat10	28	P5Cat10	26	P5Cat11	25	Políticas públicas y legislación	0.56	
0.4	P5Cat07	21	P5Cat07	25	P5Cat07	18	Principios de la bioética anglosajona	0.40	
0.3	P5Cat12	6	P5Cat03	8	P5Cat03	15	Temas sociales	0.23	
0.2	P5Cat03	5	P5Cat13	8	P5Cat13	8	Toma de decisiones y dilemas bioéticos	0.19	
0.1	P5Cat08	0	P5Cat08	5	P5Cat12	7	Comunicación	0.13	
0.0	P5Cat13	0	P5Cat12	1	P5Cat08	2	Sexualidad	0.06	

León Correa recoge los módulos básicos que propone el equipo de trabajo sobre la enseñanza de la bioética de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica en España: historia, fundamentación, metodología, relaciones asistenciales, principio y final de la vida e investigación²⁵⁵. En autores como Diego Gracia²⁵⁶, Delia Outomuro²⁵⁷, León Correa²⁵⁸ y Azucena Couceiro²⁵⁹ hay consenso en que la formación en ética y bioética sigue la lógica del resto de saberes en medicina con componentes de fundamentación en las básicas y humanísticas y luego su aplicación en la clínica y el ciclo biomédico.

Diego Gracia considera que en la ética básica se debe estudiar el tema de los juicios morales y su fundamentación; al final se debe revisar el tema de la Deontología Médica²⁶⁰. Couceiro sugiere incluir, entre otros puntos, la reflexión y la práctica sobre la relación de la bioética con la ética civil, los principios de la bioética, cómo se razona metodológicamente en ética, modelos de relaciones asistenciales y comprender los aspectos que conforman el consentimiento informado.

Es necesario recalcar la necesidad de que la toma de decisiones y los dilemas bioéticos tome un lugar central en la formación médica con la consideración de enfermedades críticas, agudas y crónicas. En estas temáticas, Azucena Couceiro recomienda revisar aspectos como el consentimiento informado, las directivas anticipadas, la limitación del esfuerzo terapéutico, el rechazo al tratamiento, la comunicación con el paciente y la familia. Lo anterior para que el clínico desarrolle habilidades, actitudes y valores en su práctica profesional.

Además, es necesario considerar con los estudiantes que la bioética se proyecta en un campo más amplio en relación con lo que constituye la ética global e incluir temas éticos ambientales y sobre la

²⁵⁵ Referido por LEÓN CORREA, Francisco Javier. *Op. cit.*, p. 13.

²⁵⁶ GRACIA, D. 2000. *Op. cit.*, pp.179 -180.

²⁵⁷ OUTOMURO, Delia. *Op. cit.*, pp. 19-29.

²⁵⁸ LEÓN CORREA, Francisco Javier. *Op. cit.*, p. 13.

²⁵⁹ COUCEIRO, Azucena. 2012, **15**(2), 79-87.

²⁶⁰ GRACIA, Diego. 2000. *Op. cit.*, pp.180.

naturaleza. Los hallazgos en los temas significativos para los estudiantes muestran tendencia a una visión reduccionista de la bioética y que la formación debe ampliarse. Ello es concordante con lo que se analizó en el alcance que ellos aprecian en la bioética.

Los comités de bioética tienen escaso reconocimiento en los significados que producen los actores y este tema debe ser uno de los contenidos que se deben tener en cuenta para la formación, porque representan una herramienta para las decisiones complejas en los hospitales y una necesidad para la evaluación de proyectos de investigación en la protección de los participantes.

Los dilemas éticos del hospital los responde el comité de ética médica. ¿Qué quiénes son? uno nunca sabe, ¿Qué cómo lo hacen? uno tampoco. GFI:P9

Uno tiene como esa idea de que un comité de ética médica es algo por allá, personas muy selectas, y que hacen algo y dan respuestas y yo creo que es algo intangible GFI:P9

Los contenidos bioéticos también deben enlazarse con la salud pública en la comprensión de que “lograr la equidad en salud es uno de los más importantes desafíos éticos a nivel mundial”²⁶¹. En ese aspecto, se observa que los temas sociales asociados con bioética tienen un bajo puntaje en los resultados de la encuesta en la pregunta que se analiza en este aparte. Sin embargo, como se verá en el aparte de las Políticas Públicas en Salud, los estudiantes en su gran mayoría reconocieron la importancia de esta temática y también lo expresaron en las técnicas interactivas en general.

Además, en el desarrollo de la bioética, uno de los cuestionamientos es que en sus fases iniciales su enfoque ha estado en el bienestar del individuo, al resaltar especialmente su autonomía, pero se han pensado y trabajado menos los temas de las poblaciones. “Típicos temas de salud pública, tales como las desigualdades sociales y económicas, recibieron escasa atención”²⁶². Es en su fase actual cuando se incorporan los temas de equidad y justicia. En el aparte en que se analizan las Políticas Públicas en Salud se ampliará este punto.

Así, se encuentra que hay significados de interés por los temas bioéticos relacionados con investigación, ciencia y tecnología; relación médico paciente; ética, deontología médica y moral; inicio y fin de la vida; políticas públicas y legislación. Habría que motivar la formación por la metodología de los razonamientos éticos en el desarrollo de las decisiones y el análisis de los dilemas, la ética global y temas éticos ambientales y los comités de bioética. En correspondencia con el Programa de base de educación en bioética recomendado por la Unesco, la sugerencia está en resaltar los derechos humanos.

El ejemplo: una influencia poderosa en las actitudes y comportamientos de los estudiantes.

En los significados se produce la representación de que la bioética no es solo cuestión de conocimientos y que también se requiere considerar las actitudes y los comportamientos.

Porque no es solamente un asunto de conocimiento; yo diría que esto trasciende la idea del conocimiento. Va a un asunto de yo como ser que soy, en el asunto actitudinal ¿cómo me doy a los estudiantes y a los pacientes? porque a veces cometemos ese error, una cosa es el discurso, pero cuando salimos afuera.... y completamente de acuerdo con la frase: óiganme lo que digo, pero no hagan lo que yo hago GFF:P11

²⁶¹ FERRER, LUES, Marcela. *Op. cit.*, p.114.

²⁶² *Ibid.*, p. 115.

90 Significados sobre bioética que producen los actores del currículo de medicina de la U de A

Hay una dialéctica entre los conocimientos y las actitudes y comportamientos; la formación en bioética se debe ocupar de todos esos factores. Los primeros generan criterios de reflexión que consolidan la base de las razones sobre las que se actúa y para lograr mayor capacidad de evaluación de las actuaciones propias en lo personal, profesional y como integrantes de una colectividad o institución.

Y me parece que tiene que haber más reflexión de la práctica, más reflexión de la praxis, para poder hacer realidad esa reflexión en bioética. No es solamente que se lean los artículos, también que se reflexione y tengan unos criterios que permitan la reflexión GFCLi:P2

Uno a veces ve que muchas veces la actitud o la formación de ese estudiante va muy encaminado solamente como a lo cognitivo, como solamente 'yo sé de mi conocimiento', pero y en ¿dónde está lo demás?, ¿dónde queda esa relación?, ¿dónde queda esa actitud? P12:05

Sobre las actitudes y los comportamientos inciden también otros aspectos diferentes a los conocimientos. Cuando, generalmente en la adolescencia, se opta por un proyecto de vida en un campo profesional, es parte del desarrollo humano el encuentro con otras personas que inspiran como modelos a seguir. El profesor como guía, que en su función formadora recoge su formación y experiencia, se presenta a los ojos del estudiante como orientación para su perfil profesional.

El docente le representa la integración de los fundamentos y la práctica. “Ninguna estrategia didáctica reemplaza al profesor”²⁶³. En bioética esto es mucho más fuerte debido al componente reflexivo que debe estar en concordancia con una forma de comportarse y de vivir. Así, el docente, es un actor clave para que las instituciones puedan ser formadoras en bioética, como en los otros campos. Se hace referencia a la coherencia entre la teoría y la práctica en los procesos formativos porque los comportamientos se aprenden sobre todo del ejemplo de los profesores.

La coherencia entre lo que se hace y lo que se dice es una de las mejores formas de enseñar P09:P3

Los estudiantes aprenden por imitación P09:P9

Tiene más peso el ejemplo que el estudiante observa de su profesor que las propuestas escritas GFCC:P38

Y lo otro es la modalidad del ejemplo; ya la modalidad del ejemplo es entrar en contacto y decir, ve éste ya es un médico y está haciendo este oficio, veamos a ver como lo hace E05:P15

Sin embargo, la dificultad expresada es que los docentes, en su gran mayoría no han recibido formación en bioética. Además, la consideran un campo en que no son expertos y la tendencia es dejar la tarea formativa de los estudiantes a otros que lo sean. Ese es un aspecto de transformación esencial para integrar la bioética a los currículos: la formación de los formadores en unas capacidades mínimas que les posibilite integrar ese campo en el desarrollo de docencia en la cotidianidad.

Esto puede ser, como reflexión o generación de interrogantes, puesto que no siempre se tienen las respuestas contundentes y en muchos casos la recomendación es la discusión con otros o la consulta a

²⁶³VILLEGAS, E.M., AGUIRRE MUÑOZ, C.A., DÍAZ HERNÁNDEZ, D.P., GALINDO CÁRDENAS, L.A. ARANGO RAVE, M.E. KAMBOUROVA, M. M. JARAMILLO MARÍN, P. A La función del tutor en el aprendizaje basado en problemas en la formación médica de la Universidad de Antioquia. *Iatreia*. 2012, **25** (3), 265.

los comités de bioética. Pero, se debe tener conciencia de la diferencia entre *doxa* y *episteme*²⁶⁴, así como el error que nos hace ver Azucena Couceiro, de que no se trata de expresar ideas y opiniones, sin que exista la deliberación necesaria para que estas sean sustentadas o develadas en su insuficiencia²⁶⁵.

El ejemplo también proviene desde la sociedad, como uno de los niveles del sistema formador y puede ser una influencia que aporta valores, o lo contrario, degrada. Frente a ello, entre los docentes también surgen representaciones de lo que se debería ofrecer en la misma universidad.

El concepto de fraude y el de "hacer atajos" que se observa entre los estudiantes, corresponde a un ejemplo que ellos ven en lo que vamos estableciendo como sociedad GFCC:P4

Evaluar ellos también que traen desde sus casas; porque también es una formación de la persona que viene desde que nacieron, y que realmente ellos lleguen a unas conclusiones guiados por unos profes, desde 'Salud y Sociedad', desde la misma 'Biología de la Célula', o sea, desde qué cursos se podría hacer, de modo que desde (el) primer semestre ellos se involucren con esta parte, que ellos vean que si bien no hay una clase de bioética, está intencionado en cada uno de los cursos que ellos durante la carrera .. .GFCC:P10

Los actores curriculares aludieron a la necesidad de formar en los estudiantes una actitud reflexiva, con una visión crítica y transformadora que debe ser característica de todos los universitarios. Los sentidos manifestados entre los docentes se orientan a lograr que los estudiantes actúen empoderados de la situación, de manera autónoma, y desmotivar las actitudes heterónomas que se suman a los dictámenes de otros, sin ser conscientes de las razones que se sustentan.

Ahora que hablo de crítica, me parece importante recalcar y volver a insistir en la importancia de la formación en el pensamiento crítico en la universidad, que tal vez en medicina es donde menos desarrollo o preponderancia le damos a eso, y yo creo que es importantísimo. P04:P5

Hay que apuntar a desarrollar capacidades como .. argumentar, criticar, y finalmente la capacidad de tomar decisiones GFCC:P21

Yo tengo la capacidad de tomar decisiones porque he hecho una reflexión, e introyectado, tengo dispositivos de pensamiento que me permite tomar actitudes distintas frente a algo GFCC:P21

La falta de toma de decisiones conscientes y de ser responsable de tomar una decisión frente a ese tipo de situaciones, es quizá donde estamos fallando GFCC:P21

Si bien se trata de hacer conciencia en los docentes de su implicación como ejemplo, tampoco es cuestión de quedarse en proponer determinados modelos, porque lo fundamental es promover la autonomía en los estudiantes, para que desde ellos mismos aprendan a cuestionar y valorar²⁶⁶. El clima bioético de una institución no debería replicar y reproducir esa tendencia; al contrario, se plantea que debe ser crítica por medio del cultivo a la reflexión y la deliberación en torno a problemáticas bioéticas.

León Correa y Couceiro destacan la necesidad de promover actitudes para la deliberación y el diálogo bioético. En este son indispensables el respeto, la tolerancia, la escucha, la autocrítica, la apertura a otros argumentos diferentes a los propios, comprender que hay una construcción con otros y que

²⁶⁴ OUTOMURO, Delia. *Op. cit.*, p.20.

²⁶⁵ COUCEIRO, Azucena. *Op. cit.*, p. 86.

²⁶⁶ LEÓN CORREA, Francisco. *Op. cit.*, p. 16.

92 Significados sobre bioética que producen los actores del currículo de medicina de la U de A

nadie puede considerarse dueño de verdades²⁶⁷. Esto implica superar la formación dogmática, pero también la neutralidad axiológica, desde la que es válido llegar a plantear diversas posturas y escucharlas, sin controvertir, y en la aceptación del 'todo vale' y lo importante es opinar; hay que 'aprender a ponderar con prudencia el caso concreto para saber qué valor priorizar y por qué hacerlo'²⁶⁸; por ello se requiere la educación deliberativa para impulsar actitudes frente al diálogo.

No es que toda intervención valga, sino que se trata de sustentar y discutir con respeto basado en argumentos, luego de conocer aportes en autores y estudios que han profundizado en los dilemas. "La enseñanza de la ética que asume la tolerancia como virtud fundamental tiene que capacitar, al mismo tiempo, para identificar y señalar opiniones que no cumplen con los requisitos de la propia tolerancia o con los valores que la sustentan"²⁶⁹.

Comunicar con sentido bioético. La comunicación es un significado que tiene importancia en los actores consultados, profesores y estudiantes. Se le representa como aspecto que influye en la relación con los pacientes e incide en la calidad de esa interacción; significa que se requiere preparación para que se pueda dar información comprensible al paciente, con responsabilidad y para obtener adherencia al tratamiento. Identifican sentidos que deben caracterizar la comunicación con el paciente como la prudencia.

Pienso que la comunicación es parte fundamental de la calidad de la RMP EPJGL:P1

En la relación médico paciente yo me enfoco más que todo en la comunicación E10:P2

Yo quisiera hablar de la importancia de la comunicación, que también fortalece mucho.....esta parte de bioética con los estudiantes, porque también uno a veces transmite con esa comunicación verbal o no verbal cosas que no son al paciente GFCC: P39

El médico debe respetar, escuchar, establecer un canal de comunicación adecuado y con su conocimiento ser capaz de acercarse al paciente para resolver, más que el problema clínico únicamente, un montón de angustias que él trae EPMEA:P1

Azucena Couceiro considera este aspecto en los objetivos formativos relacionados con el Consentimiento Informado, así: "Distinguir con claridad el proceso de comunicación del formulario"²⁷⁰. Se entiende que más que un proceso formal de firmar un documento de autorización, se trata de que lograr comprensión por parte del paciente en la información sobre las opciones propuestas para brindarle posibilidades en su capacidad de decisión. También la refiere en las decisiones al final de la vida para que "aprendan a manejar correctamente el proceso comunicativo con pacientes y familiares en estas situaciones"²⁷¹.

Mejorar la estrategia educativa y el tiempo dedicado en bioética: un llamado de atención de los estudiantes. A la pregunta de la encuesta: ¿hay algo que usted quisiera expresar en relación con la formación en bioética en el currículo de medicina que adelanta? surgieron respuestas que agrupadas

²⁶⁷ *Ibid.*, p. 14.

²⁶⁸ COUCEIRO, Azucena. *Op. cit.*, p. 86.

²⁶⁹ *Ibid.*, p.86.

²⁷⁰ *Ibid.* p.81.

²⁷¹ *Ibid.* p 83.

por categorías, dan cuenta de otros aspectos sobre la integración de la bioética en el currículo. La mayor proporción, con más de la mitad de los estudiantes (55,6%), optó por manifestar respuestas que en la categoría `se requiere mejorar la estrategia educativa`. Además, 35 estudiantes (17,1%) expresaron que el tiempo dedicado en el currículo es deficiente (Tabla 2.16).

En las entrevistas y grupos focales se hallaron expresiones en concordancia con lo anterior:

Hace falta tiempo, hace falta contenido, hace falta estructurar un curso de bioética que no sea un curso de bioética tipo educación bancaria como diría Freud, que no sea sentar a los muchachos a meterles y meterles cosas que probablemente van a decir `esto es un relleno`, sino generar todo un espacio, todo un curso diseñado, obviamente con toda la conceptualización teórica necesaria, pero que permita que las personas que están sentadas allí se apropien de ese conocimiento, lo valoren como propio, lo construyan al lado del docente que está trabajando E02:P3

La necesidad de mayor tiempo disponible para la bioética se debe interpretar en conjunto con la adecuación de un eje curricular integrado e intencionado con estrategias pedagógicas que le lleguen a los estudiantes. No se trata de contar con extensiones de tiempo que los recarguen, generando más distanciamiento de la bioética, sino que los disponibles tengan significación y adecuada articulación e integración. En ello hay que tener en cuenta que:

El currículo está excedido en presencialidad y contenidos GFCl:P20

Por otra parte entre los profesores, emerge con fuerza una idea que aglutina a otras, respecto a la vinculación de la bioética con el día a día, para ir más allá de los grandes dilemas y aquellos de frontera. Se trata vincular el aprendizaje bioético con los dilemas y conflictos, que depara la vida corriente del ejercicio en la medicina.

“Falta de articulación de la ética y la bioética a la cotidianidad de la formación” P11:03

Los procesos de enseñanza aprendizaje materializados en didácticas propicias para la bioética, fueron una de las ideas con fuerza que surgió entre los actores curriculares indagados durante las entrevistas y grupos focales. Hubo concordancia con los hallazgos de la encuesta sobre la necesidad de mejorar las estrategias didácticas.

... la metodología no es muy buena, no es muy interesante; por lo general, son clases teóricas clases largas y si uno está cansado tiene sueño y no hay algo que sea activo, uno se queda dormido E07:12.

La bioética me parece importante en relación con los pacientes y la práctica médica, más que quedarse en la teoría GFI:P15

La bioética debe estar más entrelazada con la ciencia y la medicina en la formación médica E11:P2

Al final de la formación la podemos aprovechar más, porque ya estamos más en contacto con el paciente; mientras que en los primeros semestres nos vemos mas enfrentados a los libros, a otras cosas que a la práctica médica como tal GFI:P15

En los actores que participaron en el estudio emergen como significativas las estrategias didácticas siguientes: el ejemplo docente (mencionado antes por su incidencia en las actitudes y comportamientos), la simulación, la práctica cotidiana, los grupos pequeños de discusión, el Aprendizaje Basado en problemas (ABP), la vivencia de ser paciente por el estudiante, la formación en el hogar, el ejercicio clínico observado y estructurado (ECOE), los cursos opcionales para profundizar.

94 Significados sobre bioética que producen los actores del currículo de medicina de la U de A

Las expresiones indicaron que las metodologías integradoras de distintas disciplinas, y que posibilitan el análisis y la deliberación, favorecen el aprendizaje de la bioética; esto debido a que los estudiantes perciben su utilidad en la práctica profesional

Tabla 2.16 Distribución de respuestas, según categorías encontradas, a la pregunta: ¿Hay algo que usted quisiera expresar en relación con la formación en bioética en el currículo de medicina que adelanta? (n=205).

Respuesta resumida	Frecuencia	%	% Acumulado
Se requiere mejorar la estrategia educativa	114	55.6	55.6
El tiempo dedicado es deficiente	35	17.1	72.7
Es importante para la atención integral fundada en principios éticos	16	7.8	80.5
Se está aplicando adecuadamente en el currículo	12	5.9	86.3
Es importante para nuestra formación integral	10	4.9	91.2
Debe ser voluntaria	6	2.9	94.1
Estos temas son subestimados por muchos estudiantes y profesores	3	1.5	95.6
Se debe enseñar en la familia y en la educación básica	2	1.0	96.6
La metodología del profesor fue efectiva para despertar interés	2	1.0	97.6
Incluye el "respeto y la compasión por los animales"	1	0.5	98.0
Las decisiones deben basarse en la calidad de vida	1	0.5	98.5
Su desconocimiento es fuente de malas prácticas profesionales	1	0.5	99.0
Cuestionamiento al interés que buscan muchas investigaciones	1	0.5	99.5
La Bioética permite que la Universidad reflexione sobre sus procesos en ciencia y tecnología	1	0.5	100.0
TOTAL		100	
205			

Un estudio publicado en 2004 en Case Western Reserve University y the University of Pennsylvania encontró que el seguimiento a grupos pequeños de aprendizaje que se mantuvieron hasta el segundo año de la clínica, eran muy favorables para que los estudiantes pudieran tener espacios de análisis y acompañamiento²⁷². En la revisión de Eckles et al²⁷³ publicada en 2005, el consenso fue que los grupos pequeños eran muy convenientes para el aprendizaje de la bioética. Asimismo, se concluyó que el ABP era efectivo para la educación ética. También lo referencian Francisco Javier León²⁷⁴, Mario Muñoz y Azucena Couceiro²⁷⁵

El ABP es un ejercicio muy interesante porque permite confrontar lo que yo pienso con lo que realmente es P03:P6

Las didácticas de simulación y el ECOE²⁷⁶ permiten una valoración integral del estudiante frente a situaciones complejas cuya observación puede detectar aspectos que no son adecuados o aquellos que tienen problemas en su actuación asistencial. Posibilitan la evaluación de los conocimientos, las habilidades, las actitudes y las prácticas, lo que significa una ventaja formadora significativa al articular estas dimensiones.

La simulación es una herramienta didáctica fundamental para reflexionar sobre las posturas ante la diversidad y para ser más plural P03:P6

²⁷² LEWIN, Linda Orkin y LANKEN, Paul N. Longitudinal Small - group learning during the First Clinical Year. *Family medicine*. 2004, 4 (36), S83–S88.

²⁷³ ECKLES, R.E., MESLIN, E.M., GAFFNEY, M., HELFT, P. *Op. cit.*

²⁷⁴ LEÓN CORREA, Francisco. *Op. cit.*, p. 15.

²⁷⁵ COUCEIRO, A. y MUÑOZ, M. *Op. cit.*, p. 95.

²⁷⁶ LEÓN CORREA, Francisco. *Op. cit.*, p. 16.

El ECOE permite evaluar esas competencias, porque están evaluando directamente (el estudiante) cómo atendió al paciente, cómo (es) su interrelación, y desde la parte cognitiva también, porque tú tienes que hacer una historia, tienes que examinar, entonces ya está el desarrollo de destrezas y habilidades, la parte cognitiva, para que conjuntamente pueda llegar a un diagnóstico, lanzar un diagnóstico apropiado y por tanto una conducta terapéutica apropiada P12:06

La autoevaluación y el portafolio no surgieron en los significados expresados; la primera se encuentra referido por León Correa⁷² como una de las metodologías más eficaces desarrollada como trabajo participativo y reflexivo sobre el propio comportamiento de los alumnos. Del segundo hay publicaciones que lo recomiendan a partir de experiencias en bioética en la Universidad de Zaragoza y otras en Brasil²⁷⁷.

Por otra parte, los actores no hicieron referencia a la narrativa, que se ha descrito como posibilidad valiosa²⁷⁸, al permitir un acercamiento a las vivencias de los pacientes o mediante los grandes autores de la literatura, el cine o el teatro con obras que sensibilizan los estudiantes. Habría que acercarlos a esas experiencias e invitarlos a reconocer en ellas una opción para el aprendizaje y la reflexión. Varios autores han resaltado múltiples aportes en la narrativa médica, entre ellas, que “ofrecen la posibilidad de mediación entre los casos particulares y los casos paradigmáticos, así como las posibilidades de apertura e interpretación en los diferentes contextos de significado de la deliberación moral”²⁷⁹.

Una idea fuerza que sobresale entre los actores es el proceso de enseñanza aprendizaje que se desarrolla en las prácticas académicas con los pacientes en las rondas y la consulta externa en su cotidianidad. Entre los docentes también se relacionó la bioética con el trabajo en comunidad. Sugieren que se aprovechen los casos que se encuentran para discutir las dificultades en las decisiones y que existan espacios de diálogo al respecto.

Todo lo anterior apunta a una dinámica que combine, desde el inicio de los estudios de medicina, estos componentes que se han mencionado. El aprendizaje no tiene que seguir procesos lineales en la lógica de que primero es la teoría y luego la práctica. Se requiere que sea ante todo significativo y que logre anclarse a los esquemas previos que trae el estudiante, como lo plantea el constructivismo en autores como Bruner²⁸⁰ y Carretero²⁸¹.

La fundamentación que se requiere sobre el contexto histórico en que surge y se desarrolla la bioética para comprender las raíces de ese campo, los factores procedimentales, los principios, los valores, las relaciones asistenciales, los derechos humanos y los dilemas, pueden plantearse en procesos de enseñanza aprendizaje desde el inicio en combinación con análisis de casos concretos. Así, la bioética, como lo plantea León Correa²⁸² puede ser estimulante para los estudiantes que están al comienzo de sus estudios, si lo acerca a la clínica. Cuando la formación entra en la fase en que predomina la clínica, son clave los pequeños grupos de discusión periódicos, los profesores que en las rondas reflexionan y deliberan sobre la situación de los pacientes y el clima institucional que insiste en forma permanente y deliberante en estos tópicos.

Lo más acertado y lo que yo mas recuerdo de lo que yo vi era los conversatorios E05:P8

²⁷⁷ MORETO, Graziela *et tal.* *Op. cit.*

²⁷⁸ Estas sugerencias las hacen José Lázaro y Juan C. Hernández-Clemente en documentos de 2010 que hacen parte de su proyecto “Filosofía de las tecnociencias sociales y humanas” en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid.

²⁷⁹ PINTO BUSTAMANTE, Boris. Prácticas narrativas en Bioética: una oportunidad para la experiencia, la edificación y la deliberación. *Revista Colombiana de Bioética*. 2011, 6(especial), 110-121.

²⁸⁰ BRUNER, J.S. La importancia de la educación. Paidós, Barcelona, 1997.

²⁸¹ CARRETERO, Mario. *Constructivismo y Educación*. Madrid: Edelvides, 1993. .

²⁸² LEÓN CORREA, Francisco. *Op. cit.*, p. 14.

En un estudio en la Universidad de Toronto²⁸³ compararon la estrategia basada en pacientes estandarizados con el seminario tradicional, entre residentes de cirugía; este último mostró tener ventajas frente a la otra. Los encuentros grupales favorecen las didácticas propicias para la formación ética y bioética porque desarrollan moralmente a los estudiantes en sus intercambios argumentativos a partir de casos que ellos y ellas requirieron aclarar y analizar.

Los contenidos sobre la equidad en salud, que fue una idea con fuerza en uno de los grupos focales, pueden vincularse a los aprendizajes en salud pública, en un eje comunitario del currículo, para tratar “la bioética en la salud de la población” y los temas relacionados con Políticas Públicas en Salud²⁸⁴. Ello podría a su vez articularse con los aprendizajes clínicos que se realizan en el marco de la Atención Primaria en Salud.

El sentido de equidad entendido, como que a cada quien le den lo que le corresponde, en función de su capacidad y condición; si yo tengo una menos capacidad, cierto, o una condición especial el sistema debe ser solidario y equitativo conmigo entonces digamos que a uno se le antoja que la parte de equidad corresponde como a un valor más transversal y que no está tan prejuizado GFCC: P28

El ser humano no termina de formarse: inicia en el hogar, pero continúa durante y después de la universidad. La formación en el hogar es un significado que emerge con frecuencia entre los actores y en distintos espacios y audiencias de la Facultad de Medicina de la U de A. Se reconoce que estos aprendizajes comienzan desde la familia ante las normas e inquietudes que surgen en el desarrollo moral y en la constitución propia de lo que significa la razón, que acompaña simultáneamente la perspectiva moral, como parte de lo que distingue al ser humano como tal.

Acerca de esto, Kohlberg explicó las características del desarrollo moral con la evolución de la conciencia humana desde que se acerca a la moral con un inicio motivado por el egoísmo, la sanción y el premio. Luego, la adaptación social pasa indefectiblemente por la consideración de lo moral y las etapas más elevadas corresponden a la búsqueda de principios universales que rijan nuestra convivencia desde la ética más allá de lo legal.

En ocasiones, algunos estudiantes o profesores en diferentes espacios de discusión en la Facultad han expresado la creencia que esa formación en el hogar y la educación básica y secundaria es suficiente y que es innecesario que la universidad considere esta formación. Pero varios participantes en este estudio lo consideran distinto:

El ser humano no termina de formarse E02: P10

He escuchado eso: que va ir uno a que le enseñen ya cuando uno tiene la personalidad formada, cuando uno ya sabe como actúa. Nunca es tarde para aprender; igual esos valores vienen desde la casa, uno puede como tomar cosas de afuera, uno en la universidad está formándose todavía y existe esa formación en valores que nunca es tarde para aprenderlos GFI:P3

Con relación a la bioética yo considero que lo de bioética no solo se nos debiera enseñar como futuros profesionales sino que esa construcción de enseñar qué es bioética, nace desde el pre-kínder, de forma que todos nos volvamos partícipes en la construcción de una mejor sociedad, porque yo pienso y considero que la bioética si su principio es el respeto a la vida, como respeto a la vida debe construir una sociedad unida E10:P5

²⁸³ ROBB, Anja *et al.* *Op. cit.*

²⁸⁴ Este es un concepto de Wikler citado en FERRER, LUES, Marcela. *Op. cit.*, 115. [Fecha de consulta: 30 de agosto de 2012]. ISSN 1726-569X. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2003000100011&script=sci_arttext

Sobre este tópico dice Victoria Camps: “la ética depende de la educación, pero no sólo de una educación concentrada en los primeros años de la vida, en la escuela y la familia, sino de una especie de educación continua, a lo largo de la existencia”²⁸⁵.

La formación de formadores: una necesidad apremiante para avanzar

La formación de formadores es una representación también muy fuerte y reiterada por los docentes y los estudiantes. Entre estos últimos se llama la atención sobre la falta de conocimientos de la gran mayoría de los profesores sobre la bioética, lo que impide que la tengan en cuenta en su docencia cotidiana.

Qué más se puede esperar si fueron formados muy distinto a lo que estamos siendo formados, es un problema estructural de la sociedad. E02:P4

Hay que impactar mucho en los docentes en su creencia de que ya están formados y ya no quieren cambiar GFCC:P35

Yo creo que habría que trabajar mucho con los profesores, con los docentes todo lo que es ética y comunicación para cuando trabajemos con los estudiantes ellos lleguen y vean que su profesor, hay una coherencia entre lo que está en el currículo y lo que está practicando el profesor P10:P10

Considero que los profesores, docentes de la universidad que estén en otro lado deben ser evaluados o formados en bioética para que con su actuar nos den ejemplo y nos hagan como actuar de esa manera GFI:P16

Por otra parte, los significados entre los profesores expresan que están sometidos a la presión de un dominio exigente en aquellos contenidos de los que están encargados, por lo que se alejan de temas como la bioética en el que no se sienten a gusto por no tener experticia en ella. Además, entre ellos y ellas, la bioética se representa como un tema difícil y que es cuestión de expertos. Hay experiencias referidas al respecto en la Pontificia Universidad Católica de Chile, referida por Francisco Javier León Correa²⁸⁶ y la propuesta de Delia Outomuro²⁸⁷ para la conformación de Escuelas de Ayudantes.

El reto de los docentes y la institución es lograr interesar a los estudiantes y poder cautivarlos con la bioética mediante estrategias pedagógicas que integren sus motivaciones con los planteamientos y prácticas de ese campo. Las características de los estudiantes en el área de la salud los inclinan hacia las actividades prácticas y es notorio en ellos esa tendencia relacionada con su vocación de servicio y el gusto que sienten por esas acciones. Así, las estrategias para lograr ser significativas deben integrar la fundamentación con la práctica.

Conclusiones sobre currículo y bioética

Los actores otorgan un alcance muy amplio a la bioética, pero un grupo significativo de los estudiantes reduce su campo de acción a la investigación o a la RMP. En general, reconocen discursivamente la importancia de ese campo en la formación médica. Se producen contradicciones entre lo que se expresa verbalmente, y la práctica; hay una fuerza contextual influyente que desvaloriza estos campos. En esa fisura debe actuar el proceso educativo en los conocimientos, las habilidades de razonamiento, las actitudes, los comportamientos y la capacidad comunicativa, con procesos de enseñanza

²⁸⁵ CAMPS, Victoria. 2005. *Op. cit.*, p. 52.

²⁸⁶ LEÓN CORREA, Francisco Javier. *Op. cit.*, p.15.

²⁸⁷ OUTOMURO, Delia. *Op. cit.*, p. 26.

aprendizaje dinámicos que correspondan con la bioética; es decir, que sean reflexivos y de diálogo, interdisciplinarios y en lo posible integradores.

El ejemplo del docente tiene una fuerza inmensa en el currículo y por ello el cambio debe pasar por programas amplios para su desarrollo académico, en este caso bioético, para lograr verdaderas transformaciones pedagógicas. Pero tampoco se debe pretender la difusión de modelos específicos, porque la autonomía debe prevalecer. Los propósitos de formación en bioética deben cubrir conocimientos, habilidades, actitudes, comportamientos y comunicación. Las estrategias didácticas en bioética fomentan la reflexión, mediante la deliberación y el fortalecimiento a la capacidad de argumentación en juicios morales ampliamente sustentados. De allí, que los grupos pequeños, transversales, sean privilegiados en la formación bioética.

Se podría concluir que un eje curricular bioético en medicina tiene como objetivo general: formar médicos conscientes del significado del desarrollo de la tecnociencia, en su doble sentido de beneficio e impacto perjudicial para la vida; además, en la comprensión de que se requiere una modulación ética de esa evolución, lo que se debe reflejar en su capacidad de formular juicios argumentados con bases sólidas. Ello se debe traducir en la RMP, en su capacidad de ciudadanía activa y en su participación en la defensa de los derechos humanos, del ambiente y de la naturaleza como fuentes de valor. Además, se requiere identificar con claridad momentos curriculares específicos, para que no se diluya la bioética, con objetivos que cubran conocimientos, actitudes, comportamientos y comunicación. Ello se debe materializar en formación de fundamentación y aplicada.

Los conocimientos deben cubrir temas de historia y definición de la bioética, principios y valores, ética cívica, equidad en salud, metodología, relaciones asistenciales, derechos de los pacientes y derechos humanos en general, razonamiento ético, consentimiento informado y temas de ética ambiental y valor de la naturaleza. Las actitudes y comportamientos deben ocuparse de promover una disposición bioética para la deliberación y el diálogo. La comunicación es otro campo formativo de capacidades para que exista claridad y comprensión en la RMP. Los valores son otro aspecto a considerar que se analizará más adelante.

2.2.2 La Relación Médico Paciente: eje central de la medicina, poco cultivado en la formación

*La RMP es el núcleo fundamental de la formación del médico
EPJGL:P1*

*El sistema de salud no puede ser el pretexto para no tener una
apertura a una RMP con calidad humana GFCC: P33*

En el desarrollo curricular que es objeto de este estudio, falta un reconocimiento relevante a la identificación de la relación médico paciente (RMP) como escenario de encuentro democrático, y no existe una impronta institucional que busque transformar esa interacción para superar las versiones autoritarias y verticales. El significado del respeto a la autonomía del paciente solo se insinúa entre algunos profesores como un cambio que se da en los últimos años.

Sobre la comprensión de la RMP, entre los actores participantes se encuentran significados que se pueden recoger en la expresión de una de las docentes participantes:

La RMP es una interacción esencialmente humana en la que el paciente consulta porque está sufriendo, está doliente y carente, pero del otro lado también hay un ser doliente y carente y por esas similitudes es que (se) pueden conectar P05: P7

En esa frase se expresa una visión que coincide con la perspectiva fenomenológica²⁸⁸ al dar cuenta de una comprensión de la enfermedad que no se limita a los hechos anatómicos, patológicos y fisiológicos y que se interesa por la experiencia humana. Se trata de ampliar el entendimiento del paciente ante hechos como el sufrimiento, el dolor y las carencias, de los que no se escapa el médico, y que no siempre se correlacionan con sustratos físicos que se puedan localizar a la manera de un cuerpo maquina²⁸⁹.

Esa concepción permite conciliar el conocimiento científico con la comprensión humana²⁹⁰. En ese marco es que se debe aprender a “escuchar a nuestros pacientes tan bien como los ruidos respiratorios”²⁹¹ para no perder la finalidad de las acciones técnicas, que no tienen sentido en sí mismas sino en su orientación al bienestar que se busca con ellas. Desde la fenomenología se cuestiona la mirada de los seres humanos como meras entidades anatómicas y fisiológicas que llevan a devaluar el mundo de la experiencia y limita la capacidad para entendernos a nosotros mismos y a los otros²⁹².

Diego Gracia define la relación clínica como “la que tiene lugar entre alguien que considera que su salud está amenazada y un profesional sanitario”²⁹³. Los actores curriculares significan esa relación como un encuentro que debe ser agradable, basado en la confianza y en el respeto, en el que se comparten aspectos muy íntimos vinculados a los procesos de salud y enfermedad. Se le aprecia como una interacción que busca perfeccionarse. Si bien el desencadenante parte de la necesidad que tiene el paciente, identificar que también el médico tiene carencias, posibilita comprender mejor la naturaleza de esa interacción y superar la concepción del médico como un ser poderoso que está por encima del paciente.

Es cierto que el médico tiene un conocimiento y una experiencia que generan desigualdad frente a la persona que lo consulta, pero ello no suprime la carencia inexorable que permanece en distintos grados y dimensiones en la condición humana. Diego Gracia explica como siempre hay una asimetría en el conocimiento que tiene el médico que impide una relación horizontal plena. Ese poder debería estar orientado en beneficio del paciente “evitando las actitudes tanto despóticas como paternalistas”²⁹⁴.

La influencia de otros agentes diferentes al paciente y al profesional sanitario está también presente en esa interacción²⁹⁵ que Diego Gracia denomina ‘terceras partes’. En ellas están la familia, los amigos y la sociedad. Entre los actores consultados, la idea con fuerza de la influencia social es aquella que se da mediante las políticas públicas en salud y las significan como críticas para la RMP en la situación actual del Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia. Se comprenden como una estructura y una organización que no atiende las condiciones que requiere la interacción asistencial, pues es algo muy secundario en su jerarquía de intereses; en ese sistema la RMP funciona como algo operativo, pero no central, ni prioritario. Las políticas públicas en salud se representan como interferencia sobre la autonomía que requiere el médico para actuar de manera ética en esa interacción. Se percibe una gran

²⁸⁸ BARON, Richard J. An Introduction to Medical Phenomenology: I Can't Hear You While I'm Listening. *Annals of Internal Medicine*. 1985, **103**(4), 606-611.

²⁸⁹ *Ibid.*, p. 609.

²⁹⁰ *Ibid.*, p. 610.

²⁹¹ *Ibid.*, p. 610.

²⁹² *Ibid.*, p. 608.

²⁹³ GRACIA, DIEGO. 1999. *Op. cit.*, p. 97.

²⁹⁴ *Ibid.*, p.103.

²⁹⁵ *Ibid.*, p. 97.

presión a partir de la condición de empleado que éste tiene en el actual sistema de salud, lo que implica una imposición de lineamientos que muchas veces contradice sus convicciones.

En el sistema actual de salud se ha perdido la RMP E10:P2

Uno continuamente oye a sus compañeros egresados y a otros egresados quejándose de que no puede desempeñar su función como ellos creen que debe ser, porque el sistema no deja que lo hagan de esa manera GFCC:P6

Sé también el asunto laboral de los médicos, que sabemos que tenemos egresados que salen a volverse obreros de las EPS, entonces no pueden ni pensar, no pueden hablar y lo único que pueden hacer es formular y formular, es como una máquina de galletas donde ellos van poniendo el sello a medida que va pasando la polea con las galletas, eso ya es de otro calibre, pero creo que sí tienen muchísima responsabilidad en el proceso P06:P9

La falta de integralidad del sistema de salud puede afectar también la labor del médico P10:P5

Sin embargo, entre los actores también se identifica que hay responsabilidades del médico en la relación con su paciente que no se pueden esquivar argumentando que todo depende del sistema de salud. Como sujeto de esa interacción y en el cumplimiento del compromiso que adquiere al ser médico, tiene un papel, que si bien se desarrolla en un contexto que lo condiciona social y culturalmente, también hay aspectos que dependen de su voluntad, su formación y su capacidad profesional. Hay un margen de libertad bajo su dominio que le permite responder, aunque limitado, desde su capacidad de relación con el Otro, en este caso quien lo consulta, para superar una necesidad de salud.

El sistema de salud no puede ser el pretexto para no tener una apertura a una RMP con calidad humana GFCC: P33

Tipos de RMP: jerárquica, horizontal y coyuntural

Diego Gracia encuentra tres tipos de relaciones clínicas: la paternalista o monárquica, la oligárquica y la democrática. La primera de tipo vertical y asimétrica, en que el clínico domina; la segunda, muy semejante, pero la diferencia está en que la dominación corresponde a un equipo de profesionales. La democrática responde al proceso de emancipación de los pacientes en la segunda mitad del siglo XX en la búsqueda de una interacción más horizontal. El autor mencionado plantea que “esta horizontalidad no puede ser nunca total, dado que el sanitario se encuentra siempre en una relación de poder y privilegio respecto al paciente”²⁹⁶.

Los significados producidos en este estudio identifican diversos tipos de RMP, en las que se incluyen la de carácter jerárquico (conocida como paternalista), la democrática y una de tipo coyuntural.

Esta última, tan frecuente en el Sistema de Salud que actualmente tiene el país, resulta en un acercamiento de tipo tangencial, que ni siquiera alcanza a ser espacio de acción para que ocurra dominio paternalista y se caracteriza por ser muy despersonalizada.

No todas (las) veces que sienta un paciente con un médico se crea una relación terapéutica, una relación médico paciente P05: P7

A veces se trata no de una RMP, sino de una interacción de prestación de servicios P05: P8

El médico se relaciona con el paciente desde la omnipotencia, mas no omnipresente; es el estatus que siempre se le ha dado en nuestra sociedad, por el acervo cultural que tenemos, 'usted es el que tiene la razón y usted es el que manda' GFFC:P3.

²⁹⁶ *Ibíd.*, p.101.

Ese paternalismo puede tener vertientes que se mueven en dos extremos²⁹⁷; uno se desarrolla a partir de la beneficencia y la no maleficencia, en la concepción del médico que sustituye la voluntad del paciente desde sus propios valores; también está la relación de tiranía en la que el médico antepone sus intereses sobre aquellos de los pacientes.

El tipo de RMP jerárquica, paternalista, se identifica como aquella que predomina en el medio y entre muchos se observa como algo natural en el ámbito de la profesión médica.

Yo creo que sigue siendo todavía muy tradicional, es decir, basada en una relación muy vertical, en que el médico domina esa relación y el paciente está, digamos, en una posición inferior o complementaria por utilizar términos comunicacionales, no simétrica como debiera ser; pero se está trabajando para que esa relación se vuelva más horizontal y más equilibrada, y se debiera trabajar más en ese sentido P04:2-3.

Veo esa RMP todavía en el mismo orden jerárquico que siempre ha existido en la medicina. 'Yo soy el médico', 'yo soy el que mando'. GFFC:P3

También hay entre los actores una visión cuestionadora de ese tipo de relación y entre ellos emerge una perspectiva de RMP con características democráticas, que vincula en condiciones de iguales, más como tendencia, ante la imposibilidad de que pueda ser plenamente horizontal.

La RMP debería caracterizarse por ser una relación horizontal; la simetría yo creo que no se alcanza lograr, porque obviamente cada ser humano tiene expectativas diferentes, pero si al menos una horizontalidad en la forma como se aborda a otro ser humano P10:P1

Así, se reconoce que predomina el paternalismo, que es deseable pasar a una fase democrática y que hay una gran deformación de la RMP en el sistema actual de salud colombiano que influye en la educación médica, frente a la que no hay distinción desde el currículo actual.

El perfeccionamiento de la RMP siempre es un ideal que está más allá y por ello representa un sentido metafísico P05:07

La RMP emerge como un ideal perfectible que impulsa al médico en pos de la transformación. *Metafísico*, según la Real Academia Española, alude a lo oscuro y difícil de comprender. Ese sentido refiere a la complejidad que implica esa interacción y a la multiplicidad de factores que influyen. Dicha relación dinamiza sentimientos y emociones, no solo los conocimientos, por parte del médico. Y se propone en términos de la calidez y cordialidad, pero de manera regulada para evitar interferencias con el trabajo y las relaciones interpersonales.

Entonces tiene que ser cálido, tiene que ser de igual a igual; tiene que ser fundamentada en el respeto, en la honestidad; en la honestidad de decirle al paciente de verdad que es lo que uno sabe; de verdad, que es lo que uno sabe teórico (que) puede aplicar en él P09:P5

La RMP es una relación única que uno entabla con esa persona E06:P11

Como ideal, la RMP se asocia a valores que se requieren para que pueda ser posible. Entre ellos se realza la confianza como necesaria para una comunicación adecuada. Los pacientes refieren hechos de mucha intimidad al médico, para que se comprenda el proceso de salud enfermedad que experimentan, lo que implica el respeto y la responsabilidad con la información. Se destaca la necesidad de que el médico aprenda a ponerse en el lugar del otro, es decir, a respetar, y en generar condiciones que propicien la confianza y la empatía.

²⁹⁷ *Ibíd.* pp. 98-99.

102 Significados sobre bioética que producen los actores del currículo de medicina de la U de A

Cuando uno entra a un consultorio y lo que uno ve es una persona que se cree medio Dios, uno pierde confianza en esa persona que cree sabérselas todas, que no respeta lo que yo tengo para decirle E02:P8

Sobre estos aspectos, Escobar Triana señala que “Al no negar al otro objetivándolo, al reconocerlo y al afirmarlo en su dignidad, la relación que surge entonces entre el médico y el paciente no será de dominación o de paternalismo impuesto, sino de colaboración, indispensable para buscar la restauración de la salud”²⁹⁸.

Por otra parte, los actores manifiestan que encuentran un sentido instrumental de la RMP en el contexto del sector salud en Colombia en su organización actual.

Un aspecto ético fundamental para mí, es que la salud no debe ser un negocio E05:P6

Lo ideal es un médico de la familia que tenga la posibilidad de seguir procesos con las personas E05:P3

La RMP se representa como un evento que requiere unas condiciones especiales, que son perfectibles; corresponden a símbolos que se significan como indispensables para el desarrollo del encuentro entre el médico y el paciente.

El acto médico está inmerso dentro de un rito GFCC:P38

Ese confort y ese bienestar que implica la calidad humana en la relación médico paciente creo que forma parte esencial para la recuperación GFCC: P33

Ponerse en el lugar de la otra persona, para mí eso es invaluable en un médico P09:P3

El paciente debe ser entendido como fin y no como medio E02:P8

La RMP se comprende en el marco de la capacidad de relación con los Otros, no solo con el paciente: implica un saber sobre el Otro que recoge las construcciones del pensamiento humano durante muchos siglos, que se traducen en la representación de los valores, de las virtudes, de los principios y de los derechos humanos.

De base, el médico debe tener una disponibilidad abierta y elaborada para atender a todas las personas con base en el principio de igualdad, sin discriminar. Así, debe estar preparado para entender que existe diversidad de culturas y de concepciones del mundo que se reflejan en las condiciones concretas de sus pacientes. La RMP se plantea como el encuentro de sistemas de valores que corresponde al paciente y el del médico; éste no puede pretender imponer el suyo en la asistencia en salud, como tampoco en ninguna relación. Si su mentalidad es un aprendizaje coherente, su actitud tiende a ser general en sus relaciones. Por ello, la formación representa una integralidad en su actuación.

Para mí es una relación que tiene mucho que ver con la capacidad del médico de establecer relaciones con las otras personas P09:P4

Yo pienso que debe ser una relación cálida pero guardando los límites que acepte la cultura o que determine la cultura en la cual estoy inmersa, porque no es lo mismo la relación que yo pueda establecer médico-paciente con alguien por ejemplo de una cultura indígena, una cultura en la guajira que ciertas situaciones con el género femenino son diferentes P09:P4

Gilbert Hottois²⁹⁹, al definir la bioética, resalta que vivimos en sociedades complejas, individualistas, multiculturales y evolutivas. El micro - espacio de la RMP contiene estas características que reflejan la

²⁹⁸ ESCOBAR TRIANA, Jaime. *Dimensiones ontológicas del cuerpo*. Bogotá: Kimpres Ltda, 1997. p.30.

²⁹⁹ HOTTOIS, G. 2007. *Op. cit.*, p.26.

complejidad social. El médico se enfrenta a un encuentro que lo desafía, por ser la posibilidad de que se le plantee otro sistema de valores y de concepciones de la vida, la muerte, la salud y la enfermedad.

Sin embargo, es preciso retomar la representación de la RMP con un sentido metafísico desde la perspectiva de la bioética. Al respecto, Maldonado³⁰⁰ ha planteado que “es necesario y es deseable una ética sin metafísica”³⁰¹. Ello implica, desde sus formulaciones, que la ética surja como una ciencia o disciplina con estatuto propio; además, que ese evento llevaría a una desantropomorfización de la ética y a una comprensión diferente del ser humano y su relación con la biosfera. En síntesis, ese autor defiende la tesis de que la ética, y también la bioética, pueden independizarse de la filosofía.

Frente a ello, este estudio entiende que esa visión propone abrir el campo de la bioética para que se ocupe de problemas sociales, la pobreza, temas ambientales y de los derechos humanos. De allí, que si bien la medicina tiene un compromiso esencial con las relaciones asistenciales, también debe abrirse a otros sentidos más colectivos que amplían su campo de acción. Por otra parte, se debe entender que la biosfera y otros seres vivos interesan desde la perspectiva ética. Más adelante, se retomará esta concepción, en otros significados que emergen en los actores indagados.

El paciente siempre está en desventaja P14:P6

Entre los docentes emerge la significación del paciente en una condición de desventaja, que persiste aunque se trate de buscar una relación más horizontal. Esa situación se genera por la angustia y el miedo que frecuentemente acompañan al paciente cuando busca ayuda. La incertidumbre que ellos y ellas viven se acrecienta ante las sensaciones y la experiencia que representa la enfermedad. La condición actual de los pacientes en el medio se vivencia muy distante del médico, cargado de inseguridades, indefensión, miedo y de angustia.

Los pacientes están muy alejados de los médicos o lo ven que esta por allá, le tienen miedo incluso E09:P12

Cuando una persona entra a un consultorio entra con una carga física y emocional muy grande E02:P7

La representación incluso persiste cuando el paciente entra a la consulta con actitudes dominantes. Esta se propicia con las oportunidades de acceder a datos e información mediante las tecnologías actuales. Tal situación lleva a que los pacientes tengan más interrogantes y cuestionamientos, lo que exige a los médicos estar más actualizados y saber responder a esas inquietudes, pero persiste su condición de desventaja.

El paciente puede que llegue desafiante pero yo pienso que ahí, igual sigue en desventaja y que es papel del médico nivelar eso con la parte del conocimiento P14:P6

Esa situación de afectación en los pacientes por las enfermedades³⁰², fue interpretada por los griegos desde el pensamiento hipocrático, como una limitante para que pudieran elaborar juicios valorativos. Los médicos desde entonces asumieron esas determinaciones y su papel se configuró en un estatus superior y de mando. Del paciente se esperaba sumisión y aceptación del manejo que definiera el médico³⁰³. A partir de 1973 con la declaración de los derechos de los pacientes, cambió el paradigma de estos como seres sumisos y en adelante se estableció su derecho a tomar decisiones sobre su salud y

³⁰⁰ MALDONADO, Carlos Eduardo. Ética sin metafísica ¿y la bioética qué? *Revista latinoamericana de bioética*. 2011, 11(1),10-21.

³⁰¹ *Ibíd.*, p. 17.

³⁰² GRACIA, Diego. 1999. *Op. cit.*, p.22.

³⁰³ *Ibíd.*, p. 22.

sus cuerpos³⁰⁴. La información la tiene el profesional de la salud, que tiene el deber de explicarla al paciente, pero este es quien debe tomar la determinación sobre sí mismo.

La noción de los derechos de los pacientes como un hecho histórico, no aparece entre los actores consultados con la fuerza que ha tomado en el mundo; no se asimila que hay un desarrollo de esa nueva visión que cuestiona la medicina paternalista en su concepción del paciente que afectado por una enfermedad, se considera semejante a la condición de un niño, incapaz de tomar decisiones³⁰⁵. Esa declaración, que es un evento clave en un nuevo paradigma de la función del paciente sobre sí mismo, no apareció en los significados que expresaron los actores.

En los grupos focales y en algunas entrevistas surgieron expresiones que cuestionaron las relaciones tradicionales con los pacientes y se resaltaron sus derechos; pero entre los mismos participantes hay manifestaciones sobre la falta de una mentalidad clara en el ámbito curricular acerca de la transformación en el reconocimiento de los pacientes como sujetos que agencian sus decisiones.

Falta comprender al paciente como una persona que también tiene un saber y unas ideas GFI:P7

Uno tiene que oír al paciente y el paciente tiene que sentirse una persona con capacidad de decidir, la decisión es fundamental para la libertad E02:P8

Las decisiones en la RMP deben ser tomadas por paciente y médico conjuntamente E08:P6

Luego se analizarán los resultados de la encuesta sobre este aspecto, pero se puede anticipar que más de la mitad de los estudiantes identificaron vulneración de los derechos a los pacientes; sin embargo, en las entrevistas y grupos focales no reconocieron de manera clara que hay un cambio de paradigma a partir de hechos históricos comentados antes, en que estos pasan a asumir la gestión de decisiones que les compete en la salud, la enfermedad, la vida y la muerte. Hay sensibilidad ante esos hechos, pero no se interpretan en un atraso que existe en el medio, ante los cambios vigentes, que en la actualidad inciden en la mentalidad occidental sobre las relaciones asistenciales.

Esa sensibilidad de los estudiantes en pregrado puede explicarse con lo señalado por León Correa, al comentar que ellos tienden a identificarse más con los pacientes, mientras que entre los de posgrado lo están en mayor grado con la función del médico, que muchas veces corresponde a su rol como residente³⁰⁶. De hecho, los resultados de la encuesta demuestran que existe una tensión de los estudiantes de medicina de la U de A frente a situaciones de discriminación y falta de reconocimiento de los derechos a los pacientes; pero les falta los conocimientos y las nociones que les permita enmarcar y dar un horizonte teórico para explicarse los hechos.

El paciente significa, entre los actores curriculares, alguien que tiene también compromisos y deberes en la relación asistencial. Debe aportar los hechos y los eventos que permitirán al médico aproximarse al diagnóstico con mayor precisión. Asimismo, si comprende y el médico logra la adherencia que permite la conciencia y el conocimiento del plan terapéutico, el paciente debe llevar las indicaciones, sobre las que tiene derecho a hacer las preguntas y formular las inquietudes que se le presentan. Pero, desde los significados producidos, la condición de vida que habita al paciente al consultar el médico es la angustia, el dolor o la incertidumbre sobre su salud, que lo sitúa en desventaja en el marco de la RMP.

³⁰⁴ GRACIA, Diego. 2008. *Op. cit.*, p.174.

³⁰⁵ GRACIA, Diego. 1999. *Op. cit.*, p.22.

³⁰⁶ LEÓN CORREA, Francisco Javier. *Op. cit.*, p.15.

El término paciente: aún no hay otro que pueda superarlo

Se cuestiona y se interroga en el marco de relaciones que lo ponen en situación de dominación. Algunos encuentran que logra identificar el sentido de ser sufriente y con dolor de alguien que busca ayuda. Quienes expresan sentidos que cuestionan en el término 'paciente', no identifican un término mejor. Los actores curriculares indagados no se sienten satisfechos con los términos de 'usuario' y 'cliente'. Encuentran que son muy instrumentales y no alcanzan a dar la dimensión del significado que implica la condición integral de la persona que busca asistencia.

Los participantes del estudio perciben que el lenguaje ha estado muy influenciado por la corriente administrativa predominante en el sistema de salud colombiano, que para los actores curriculares se ha encargado de alejar la interacción asistencial de un ámbito más digno y del reconocimiento a un derecho. Hay consenso en que lo ideal es referirse a cada persona con sus particularidades, pero cuando hay que generalizar prefieren hacerlo con el término 'paciente', sabiendo que está pendiente superarlo.

Hay que rescatar el lenguaje que se ha vuelto administrativo GFCC: P36

La persona enferma es un ser humano, es una persona, don Juan, doña María, don Pedro, tienen nombre E02:P8

El termino paciente... yo pienso que a veces pone al individuo que viene a consulta en una condición de desigualdad P09:P14

Paciente puede ser interpretada de las dos formas, si yo quiero ver desde el punto de vista bonito de esa palabra es que me está indicando que ese individuo está esperando algo en mí, ese individuo me necesita, ese individuo requiere que yo esté con él, pero si lo pongo desde el otro punto de vista me puede indicar que ese individuo como me necesita está allá abajo y yo estoy aquí arriba, entonces a veces a mí me ... da dificultad; pero con ese término de paciente, digamos, que yo me he adaptado; pero con el que ahora se emplea, y uno escucha mucho en los estudiantes, es el termino de usuario y ese sí me parece más grave todavía. P09:P14

Nosotros los profesionales de la salud nos seguimos aferrando al término paciente, porque independientemente de que pueda para algunos significarle paciencia, es una forma cariñosa, afectuosa o de reconocimiento de que el otro está en una situación de dolor o de necesidad y probablemente sea a eso a lo que nos referimos. P11:P5

Gracia también recoge la inquietud relativa a la situación pasiva a la que refiere el término 'paciente'. Dice que actualmente se suele utilizar el de 'usuario'; pero, comenta que dicho término al proceder de asociaciones de consumidores, tampoco es el más adecuado. Concluye que no se ha encontrado otro que pueda superarlo³⁰⁷.

La responsabilidad del médico es con el paciente, con el entorno y con la sociedad

La ética de la responsabilidad, con la conciencia de las consecuencias de las actuaciones, se simboliza en las representaciones de estudiantes y profesores. Ella enmarca los diversos compromisos del médico.

Hay consenso en que el profesional de la salud debe orientarse con su mejor interés en pro de la salud del paciente y para que este supere sus angustias e incertidumbres desde el manejo responsable con su conocimiento. Cada persona tiene particularidades que deben ser advertidas, a partir de una actitud libre de prejuicios clínicos, de clase, de religión y de género en la RMP. En ese marco es que la profesión conjuga ciencia y arte. Por otra parte, también es en ese contexto que la autonomía del médico se reclama por los actores para poder tener libertad en la creatividad que se necesita para

³⁰⁷ GRACIA, Diego. 1999. *Op. cit.*, p.97.

combinar la ciencia, los protocolos con las condiciones sociales, culturales y económicas de cada paciente.

(Que) El médico tenga un compromiso fundamental en la salud del paciente EPJGL:P2.

El rol del médico ... es tener la mayor disponibilidad posible para ese paciente E07:P08

Pero los protocolos no suelen hacer esas distinciones, entonces siempre trabajan sobre una gran masa, es el profesional que tiene que individualizar; ¿cómo se individualiza? pues obviamente escuchando E05:P11

El médico se comprende en un rol complejo que se puede desarrollar a partir de distintas concepciones. Una de ellas corresponde a una mirada paternalista, muy tradicional, basada en la beneficencia, de carácter vertical, en la que decide el manejo de los pacientes; hay otras perspectivas muy cuestionadoras de esa visión, que reconocen la igualdad en la RMP, en un marco democrático, con el reconocimiento de los derechos de cada sujeto que participa.

La beneficencia representa una idea fuerte y generalizada entre los participantes. La autonomía como principio que recoge la libertad en la RMP, no tiene la misma fuerza, ni es tan reiterada, sobre todo en el reconocimiento al respeto de ella en los pacientes. Muchos de los actores reconocen su desconocimiento, y el que observan en otros pares, acerca de los significados de los principios básicos bioéticos. Entre los profesores, estás son algunas expresiones que representan significados reiterados:

Yo en mi vida he tomado un curso de bioética; asumo que tengo alguna ética, por lo que he transcurrido y lo que me enseñaron en mi casa, de pronto lo que he ido adquiriendo. Pero yo creo que cada uno tiene una percepción diferente, de pronto, habrán tratados que tratan de decir lo que es ética, bioética y toda esa carreta. Yo los desconozco, entonces yo no sé cuáles son esos principios. GFF:P7

Entonces veo esa relación médico-paciente todavía en el mismo orden jerárquico que siempre ha existido en la medicina. Yo soy el médico yo soy el que mando. GFFC:P3

Todavía estamos en una creencia de que el médico tiene la sabiduría y que le impone al paciente GFCLi:P4

El paternalismo es la interpretación que hicieron los griegos a la actuación basada en la búsqueda del bien por el médico hacia el paciente. Ese sentido del bien no consultaba aquel de quien se estaba asistiendo e incluso podría ser aplicado en contra de la voluntad del paciente³⁰⁸. No se consideraba por tanto informar al enfermo acerca de lo que afectaba su salud y del manejo terapéutico.

Esa visión se mantuvo con matices hasta la segunda mitad del siglo XX, cuando se cuestiona con el avance en la mentalidad que emerge con los derechos humanos, la noción de la dignidad humana y el desarrollo del consentimiento informado³⁰⁹. La RMP cambia en el marco de otras tendencias en las que se considera fundamental la información que se brinda al paciente, que se puede desarrollar por el diálogo con este para apoyarlo en su interpretación desde los propios valores, o para deliberar con él acerca de las decisiones que finalmente toma la persona sobre sí misma³¹⁰.

El médico tiene funciones sociales que lo comprometen también con su entorno y en la transformación de su medio. Héctor Abad Gómez, profesor de la Facultad de Medicina de la U de A, y quien deja un legado importante y reconocido en salud pública, planteaba que si bien somos producto de la sociedad en que vivimos, también la podemos influir para transformarla. Y llamaba la atención que esa influencia puede darse en la interpretación de ella, pero más allá de esto y de ser sólo

³⁰⁸ *Ibid.*, p.22-23.

³⁰⁹ SÁNCHEZ, Miguel Ángel. *Op. cit.*,428-31.
GRACIA, D. 1999. *Op. cit.*, p.22.

³¹⁰ EMANUEL, Ezekiel J y EMANUEL, Linda. *Op. cit.*, pp. 109-126.

espejos suyos proponía: “Debemos prepararnos para influir, creativa y positivamente dentro nuestra propia sociedad, a formar nuevas ideas, nuevos valores, nuevas actitudes, que sean capaces de hacer avanzar, mejorando, la sociedad de la que hacemos parte”³¹¹.

Esa función social conduce a que el reconocimiento de las desviaciones en la configuración del sector salud para dar cuenta de las necesidades sociales, se debería proyectar en actuaciones para incidir en el cambio de las políticas públicas. La misma RMP se representa entre los actores consultados como un escenario de proyección social de la visión que el médico representa. Es decir, que permite ampliar la significación de interacciones que se orientan con sentido de dominación o emancipación; lo anterior, debido a que la forma de relación con el paciente expresa visiones más amplias de la consideración del ser humano, en su dignidad y libertad, o en su negación. Sobre estos aspectos, se encuentra que Diego Gracia explica como la relación entre el profesional de la salud y el enfermo es un “vínculo interpersonal, social o político”³¹²

Si bien, la representación es que el sistema de Seguridad de Seguridad Social en Salud restringe las funciones médicas, se identifican compromisos profesionales que son personales y no se pueden esquivar en la organización social del sector salud. Ello se traduce en su actuación con el paciente en un espacio que solo el médico puede manejar, así sea cada vez más restringido; para las corporaciones que dominan las instituciones de salud es inevitable que exista un ámbito de acción a cargo del profesional médico que no se puede anular y que es indispensable en la base de los procesos asistenciales.

La función del médico se desarrolla en el seguimiento de las personas que atiende y sus familias. Pero esa condición de relación en procesos de acompañamiento, que permitan encuentros de reconocimiento amplio, es cada vez más escasa. La RMP se ha deteriorado en las actuales condiciones del sector salud en Colombia, debido a que su estructura y organización generan acercamientos coyunturales que no pasan de ser una prestación de servicios y que no alcanzan la dimensión de una RMP en lo que ella implica y significa. En ese marco, se pierde el carácter de médico de familia, que conoce a sus pacientes y que tiene un grupo familiar a su cargo.

En mi concepción debe ser una relación duradera, no solo debe ser de una consulta, algo agudo y ya, se resolvió la patología y listo; sino que en lo que yo considero ideal, debería ser un médico de la familia, que si bien no te atiende toda la vida, si tenga la posibilidad de vivir un proceso contigo E05:P3

El médico se ha despersonalizado, se ha vuelto horas médicos, se ha vuelto el señor que esta frente al computador digitando lo que le pasa al paciente, pero ha perdido ese carácter de médico de familia, el médico que conoce a sus pacientes, el médico que tiene un grupo de pacientes familiar, ya ni siquiera tu vuelves a estar con el mismo médico,....., entonces se pierde la importancia de generar una relación con el paciente E05:P2

Hay estudiantes que representan al médico bajo la noción paternalista de direccionar a quien le consulta, con un sentido de beneficencia, lo que se entiende como algo natural y corriente, sin la conciencia plena de estar frente a otro con lo que representa el respeto a la autonomía; falta la comprensión sobre el significado histórico de lo que implica un consentimiento informado en el que las explicaciones se dan como un compromiso del médico para que el otro agencie sus decisiones.

Cuando uno está haciendo una relación médico paciente, uno es el que pregunta, uno es el que lo está guiando, es como paternalista, me parece a mí E06:P11

Uno le explica todo, como cuando uno tiene cinco años que el papá o la mama lo guía a uno, así se camina, así se monta en bicicleta, pero si te caes, yo te cuido, y te explico, para dar un paso tienes que hacer esto primero y el otro, porque eso es

³¹¹ ABAD GÓMEZ, Héctor. *Teoría y práctica de salud pública*. Medellín: Universidad de Antioquia, 1987. p. 304.

³¹² GRACIA, D. 2008. p.600.

un consentimiento informado igual, vea, te voy a hacer esto y le explica uno todo, todo lo que se le va a hacer y que riesgos tiene, ya está la decisión es en el otro, pero uno está haciendo todo y le está explicando y le está hablando, y guiándolo E06:P11

Pero también hay estudiantes que se cuestionan el paternalismo como relación tradicional, vertical y autoritaria con los pacientes. Existe conciencia en ellos de que se ha estructurado una RMP inadecuada en la que *usted es el que me va a curar y yo soy el que me dejo hacer* E02:P8. Esas representaciones se producen entre estudiantes que se han cuestionado y se preguntan por las relaciones sociales en que están inmersos, lo que les genera la capacidad de interrogarse también por las que se dan en el ámbito asistencial.

Por tanto, el currículo que se está analizando, contiene una tensión entre concepciones tradicionales y verticales de la función del médico con una visión consciente de los cambios sociales que se proyectan en la RMP, con la representación de la libertad en la autonomía del paciente y del reconocimiento de su dignidad. Esta tensión está contenida y no ha sido canalizada en una deliberación ética para la elaboración de una orientación pedagógica clara en torno a las nuevas funciones del médico.

2.2.3 De la Relación Médico Paciente a la relación Paciente, Estudiante y Profesor en la educación médica

El paciente es como un libro E11:P6

La relación médico paciente: algo poco cultivado GFI:P7

Está prostituida, totalmente GFCC:32

Empatía es ponerme en los zapatos del otro y muchas veces no queda tiempo de eso durante el pregrado GFI:P8

De la participación de profesores y estudiantes en torno a la Relación Médico Paciente (RMP) emergió la interacción con este último en el marco de la educación médica con unas características que los actores consideran específicas de ese contexto formativo. Se trata de la relación Paciente, Estudiante y Profesor (RPEP). Muchas veces ésta se ampliará para acoger a la familia y a la comunidad. Para el profesor implica mayor complejidad debido a que al tiempo está atendiendo a una persona en su proceso salud y enfermedad, así como a los estudiantes en su proceso de enseñanza aprendizaje. Por otra parte, también es distinto para el paciente que interactúa con un grupo de personas más amplio que lo atiende.

A mí se me dificulta mucho... estar en el mismo espacio con los pacientes y con los estudiantes simultáneamente. Porque la relación que uno logra establecer con el paciente, es esa, es una relación; entonces, cuando entra el estudiante ya son 3 relaciones, la del estudiante con el paciente, la mía con el estudiante y la mía con el paciente, o sea estamos interactuando más personas, y cuando yo empiezo a multiplicar eso por cada estudiante, entonces yo, usualmente, los divido y trato que no pasen de 3, porque para mí es muy difícil empezar a leer. ¿A leer qué? A que de pronto si la que esta acostada es una abuela de unos 75 - 78 años y llega el estudiante de género masculino y estamos en abdomen por

ejemplo, ella inmediatamente cierra más las piernas y sube más la sabana, entonces para mí es un poco difícil leer eso, y tengo que estar pendiente de para que ella no se vaya a sentir incómoda, para que el estudiante no se vaya a sentir excluido y más bien ponerlo a jugar otro rol P09:P8

En ese marco del proceso formativo, los estudiantes son actores que posibilitan la comunicación con el paciente y la atención de las dudas e inquietudes de estos; su dedicación por el aprendizaje los acerca y facilita el intercambio de preguntas y respuestas. Pero, su imaginario no los proyecta para que comprendan que al ser ellos mismos profesores, o médicos, esa debe ser parte de su esencia profesional en el contacto con los pacientes. Es algo que aprenden para ser realizado si algunas condiciones se dan, si hay disponibilidad de tiempo y aún de disposición personal, pero que reducen y omiten en ciertas situaciones como tensión por la cantidad de trabajo. Es decir, lo incorporan como algo discrecional, no un compromiso.

Con frecuencia se reconoce que ante el aumento de la cantidad de trabajo y la tensión producida por la intensidad de este, es muy probable que la atención se reduzca a la dimensión de lo biológico y material, pasando por alto las necesidades e inquietudes de los pacientes. Además, las condiciones de fraccionamiento y falta de seguimiento a los pacientes en las prácticas de los estudiantes los limitan para que solo puedan atender lo biológico. Otras investigaciones en la Facultad orientadas a la comunicación con los pacientes coinciden en que predomina el reduccionismo biomédico GFCLi:13.

Últimamente con los estudiantes y con el trabajo que hice de investigación se observa algo en las entrevistas de los internos, que es una relación muy desde lo biomédico GFCLi:P13

Existe un rango en el que se reconocen diferentes dimensiones de la consideración del paciente en los procesos de saludar, solicitarle que autorice la revisión con los estudiantes, las indicaciones y las explicaciones debidas y solicitadas por el paciente y su familia. En algunos estudiantes se percibió satisfacción con la vivencia en su encuentro con los pacientes en el marco universitario, pero muchos otros expresan su inquietud por el desconocimiento frecuente de los derechos del paciente, lo que se evidenció en las entrevistas, los grupos focales y en la encuesta. En su imaginario, queda la idea de pacientes temerosos, que se sienten muy lejanos de los especialistas, que no conocen bien cuáles son sus tratamientos y a qué procedimientos se les va a someter. Incluso, se manifiesta haber presenciado trato distante y prepotente.

La cordialidad se exalta como un distintivo de la relación con el paciente en el contexto universitario, pero falta una conciencia que privilegie su reconocimiento como un sujeto protagonista de sus propias decisiones. Es decir, se confunde esa disponibilidad de amabilidad con los valores y principios que deben regir la relación con los pacientes en el respeto a su capacidad de decisión sobre sí mismo y en la justicia de las decisiones, atendiendo al compromiso con un contexto social en el que los recursos son escasos. La beneficencia y la no maleficencia permanecen en un marco que continua siendo tradicional. Así, los procesos formativos reproducen relaciones verticales, con el sustento de la amabilidad, que en ningún momento es garantía de igualdad en las relaciones.

La dinámica predominante en estas interacciones se desarrolla bajo la iniciativa y disponibilidad de los profesores, con todas las variaciones que estos puedan tener, desde una apertura al respeto por la autonomía de los pacientes, hasta una postura déspota, con diversos matices. Ante la falta de una formación anterior y actual que interrogue los profesores sobre la RMP, la tendencia es la reproducción de aquellas que se caracterizan por el paternalismo. Falta una orientación institucional

110 Significados sobre bioética que producen los actores del currículo de medicina de la U de A

clara que privilegie el reconocimiento de los pacientes como agentes de sus propias decisiones y como aportantes de experiencias que deciden compartir para los procesos formativos. Se insinúan esfuerzos que aún son incipientes y requieren ser fortalecidos y consolidados para convertirlos en tendencias que sean reconocibles y sensibles por los diferentes actores institucionales y sociales.

Las condiciones más discriminatorias con los pacientes se acentúan en las instituciones en que se desarrollan la mayor parte de los convenios y se atenúan y modulan en el campo de práctica tradicional por muchos años de la institución. En este último, los profesores y los estudiantes tratan de llevar a cabo relaciones más cálidas y en las que se inician transformaciones para reconocer a los pacientes en su propia dignidad como fines y no como medios. Sin embargo, se mezclan con otras tendencias muy fuertes aún, que no permiten la identidad plena de quienes intentan el mejoramiento de estos encuentros cotidianos de la profesión médica.

Uno sale y termina la ronda y va y digita sus veinte pruebas diagnósticas y el paciente ni (se da) por enterado; simplemente lo chuzan, se sacan cosas, pero el paciente no sabe nada; porque presumen que el paciente no va a entender y muchas veces no hacen ni el esfuerzo de explicarle E02:P5

¿Qué pasa con los profesores que tienen a su cargo esos estudiantes y la relación médico paciente en los diferentes escenarios actuales de la facultad?, teniendo en cuenta, además, que muchos de estos muchachos van a IPS que están con médicos no docentes de la facultad de medicina, porque es otro asunto, van a una IPS y sus docentes son quienes están vinculados a esta, pero que no tienen un vínculo directo como docentes de la facultad de medicina. GFCLi:P13

Los resultados de la encuesta corroboran que son muy frecuentes las representaciones entre los estudiantes sobre las prácticas formativas asociadas a la falta de reconocimiento de los derechos a los pacientes, de discriminaciones y dificultades en la comunicación. En la tabla 2.17 se presentan los resultados a la pregunta ¿Qué aspectos éticos le han inquietado en su proceso de formación? Los 321 encuestados respondieron de manera válida, con la posibilidad de que cada estudiante indagado pudiera seleccionar varias respuestas alternativas para esta pregunta.

Tabla 2.17 Distribución de respuestas de la pregunta ¿Qué aspectos éticos le han inquietado en su proceso de formación?

Respuesta abreviada	Frecuencia	%
Falta de reconocimiento de los derechos del paciente	188	58.6
Discriminación a los pacientes	178	55.5
Falta de comunicación con los pacientes	164	51.1
Tratamientos innecesarios	88	27.4
Relación Profesor-Estudiante	58	18.1
Otros	16	5.0

En la opción abierta en este interrogante, los estudiantes manifestaron preocupaciones por asuntos de los pacientes relacionados con la falta de conocimiento sobre ellos, ` la poca confidencialidad dada por los espacios que tienen algunas instituciones para la atención del paciente´, `el secreto profesional, `trato distante, prepotente, para con los pacientes´.

Estas discriminaciones se proyectan en la calidad de la atención. La percepción de quienes son atendidos en los procesos asistenciales, no se mide por lo técnico científico aislado, sino por la interacción respetuosa con el otro, que en sí misma conlleva el conocimiento pertinente y actualizado. En el medio se reflejan estos problemas en deficiencias del personal de salud.

El comportamiento del personal de la salud aquí también es muy deficiente; esto nos está llevando a que tanto lo humano como lo técnico científico están deficientes, y eso no es una responsabilidad del sector salud, sino que es una responsabilidad directa de la universidad; y ahí es donde yo creo que la universidad tiene gravísimas falencias, primero porque la parte...de bioética o de ética siempre ha sido subestimada, no se le ha dado la suficiente importancia que tiene, no se evalúa de manera atenta, no se actúa con aspectos bioéticos P03:P1

La conciencia de las implicaciones de la concepción sobre la RMP emerge plenamente cuando los mismos profesionales están en condiciones de necesidad de asistencia. Por ello se insiste en ese reconocimiento de la contingencia³¹³ a la que está sometido cualquier ser viviente, y que se considera esencial para asimilar estas consideraciones frente a la relación con los otros en los procesos asistenciales.

Cuando uno es paciente, uno mismo lo vive en carne propia, porque uno no es paciente: uno es un computador, porque el médico está en este momento allá, ni siquiera lo determina a uno. En papel, supuestamente con el cambio curricular eso lo cambiaron, pero cambió en el papel, porque sigue siendo lo mismo GFFC:P3

“Existe un gran abismo actualmente entre la forma en que pensamos la enfermedad como médicos y la forma en nosotros la experimentamos como pacientes”³¹⁴. Richard Baron resalta que aquellos requieren esa distancia al tratar de objetivar lo que estudian y para ello cuentan con un sistema tecnológico poderoso y exitoso. Pero en la práctica médica se requiere ser conscientes de esos límites y superarlos para evitar desconocer el sufrimiento y el dolor como condiciones que experimentan los pacientes.

Así, los médicos acostumbrados a reconocer los hechos anatómicos - patológicos y fisiológicos tienden a desconocer y subvalorar lo que las personas sienten y encarnan la concepción dual que lleva a pensar el cuerpo como máquina en la dualidad de mente y cuerpo. La visión fenomenológica permite cambiar esa concepción³¹⁵. Las humanidades médicas al recoger esta perspectiva enseñan otro paradigma que la visión tradicional no deja comprender. De esta forma, muchas obras de la literatura y el arte pueden ser excelentes orientadoras para la práctica médica mediante los relatos que posibilitan esa mirada que con frecuencia se pierde entre los médicos³¹⁶.

Entre los profesores, los significados se orientan con un sentido crítico en la necesidad de transformar al médico que predomina en el medio y en la universidad. La bioética representa la posibilidad de cualificar ese profesional en su capacidad integral de brindar una atención de mayor calidad, con la articulación de aspectos científicos, técnicos, tecnológicos, con sentido ético. Delia Outomuro considera que “La incorporación de la bioética en los currículos de grado y posgrado constituye una estrategia fundamental para mejorar la calidad de atención sanitaria y desarrollar una práctica médica

³¹³ DÜWELL, Marcus, REHMANN-SUTTER, Christoph y MIETH, Dietmar. *Op. cit.*

³¹⁴ BARON, Richard J. *Op. cit.*, p.609.

³¹⁵ *Ibid.*, p. 609.

³¹⁶ *Ibid.*, p. 609.

112 Significados sobre bioética que producen los actores del currículo de medicina de la U de A

en un marco que enfatice la atención integrada sobre la especializada y que privilegie a la “persona” sobre la enfermedad”³¹⁷.

Se cuestiona la actuación médica que de manera automática revisa listas de chequeo y se plantea que se requiere un médico con capacidad de discernir e interactuar con el otro para identificar conjuntamente las dificultades de quien consulta. Ello implica una capacidad de elaboración de juicios a partir de la deliberación, sustentada en argumentos sólidos. La formación bioética se orienta hacia ese propósito con una educación deliberativa que supere el pragmatismo y las dos tendencias extremas en que éste se mueve: el dogmatismo y la neutralidad axiológica³¹⁸. El primero parte de verdades supuestas que se imponen y la segunda que contempla la simple opinión como ganancia formativa, sin discusión sobre los valores, porque su base es que todas las opiniones son válidas y que deben respetarse en pro de la tolerancia³¹⁹.

Desde la bioética³²⁰ se busca contrarrestar la *doxa* y fomentar la *episteme*. Como se trata de un campo interdisciplinario, son varios los saberes que aportan. Se requiere solidez en los conocimientos técnicos y científicos provenientes del campo médico, como aquellos que aporta la filosofía y otros campos humanísticos en la evaluación de los pacientes y la situación de salud en las comunidades³²¹.

Por ello, la bioética promueve una atención de mayor calidad integral tanto en aspectos del tipo técnico científico como en aquellos de carácter moral. “El concepto de salud es tan complejo que no puede ser definido unidimensionalmente”³²². Diego Gracia indica que se requieren por lo menos dos niveles de análisis: el que corresponde a la realidad natural del ser humano, en el orden de los hechos, y aquel que pertenece al de los valores. Azucena Couceiro manifiesta que la reflexión teórica no es suficiente para tomar decisiones prudentes, pues requiere, además, considerar el enfoque clínico y las condiciones de cada profesión con sus bienes internos³²³.

En ese marco, se percibe que la RMP es un encuentro de sistemas de valores, en que el médico no puede buscar imponer sus criterios y debe tener una apertura libre de prejuicios que le posibilite disponibilidad para el encuentro con seres humanos de diferentes condiciones.

No se puede pretender ‘adoctrinar’ a los pacientes con los valores que son propios del médico P05: P7

El médico debe estar libre de prejuicios clínicos, de clase, de religión y de sexo en la RMP P10:P2

Entre los docentes se identifica la necesidad de fortalecer el currículo en bioética para mejorar la calidad del egresado. De hecho, existen profesores en la unidad académica que se estudia, quienes desde su propia perspectiva se inquietan por desarrollar una RMP integral, pero se plantea incertidumbre en relación con la visión de los profesores que han ingresado en la última década. Las orientaciones pedagógicas omiten el reconocimiento al paciente en su autonomía y su participación como sujeto con capacidad de agencia en la educación médica; esto debilita en forma progresiva la

³¹⁷ OUTOMURO, Delia. *Op. cit.*, p.19.

³¹⁸ COUCEIRO, Azucena.2012 *Op. cit.*, p. 85.

³¹⁹ *Ibid.*, p. 84-6.

³²⁰ OUTOMURO, Delia. *Op. cit.*, p. 22.

³²¹ *Ibid.*, p. 22.

³²² GRACIA, DIEGO. 1999. *Op. cit.*, p. 107.

³²³ COUCEIRO, Azucena. 2009. p. 70.

inducción de los nuevos docentes que no asimilan, en el marco curricular, la importancia del paciente como protagonista del proceso formativo en tríada con el estudiante y el profesor.

De otra parte, los estudiantes formulan la inquietud sobre la expectativa de unos docentes formados en una visión que luego replican, y frente a los que consideran que gran parte no han tenido formación, ni reflexión bioética.

Se toman decisiones casi que sin decirle al paciente: ¿usted quiere o siente? sino que hay que hacerle ya esto y se le dice que se le va a hacer; el paciente muchas veces como que intenta preguntar, pero siente miedo de los mismos profesores porque ellos son muy... o sea el 'cirujano es muy rápido', 'muy ágil', entonces 'el hace esto', 'yo hago esto', 'hay que programarlo' y al paciente como que ni le explican que fue lo que le pasó. E09:P4

Este asunto de la relación médico-paciente me parece muy preocupante porque lo que uno observa cuando es paciente, es que esa relación carece como del respeto frente a la autonomía, de tener la consideración con el paciente y entonces cuando miramos que es lo que está pasando en la facultad, pudiéramos decir "no somos buenos referentes". GFF:P13

Entonces ve uno al profesor frente a los estudiantes mostrando toda su prepotencia y eso luego se va a reproducir frente a los que sean académicamente inferiores a él, entonces aquí tenemos un problema de modelos. GFF:P13

Uno de los aspectos que más se sacrifican en las relaciones RPEP es la confidencialidad de los eventos del paciente; estos circulan fácilmente no solo en las rondas y la consulta, en que se torna necesario comentar la historia, sino por fuera de éstas. Ella está en relación con la defensa de la intimidad de las personas y corresponde a un derecho que tienen los pacientes porque es la garantía de otros como la igualdad y no discriminación. Además, es la base para construir relaciones terapéuticas eficaces a partir de la confianza y la veracidad³²⁴. Son referentes que deberían ser respetados en el ámbito académico y transmitidos a los estudiantes para su aprendizaje de la RMP.

Es una cosa que es difícil de manejar, porque uno siempre escuchado en la academia, uno si cuenta las historias de los pacientes P01:08

Por otra parte, se reconoce por los estudiantes el aporte que les brindan los pacientes en sus procesos de enseñanza aprendizaje al compartir sus cuadros patológicos o saludables. Por lo tanto, ellos son sujetos partícipes de las dinámicas formativas y se les deben identificar, y sobre todo tratar, como tales y no como objetos propicios para ser usados como medios y sin la comprensión de que en sí mismos son fines.

Desarrollar un modelo de RMP desde la práctica universitaria: una expectativa de los docentes

Entre los profesores en las clínicas se manifiesta insatisfacción por la falta de un campo de prácticas que les permita desarrollar un modelo universitario con las convicciones colectivas de un encuentro con los pacientes y sus familias, en los que ellos puedan participar en la construcción de las bases y principios bajo las cuales los estudiantes deberían aprender a relacionarse desde su profesión en la asistencia.

³²⁴ SÁNCHEZ GONZÁLEZ, Miguel Ángel. *Op. cit.*, pp, 444 - 445.

114 Significados sobre bioética que producen los actores del currículo de medicina de la U de A

La expectativa de un campo de práctica propio está vinculada con la posibilidad de desarrollar una concepción de la RMP por parte de la Universidad y evitar que la orientación formativa sea una imposición de las Empresas Promotoras de Salud³²⁵ en los convenios que limitan la función docente. Se considera complementario y necesario en síntesis con la elaboración de una base teórica que “aunque puede parecer a veces remota y abstracta, pero no deja de orientar nuestro razonamiento”³²⁶. La posibilidad de implementar y retroalimentar esas orientaciones en un modelo práctico, permitiría dar una identidad de pensamiento a la unidad académica

Los que aspirábamos a que la universidad tuviera un campo de práctica (propio) también aspirábamos que allí se demostrara lo que nosotros pensamos en la RMP GFCl:P13

Entre muchos de los estudiantes participantes surge la inquietud porque en su formación este tema no se ha ampliado, si se ha profundizado, y por ello quedan ‘lagunas’ frente a inquietudes de decisiones complejas.

No queda claro si la información de un diagnóstico se le da primero a la familia o al paciente GFI:P10

La RMP “se ha deteriorado mucho” E08:P5

Múltiples expresiones aluden a la falta de reflexión, análisis y revisión de este tema. Al punto que se manifiesta por un estudiante que recoge de manera representativa esta idea cuando dice: *es algo que no se cultiva.*

...nosotros vemos lo que hace el especialista, pero nunca tenemos una clase de trato con el paciente o algo así, y uno no sabe cómo hasta qué

punto sería útil, como decía va a ser una clase donde todo el mundo va a dormir, pero de todas formas sería algo como importante, como siquiera tener como unas guías, porque uno siempre que va a una clase, pues, a una rotación, es para ver como manejan un paciente; muchas veces no lo hacen de la mejor manera. GFI:P7

Por tanto, corresponde a un asunto que no ha sido relevante en el currículo. Aún el paciente sigue siendo un objeto de estudio, secundario, y no un sujeto protagonista que aporta desde voluntad y conciencia al proceso formativo, compartiendo sus eventos de salud y enfermedad. Sobre la RMP en el currículo, se resalta esta respuesta contundente y muy fuerte en uno de los grupos focales:

Esta prostituida, totalmente. Se ve en los mismos estudiantes y no es culpa de ellos; empiece por la interacción; por alguna razón uno interactúa con ellos y ni siquiera saludan al paciente muchas veces; y lo van a examinar y ni siquiera le piden permiso para quitarle la ropa, sino que (se) ponen encima. Ese es el ejemplo que estamos dando, cada cual va introyectando GFCC: P32

Las manifestaciones de los actores reflejan posturas muy diferentes frente a la RMP, y aunque algunos docentes y estudiantes expresaron que se observan medidas cuidadosas en la atención para considerar la condición del paciente respetuosamente, son muchas las expresiones que aluden a las discriminaciones e incluso al maltrato. Se evidencia que falta una visión en desarrollo sobre la RPEP, construida de manera colectiva, que aportaría una impronta institucional. Esta se diluye actualmente

³²⁵Esas entidades son intermediarias en el Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia y se caracterizan porque se encargan del manejo de los recursos aportados para el aseguramiento.

³²⁶ PELLEGRINO, Edmund D. La metamorfosis de la ética médica. Una mirada retrospectiva a los últimos 30 años. En: COUCEIRO, Azucena. *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela, 1999. p. 74.

ante iniciativas más personales e individuales, o ante la imposición de procesos en los campos de práctica de las instituciones aseguradoras.

Uno si ve que hay personas que lastimosamente su relación con los pacientes es perversa, uno dice “¿Dios mío, qué es esto!”, los tratan muy mal E02:P4

Los pacientes ven muy lejano al especialista y se acercan al estudiante como si fuese el médico tratante E09:P4

Hay consenso de los profesores y estudiantes que participaron en el estudio sobre la necesidad que los docentes tengan mínimos básicos de formación en este campo de la bioética que les posibilite involucrar estas reflexiones en la práctica cotidiana, para superar la idea de dejarle el tema a los expertos. Hay ideas con fuerza al respecto que proponen que el avance en la carrera docente debería contemplar la demostración de fortalecimiento en la bioética.

Los internos resaltan este punto al considerar, que de esta forma, podrían tener posibilidades de discutir estos temas con respecto a los casos clínicos que se van presentando en la práctica. Así, el conocimiento sería más significativo que cuando se ve solo en la teoría. Además, los grupos de discusión son didácticas que también llegan más a los estudiantes, conjuntamente con las simulaciones de atenciones a pacientes, que permiten ampliar la reflexión sobre los cursos de acción que se pueden seguir ante situaciones complejas.

En uno de los grupos focales se consideró que es necesario contar con un grupo en la Facultad que se encargue de sistematizar y jalonar el avance y las propuestas en el campo de la bioética, para que materialice y concrete las sugerencias y recomendaciones, o se encargue de presentarlas.

Debe existir un grupo encargado de garantizar que este proceso de la formación bioética sea transcurricular GFCl: P2

Se requiere un grupo encargado y responsable de la bioética a lo largo del currículo GFCl: P3

Se propone contar con un grupo dentro de la facultad con profesores que se interesen por la bioética que se encargue de esta en forma transcurricular para planear, seguir, evaluar e investigar al respecto GFCl: P17

Un grupo que esté direccionando y en debate permanente para mantenernos permanentemente en ebullición GFCl: P19

En conclusión, se reconoce la triada paciente, estudiante y profesor como una interacción básica del currículo, con una perspectiva de la bioética para fortalecerla. Esta se expande a las familias y también a las comunidades, involucrando otros actores. Ese campo es parte de la formación que requiere el profesor en su desarrollo académico universitario y debe ser base de avance en su carrera docente. Los estudiantes pueden ser agentes que facilitan la atención a los pacientes en el marco de encuentros fundamentados en principios y valores, pero falta asimilar esto no como algo transitorio, sino como constituyente de la esencia en la actuación profesional. En la actualidad, la situación curricular sobre las relaciones con los pacientes es representada por los actores curriculares con predominio existente en el medio de discriminación hacia estos y en la necesidad de establecer acciones que superen esa visión. La expectativa es contar con un escenario de prácticas de la universidad que permita desarrollar de manera amplia una corriente de pensamiento y acción ejemplar en la RPEP.

2.2.4 Dilemas bioéticos: una duda constante en la vida cotidiana, especialmente sobre la legislación, pero también relacionada con la calidad de vida.

Los dilemas representan incertidumbres con diferentes dimensiones: éticas, sociales, terapéuticas y legales, entre otras. Algunos de los estudiantes, especialmente los líderes estudiantiles se inquietan por los aspectos sociales, políticos y morales, pues el significado más importante para ellos está en los

principios. Más reiterada, es la inquietud por lo legal entre gran parte de los estudiantes. Esto último, desde la escala de Kohlberg representa la fase convencional motivada en el cumplimiento de la norma, pero en algunos al resaltar su expectativa por no sufrir las sanciones que representa contravenir la ley, se indican estadios más primitivos de desarrollo moral basados en el temor.

Hay una duda constante en mis compañeros y en mí y es qué hacer como médico frente a una situación extrema, sobre todo con la parte de la legislación E05:P8

Entonces llega uno el momento donde,.. yo sé que tengo que hacer por la parte científica, pero yo no estoy de acuerdo en hacerlo, ¿cómo le decimos a un familiar que dejemos morir a ese paciente y que responsabilidad legal tengo? E06:P8

He visto algo que les preocupa y siento que hay una carencia y es el componente legal P05: P5

Esta inquietud por los aspectos legales representa una dificultad para el desarrollo moral personal y grupal, si el interés se centra en el cumplimiento de la norma, en perjuicio del análisis de aquello que la originó. Victoria Camps hace una reflexión sobre este aspecto al interrogar el legalismo en el que las actitudes corresponden a “*ver las normas –todas- como algo extraño, heterónomo, impuesto desde fuera*”³²⁷. Resalta que la ley debe tener capacidad de persuasión con base en su legitimidad y justicia, como en su poder de transformación, y que el desarrollo moral permite un control interno para superar aquel de carácter heterónomo. Así, cualquier mecanismo de autorregulación, como por ejemplo los comités, puede contribuir a promover la moralidad necesaria para que una comunidad pueda experimentar unos valores y unos fines comunes³²⁸.

Esta visión sobre la legislación entre los estudiantes puede ser oportunidad para reflexionar sobre el espíritu que inspira la norma, con el fin de promover una racionalidad diferente de la que simplemente se limita a esquivar una sanción, para pasar a una interpretación moral que permita pensar en opciones más éticas. Entre los docentes se llamó la atención sobre ese aspecto, al manifestar que la legislación puede facilitar la comprensión de tópicos éticos y bioéticos, y permite al estudiante hacer consciencia de las normas morales que él trae y contrastarlo con lo que se espera de su proceso de formación.

Yo pienso que habría que trabajar desde las normas de la parte legal, porque son distintas, pero están un poco más claras, y como están más claramente escritas, y es más aceptable para uno la norma desde el punto de vista legal, facilita un poquito la comprensión, al establecer los tópicos P09:P1

Así, la normativa puede ser oportunidad de desarrollo moral si la referencia no se limita a la defensiva de una situación de sanción legal, sino en aclarar la racionalidad que llevó a establecerla como forma de mayor convivencia. Una mirada crítica puede llevar también al cuestionamiento de la legitimidad de la norma y la necesidad de promover cambios legislativos desde la participación ciudadana y social. Pero se hace necesario establecer en el análisis la distinción entre lo ético y lo legal, como dimensiones diferentes, aunque relacionadas, para evitar las confusiones que pueden impedir un real avance de la formación moral. A partir de los dilemas se puede examinar esta dimensión ética de la ley relacionada con ellos, sin olvidar que “la reducción legalista de los problemas morales no es más que la otra cara del abandono del razonamiento moral y de la asunción voluntaria de obligaciones”³²⁹. Pero además de los aspectos legales, entre los docentes y los estudiantes los dilemas inquietan en referencia a las intervenciones que afectan la calidad de vida.

La medicina también es el prevenir y el dar una vida de calidad alta a una persona P11:P10

³²⁷ CAMPS, Victoria. *Una vida de calidad. Reflexiones sobre bioética*. Barcelona: Ares y Mares, 2001, p. 168.

³²⁸ *Ibid.*, pp. 167-170.

³²⁹ *Ibid.*, p. 169.

Vivimos en un mundo dominado por las ciencias, el dinero y la práctica rápida, entonces, el estudiante de medicina debe formarse para dar su punto de vista del estado patológico de enfermedad del paciente, pero también saber integrarla con ¿cómo va a estar su vida después? P11:P10

Es una mirada más teleológica, que deontológica. Victoria Camps se refiere a esa situación de ambigüedad ante la vida: queremos estar en ella pero no de cualquier forma y de allí la ambivalencia. Ella cita a Séneca cuando señala que “no se trata sólo de vivir, sino de vivir bien”³³⁰ y cuestiona el valor absoluto de la vida, sin tener en cuenta la voluntad del sujeto que la vive.

Esta perspectiva de la calidad de vida como criterio moral, se intensificó desde mediados del siglo XX “especialmente debido a la tecnomedicina cuyas intervenciones son cada vez más complejas y agresivas y pueden modificar las condiciones humanas del enfermo, afectándolo significativamente”³³¹. Los actores indagados comprenden los dilemas en varias dimensiones que se relacionan con la reflexión, y a veces el cuestionamiento, sobre las razones que han llevado socialmente a decisiones que se pueden reflejar en la ley, como a la calidad de vida que depende de cada sujeto y el valor que le otorga en las circunstancias que la enmarcan.

Esta incertidumbre frente a las decisiones sobre hechos complejos, no solo hace parte de eventos *frontera*, más extremos, como los que se presentan en las unidades de cuidado intensivo, en la eutanasia y la procreación asistida, entre otros más; se experimenta también en la vida cotidiana en los niveles de atención primaria, sin que necesariamente impliquen la alta complejidad. Esa es una posibilidad de llegarles con la bioética, en su dimensión procedimental, para ampliar su capacidad de respuesta profesional en su actuación diaria y para mejorar el dominio de la deliberación, consigo mismo, más allá del diálogo con otros, que también debe incluirse.

En relación con esto, los estudiantes valoraron la formación en habilidades procedimentales para enfrentar estos retos, además porque se identifican limitaciones cognitivas que en muchas ocasiones impiden ver las salidas y restringe las actuaciones ante la ignorancia de los hechos, que otros han analizado ampliamente. Al respecto, Azucena Couceiro y Mario Muñoz señalan que “El solo hecho de ser capaz de identificar los conflictos éticos de la práctica clínica, y de poder dar respuestas racionales y prudentes a dichos conflictos, conduce a que el alumno interiorice un procedimiento, una forma de actuación ante los valores implicados en la relación clínica”³³².

Pienso que ahí la bioética debería estar, atravesar transversalmente ese tema, y ayudarnos a desarrollar un pensamiento crítico que nos permita enfrentarnos en momentos de decisión en los que no vamos a estar rodeados de otros colegas, sino que vamos a estar básicamente solos E05:P8.

Ese pensamiento crítico requiere habilidades deliberativas, que van mucho más allá de conocer los principios bioéticos. Estos en su generalidad y abstracción aportan elementos que orientan y guían, pero no resuelven automáticamente las situaciones concretas³³³. En su complejidad, estas pueden llevar a opciones que implican conflictos de valores, frente a lo que es necesario analizar la mejor opción ética, que puede conllevar la falta de cumplimiento de uno de los principios. Esas excepciones³³⁴ en los sucesos vitales propios de los dilemas deben ser sustentadas en el análisis de las condiciones concretas. Diego Gracia explica que en la ética básica, se debe estudiar la fundamentación de los juicios morales y su articulación con los *principios* éticos. Explica que existe una dialéctica entre ellos: “El camino desde

³³⁰ CAMPS, Victoria. 2005. *Op. cit.*, p. 17.

³³¹ ESCOBAR TRIANA, Jaime. *Morir como ejercicio final del derecho a una vida digna*. 2ª ed. Bogotá: Kimpres Ltda, 2000. p. 59.

³³² COUCEIRO, A y MUÑOZ, M. *Op. cit.*, p. 94

³³³ CAMPS, Victoria. 2005. *Op. cit.*, p.35.

³³⁴ GRACIA, Diego. 1999. *Op. cit.*, pp. 31-32.

los juicios a los principios da lugar al problema de la `fundamentación; y el camino contrario, de los principios a los juicios, al problema de la `metodología’”³³⁵

Pero otro de los aprendizajes bioéticos que se debe involucrar de manera clara, consistente y permanente, no solo ocasionalmente, es el respeto a la autonomía del paciente³³⁶ y la consideración de la familia, como aspectos fundamentales en la toma de decisiones, más allá de aspectos sólo legales o técnicos. Y deben aprenderlo como principio *prima facie*³³⁷ que les permitirá razonar más ampliamente sobre las decisiones que se les presenta en la lejanía de grandes centros de complejidad y en estos mismos. Aunque también, hay que comprender que ninguno de los principios garantiza soluciones automáticas, sino que se constituyen en un marco general para analizar y reflexionar³³⁸. Entre muchos de los estudiantes, y aún entre los docentes, existe desconocimiento del significado de los principios básicos bioéticos, aunque algunos lo han incorporado en su desarrollo formativo, como se puede interpretar en la expresión de este estudiante al cuestionarse las reanimaciones prolongadas y fútiles:

Esa toma de decisiones hay que ponerlas dentro del equipo médico y la familia, incluso con el paciente, cuando éste tiene capacidad de decidir; uno debe hablar con el paciente, con su familia, con todos reunidos E01:P9

Pero siempre el paciente es primero, uno hace hasta donde uno sabe que no va hacer daño, que va hacer beneficio y que uno está respetando el deseo del paciente E01:P9

El desarrollo de los dilemas en el marco curricular se significa también por los estudiantes en torno al interés que como iniciativa personal desarrollan unos docentes y otros no.

No solo en la parte académica (los docentes) se preocupan por hacerlo bien, sino que se sientan, le explican a la familia, le hacen dibujitos; hay otros que no, medio le explican y siguen con el otro (paciente) E06:P9

Al respecto, Camps también comenta las limitaciones de los principios para la toma de decisiones, pues no son garantía de obrar con prudencia. Explica que conocer el bien no implica actuar de la misma manera y que se requieren *voluntad* y *motivos*³³⁹.

Las grandes tensiones éticas son porque el médico muchas veces se pone a hacer cosas para ganarse tres pesos más y ahí es donde empieza a hacer cosas que no debería hacer P05: P14

Con respecto a lo anterior, la autora mencionada, resalta la importancia de las emociones en la perspectiva ética: la culpa, la vergüenza y el orgullo. “Las emociones sociales contribuyen y tienen una función muy importante en la formación de la conciencia moral de las personas. Es fundamental que la sociedad fomente tales emociones con respecto a aquellos valores o virtudes que considera indispensables para el buen funcionamiento del conjunto”³⁴⁰.

Las emociones³⁴¹ inciden en las decisiones y su influencia puede ser fundamental en situaciones complejas al posibilitar que se aclaren factores que la sola racionalidad no alcanzaría. Este es un aspecto, entre muchos más, que analiza Sergio De Zubiría en la relación amplia entre bioética y las emociones y por esa razón llama la atención sobre la necesidad de tenerlas en cuenta en la formación y preparar una pedagogía al respecto.

³³⁵ GRACIA, Diego. *Fundamentación y enseñanza de la bioética*. 2ª ed. Bogotá: Códice Ltda, 2000, p. 180.

³³⁶ BEAUCHAMP, Tom L. y CHILDRESS, James F. *Op. cit.*, pp. 99--148.

³³⁷ *Ibid.*, p. 14-19.

³³⁸ GRACIA, Diego. 1999. *Op. cit.*, p. 31.

³³⁹ CAMPS, Victoria. 2005. *Op. cit.*, p. 50.

³⁴⁰ *Ibid.*, p. 51.

³⁴¹ DE ZUBIRIA, SERGIO. Bioética, emociones e identidades. *Revista Colombiana de Bioética*. 2007, 2(1),115-132.

Frente a los dilemas se devela aún más el carácter interdisciplinario y plural de la bioética. Entre los actores se destaca el aporte que reciben de otras disciplinas diferentes a la medicina, como trabajo social, y resaltan las posibilidades que se abren en los vínculos institucionales con otras entidades como la Academia de Medicina, el Tribunal de Ética Médica y las aseguradoras. Estas relaciones podrían constituirse en una de las estrategias en la construcción de visiones conjuntas para el análisis de los dilemas, desde una perspectiva que identifique las características propias del medio.

En las publicaciones revisadas acerca de este tema que indagan a los estudiantes, se describe que éstos perciben la necesidad de más atención académica a los dilemas éticos de la práctica profesional presentes en la formación³⁴² y que requieren apoyo de sus profesores clínicos en estas problemáticas³⁴³. Estos aspectos también emergieron entre los alumnos en el estudio actual, quienes resaltaron que los contenidos bioéticos tendrían mayor significación si su aprendizaje se realizaba en la práctica académica.

Por otra parte, en un estudio en la Universidad de Nueva York³⁴⁴ hallaron que entre los estudiantes se percibieron como negativas las mentiras deliberadas y los engaños en la atención, por ejemplo, cuando se le oculta a un paciente que el procedimiento lo realiza un alumno y no el profesor. Pero también se percibieron con sentido positivo cuando se trataba de proteger al paciente en algunas ocasiones, como el caso del médico que accede a poner la fórmula con el nombre de la madre para facilitar el acceso al medicamento para el hijo. Entre los estudiantes y los profesores de nuestro estudio surgió algo similar a este último evento, al reconocer situaciones en las que se buscaba que el paciente siguiera hospitalizado, aunque estuviera en condiciones de darle salida, porque sus circunstancias socioeconómicas no garantizaban el seguimiento adecuado por fuera del hospital. Así, se evitaban situaciones administrativas que pondrían en riesgo a los pacientes y se actuaba según el análisis de las consecuencias, a pesar de que se ocultaba la verdad.

Otros aspectos que se encuentran en los estudios acerca de los dilemas que perciben los estudiantes se refieren al trato³⁴⁵ y la discriminación con los pacientes³⁴⁶, el cuidado inadecuado de éstos³⁴⁷, los derechos que tienen a rechazar tratamientos, o la insistencia en aquellos que son inútiles, por ser excesivos o deficientes³⁴⁸. La encuesta realizada en nuestro estudio, mencionada en apartes anteriores, mostró que nuestros estudiantes también encuentran problemáticas en la atención de los pacientes, relacionadas con afectaciones de sus derechos, lo que se corroboró en las entrevistas y los grupos focales. Entre estas, el compromiso de la confidencialidad, que también se encuentra referido en hallazgos de otras investigaciones³⁴⁹. Asimismo, el estudiantado de la institución a la que nos dirigimos expresaron inquietudes sobre los límites de tratamientos de la reanimación u otros que generan malestar entre los pacientes.

En lo referente a la *calidad de vida* como aspecto que se debe tener en cuenta en los dilemas, se halló como un sentido que surgió entre docentes, en un estudio adelantado en Manizales, en que se expresó que ésta se halla en discusión con la *cantidad de vida* en la eutanasia, como “idea que nos refiere al sujeto que elige”³⁵⁰. La *calidad de vida* como significado que emerge en la comprensión de los dilemas, entre profesores del estudio mencionado y en el nuestro, puede indicar una fase más avanzada de desarrollo

³⁴² ROBERTS, Laura Weiss. 2005. *et al. Op. cit.*, pp.301–309.

³⁴³ CORDINGLEY, Lis *et al. Op. cit.*, pp. 1202–1209.

³⁴⁴ CALDICOTT, Catherine and LANGENDOEN, Kathy. *Op. cit.*, pp. 868-869.

³⁴⁵ KELLY, Emily y NISKER, Jeff. *Op. cit.*, pp.499 -500.

³⁴⁶ CALDICOTT, Catherine and LANGENDOEN, Kathy. *Op. cit.*, p. 869.

³⁴⁷ KELLY, Emily y NISKER, Jeff. *Op. cit.*, p. 500.

³⁴⁸ CALDICOTT, Catherine and LANGENDOEN, Kathy. *Op. cit.*, pp. 867–868.

³⁴⁹ KELLY, Emily y NISKER, Jeff. *Op. cit.*, p. 500.

CALDICOTT, Catherine and LANGENDOEN, Kathy. *Op. cit.*, p. 868

³⁵⁰ FRANCO PELÁEZ, Zoila Rosa y HOOVER VANEGAS. *Op. cit.*, p. 50.

moral, que entre quienes destacan especialmente los aspectos legales. Además, como ya se comentó, la calidad de vida es un punto crucial que tienen en cuenta pensadores bioeticistas al analizar estos temas.

También se encuentra que las publicaciones refieren inquietudes sobre el uso del consentimiento informado para el tratamiento de los pacientes³⁵¹. Entre los alumnos de nuestro estudio se identificaron cuestionamientos sobre aquel, pero en relación con investigaciones en que han participado, al identificar que se constituye en un requisito para cumplir, sin ningún otro sentido. Asimismo, aunque no emergieron en esta investigación, en otro estudio³⁵² se encontró que los estudiantes identificaron conflictos entre las prioridades de la educación médica con aquellas que tienen que ver con el cuidado de los pacientes y las responsabilidades que los estudiantes perciben que superan sus capacidades.

En relación con los aspectos legales que inquietan a nuestros estudiantes en los dilemas, se encontraron publicaciones³⁵³ que reconocen la necesidad de introducir tanto los contenidos éticos como los legales de manera sistemática en la formación, para preparar los estudiantes en el cumplimiento de las responsabilidades profesionales y legales. Así, se les debe permitir que conozcan y comprendan estos procesos para que logren el ejercicio profesional de manera segura.

Veamos ahora cómo afrontar los dilemas con los estudiantes y docentes en el currículo implica considerar los aportes a la bioética de distintos saberes, entre otros, los siguientes:

El equilibrio reflexivo³⁵⁴, explicado por Beauchamp y Childress, que promueve el análisis a partir de nuestros *juicios ponderados* apoyados en las convicciones en las que tenemos mayor confianza, de las que consideramos que tienen la menor parcialidad y nos pueden llevar a juicios sin distorsiones. Pero también, requiere contemplar los principios morales y la teoría ética que brindan guías para llegar a juicios morales correctos. Sin embargo, su generalidad no permite atender las características particulares de cada caso, por lo que se requiere también un enfoque inductivo que dialogue con las justificaciones de cada curso de acción y la afectación o cumplimiento de los principios y valores.

Se trata de ser críticos y evaluar los aspectos débiles y aquellos más fuertes de los juicios morales, principios y teorías. Además, hay que tener en cuenta diferentes creencias morales legítimas y experiencias anteriores, justificaciones consecuencialistas o no, los sentimientos y otros aspectos que hacen parte de los conflictos morales. Beauchamp y Childress encuentran que la reflexión moral se asemeja a lo que sucede con la evaluación científica de las hipótesis al ser verificadas o rechazadas mediante procesos que no son ni estrictamente deductivistas, ni sólo inductivistas³⁵⁵.

Los referentes morales del imperativo categórico de Kant, se constituyen en orientaciones para evaluar éticamente las salidas que se identifican en problemáticas morales³⁵⁶.

Obra de tal modo que uses la humanidad, tanto en tu persona como en la persona de cualquier otro, siempre como un fin en sí mismo y nunca como un medio, porque las personas tienen dignidad y no precio.

³⁵¹ *Ibid.*, p. 500.

³⁵² HICKS, Lisa *et al.* *Op. cit.*, pp.709–710.

³⁵³ GOLDIE J. SCHWARTZ L. MORRISON, J. 2000. *Op. cit.*, p. 469.

³⁵⁴ BEAUCHAMP, T. CHILDRESS. *Op. cit.*, pp. 381-387.

³⁵⁵ *Ibid.*, p. 384.

³⁵⁶ Se recoge aquí el primer paso de la metodología propuesta por Diego Gracia para resolver situaciones específicas que inician con un sistema de referencia moral a partir de dos premisas: una ontológica: “el hombre es persona, y en tanto que tal tiene dignidad y no precio”; otra ética: “en tanto que personas, todos los hombres son iguales y merecen igual consideración y respeto”. GRACIA, Diego. 1999. *Op. cit.* p. 32.

Obra de tal manera que siempre consideres que todas las personas son iguales y merecen igual consideración y respeto; no les hagas aquello que no desearías que te hicieran a ti³⁵⁷.

La lógica que se ocupa de la corrección del proceso de razonamiento y al tenerla en cuenta en estos procesos aporta una “contribución permanente y satisfactoria a la vida intelectual de cada uno de los estudiantes”³⁵⁸. Su desarrollo permite aprender cómo pensar y por tanto cómo aprender, adquirir y procesar nueva información. Copi y Cohen explican que apelar al adecuado uso de la razón mediante la lógica permite verificar y evaluar los criterios que definen la corrección de un argumento. Su estudio “ayuda a descubrir y utilizar estos criterios de corrección de argumentos que pueden usarse”³⁵⁹.

Esa disciplina³⁶⁰ permite ejercitar la argumentación adecuada a partir de unas proposiciones que se estructuran unas como premisas y otras como conclusiones. Éstas se infieren de aquellas, y es ese proceso el que determina un razonamiento correcto como el que se requiere en la toma de decisiones ante los desafíos que surgen en los dilemas. Los significados con mayor fuerza entre los actores académicos centrados en la calidad de vida, la inquietud por lo legal, y la orientación por principios que expresaron los líderes estudiantiles participantes en el estudio, pueden hacer parte de las premisas que se consideren antes de llegar a las conclusiones; estos aspectos se deben contemplar en conjunto con otros que inciden como la fundamentación teórica en la bioética, las emociones, la voluntad y los motivos a que aluden los autores que antes se mencionaron.

La sensibilización de los estudiantes para que reconozcan los dilemas, y en general los conflictos éticos, y se dispongan a buscar decisiones con diferentes herramientas, son objetivos que se pueden incorporar en estrategias didácticas como el ABP. Por otra parte, se puede considerar la presentación de casos que les inquieten, con el desarrollo de procesos basados en el equilibrio reflexivo, la lógica, las emociones, los motivos y su voluntad de superarlos, así como de aprender de estas experiencias; es una estrategia que puede desarrollarse tanto en la práctica clínica, como en la comunitaria y en el análisis de la problemática ambiental.

También, es conveniente abrirles para su consulta un comité de bioética formativo en el que hallen con quien dialogar sobre esos puntos, puesto que estas búsquedas requieren el aprendizaje y el análisis colaborativo. Ese apoyo puede estar a cargo del Grupo de Bioética en la unidad académica. Dicha función le permitirá sistematizar y hacer seguimiento a los dilemas que se producen entre los estudiantes durante su formación.

Al retomar los hallazgos de este estudio, se puede concluir que los alumnos se inquietan por el enfrentamiento de procesos legales en los dilemas, pero ese esquema previo pudiera ser oportunidad de un aprendizaje significativo que les motive en su desarrollo moral, siempre que se considere la reflexión sobre la legitimidad o no de la norma y los aspectos éticos que la sustentan o que faltan; es un aspecto que se propone desde los docentes, y que encuentra respaldo teórico, si se logran analizar las sustentaciones que llevaron a las decisiones y se supera la visión que se defiende de la sanción como criterio. Es necesario que los procesos formativos promuevan la superación de esos niveles limitados de moralidad que se atienen a la formalidad legal.

Los estudiantes de medicina general también precisan su necesidad de pensar las decisiones complejas de la práctica clínica cotidiana, en el contexto de la atención primaria, más que en las que emergen en

³⁵⁷ KANT, Immanuel. 1972. *Op. cit.*, pp. 29-55.

³⁵⁸ COPI, Irving M. y COHEN, Carl. Introducción a la lógica. 8ª ed. México: Limusa. p.8.

³⁵⁹ *Ibid.*, p. 18.

³⁶⁰ *Ibid.*, pp. 19-30.

la alta complejidad. Les falta tener fundamentos, como los principios, los valores, la casuística, el equilibrio reflexivo y otros procedimientos de análisis en ética para pensar más adecuadamente las salidas a los dilemas. Entre estos se resalta el aporte de la lógica para fortalecer la capacidad de argumentación.

Los docentes participantes del estudio se orientan a pensar en los dilemas en términos de calidad de vida y reconocen la ausencia actual del enfoque curricular sobre ellos. La iniciativa para reflexionar sobre estas situaciones surge de manera muy variable en cada uno de los profesores, sin que exista una orientación colectiva al respecto que los dinamice y los impulse.

2.2.5 La formación de valores debe ser permanente

Se necesitan referentes institucionales y enfrentar valores negativos en el medio. El contexto que dinamiza los valores tiene características sociales, culturales y económicas que influyen en las relaciones de los grupos poblacionales y en las condiciones que los determinan, e incide en el *sistema formador*, del que antes se habló. Sobre el contexto social y cultural que corresponde al ámbito de este estudio, se hallaron expresiones como las siguientes:

Aquí los valores son el que más trampa haga, el que llegue primero, el que se cole en la fila P01:P5

El concepto de fraude y el de “hacer atajos” que se observa entre los estudiantes, corresponde a un ejemplo que ellos ven en lo que vamos estableciendo como sociedad GFCC:P4

Ello alude a la *cultura mafiosa* que “ha reforzado el desprecio por lo social, comunitario o público; ha tenido como medio de cultivo y ha reforzado la tolerancia por el quebrantamiento de la norma para obtener el mejoramiento individual, y se ha nutrido y ha reforzado también la poca valoración de los derechos de los demás. Estas características se asocian a una aculturación rentística y de la ilegalidad y a la violencia”³⁶¹.

En el artículo mencionado se resalta el contraste entre “una gran racionalidad individual y una deficiente, casi inexistente, racionalidad colectiva”³⁶², y se señala como la iniquidad y la concentración de oportunidades, han llevado a promover las vías no legales entre la población más joven como forma de vida para lograr sus intereses. Así, entre los actores en esta investigación se cuestionan los valores que están predominando en el medio local, frente a los que el sistema educativo debe tratar de actuar para transformar.

En el contexto también se identifica la posmodernidad con su influencia caracterizada por el cuestionamiento a todo lo que antes se había dado absoluto, inmutable, y sin cambio, para seguir la propia voz. Es complejo porque se plantea que cada uno piensa lo que quiere, *porque no todos los valores de cada una de las mentes va a ser válido* E05:P5.

Como lo explica Adolfo Vásquez Rocca, esta corriente plantea que: “la ruptura con la razón totalizadora supone el abandono de los *grands récits*, es decir, de las grandes narraciones, del discurso con pretensiones de universalidad y el retorno de las *petites histoires*”³⁶³. En ese contexto surge la diversidad de pequeños proyectos con sus propias búsquedas sin grandes pretensiones. Se reconoce “el irreductible pluralismo de los juegos de lenguaje, acentuando el carácter local de todo discurso, y la

³⁶¹ DUQUE, Luis Fernando, TORO, Jorge Arbey y MONTROYA, Nilton. *Op. cit.*

³⁶² LÓPEZ M. A y BETANCUR, B. citados en *Ibíd.*, p.65.

³⁶³ VÁSQUEZ ROCCA, Adolfo. La posmodernidad. nuevo régimen de verdad, violencia, metafísica y fin de los metarrelatos. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*. 2011, **29** (1), 288. [Fecha de consulta: 9 de agosto de 2012]. Disponible en: <http://www.ucm.es/info/nomadas/29/avrocca.pdf>

imposibilidad de un comienzo absoluto en la historia de la razón. Ya no existe un lenguaje general, sino multiplicidad de discursos”³⁶⁴. Adquiere sentido la pluralidad de discursos y narraciones.

Pero en las participaciones de los actores se observa que deben existir unos parámetros de referencia en la formación, y al ser responsables de la construcción curricular, se deben aclarar unos valores principales para insistir durante la formación.

Los valores son una cuestión del desarrollo individual del pensamiento, pero si debe haber unos lineamientos básicos porque no todo es válido E05:P5

Los valores se significan en red. Como lo señalara Javier Echeverría, los valores se *co-implican* y por ello es pertinente analizarlos desde la perspectiva sistémica. “En lugar de considerar cada valor por separado (atomismo axiológico) y aceptar que tiene un sentido *per se*, partimos de la hipótesis de que los valores se aplican conjuntamente de modo que al valorar un aspecto también ponemos en juego otros valores”³⁶⁵.

Ese autor propone doce subsistemas, dentro de los cuales los morales son esenciales para la formación bioética, pues permiten forjar el carácter, las actitudes y la disponibilidad necesarios para enfrentar los problemas éticos que implica el impacto de la tecnociencia. Adela Cortina resalta su carácter universalista, por ser aspectos deseables en todas las personas, que dependen de nuestra libertad y condición humanas³⁶⁶. Sin embargo, la bioética se ocupa también de otros valores relacionados con los morales por su carácter interdisciplinario, y en tanto aquellos se refieren a la tecnociencia, que es de su campo de interés en asuntos éticos.

Los hallazgos de la encuesta realizada entre los estudiantes muestran que los valores más compartidos son los éticos-morales y luego están los básicos, los sociales y los jurídicos. Otros que tienen un nivel de reconocimiento medio en el conjunto de esta población son los valores epistémicos, técnicos y políticos. Por otra parte, los resultados llevan a comprender que los valores religiosos, estéticos, económicos y militares tienen muy bajo nivel de reconocimiento. En la tabla 2.18 se ilustra la agrupación que se hizo de los valores identificados en las respuestas a partir de la interpretación de los subsistemas propuestos por Echeverría. Y en la tabla 2.19 está la distribución obtenida con sus respectivos puntajes.

Algunos valores tienen significados que los permiten agrupar en más de uno de los subsistemas. Esos sentidos se pudieron ampliar en las entrevistas y grupos focales. En la encuesta, al surgir solo de manera nominal, algunos de los valores que son plurales en sus sentidos, se dejaron reconocer en varias de estas categorías para hacer una identificación inicial de aquellos compartidos. Hay una diversidad amplia de valores entre los estudiantes, siendo los morales los que predominan. Los resultados de la encuesta, en este aspecto, permiten reafirmar que entre esta población no existe la tendencia a confundir la bioética con la perspectiva religiosa, contrario a la hipótesis formulada en forma inicial. Además, los valores ecológicos no tienen reconocimiento en la aplicación del instrumento, lo que sería necesario transformar por ser un campo de formación que compromete a todos los ciudadanos del mundo. Sin embargo, hay que observar que en las técnicas interactivas hay expresiones que aludieron a este aspecto y también se evidenció cuando se estaba definiendo el alcance de la bioética y las políticas públicas.

³⁶⁴ *Ibid.*, p. 288.

³⁶⁵ ECHEVERRÍA, Javier. Axiología de la tecnociencia. En: *La revolución tecnocientífica*. Madrid: Fondo de Cultura Española, 2003, p. 241.

³⁶⁶ CORTINA, Adela. *Op. cit.*, pp, 46-47.

Tener como una clase o algo así en la que se analicen los principales avances de nuestra época y las implicaciones que ellos podrían tener para la salud de los individuos, y no solamente en los seres humanos sino las implicaciones en los animales y en el medio ambiente E05:P1

La bioética es la relación de uno con el entorno, con la vida humana, con la vida animal, con todo, con la preservación de la naturaleza P12:04

Los hallazgos de la encuesta son consistentes con las entrevistas y los grupos focales, pero en estas técnicas se amplió el espectro de los significados y se posibilitó que emergieran otros diferentes, como se va a analizar en los apartes siguientes.

Los valores de la ética civil: la transparencia, el sentido de ciudadanía, la responsabilidad social

Entre los significados sobre valores que se producen están aquellos propios de la ética civil como parte del sistema de valores que deberían incluirse en la formación médica:

En las facultades de medicina se insiste mucho en (que) su misión es formar individuos que antes que médicos sean buenos ciudadanos EPJGL:P2

Tener también muy presente los valores de la ética civil, que serían la transparencia, el sentido de ciudadanía, la responsabilidad social, que entre otras cosas, la responsabilidad social debe estar pues permanentemente presente en el ejercicio de la medicina como tal P04:P2

Uno de los deberes fundamentales de la universidad, y más de la universidad pública, es la formación ciudadana P04:P1

Definimos al médico como un buen ciudadano en la intencionalidad curricular, lo cual debe concretarse en el escenario académico y en el aula GFCC:P38

Immanuel Kant hizo aportes decisivos para la modernidad y el desarrollo humano, al pensar la autonomía como la superación de la minoría de edad y la necesidad de pensar por sí mismo. “¡Ten el valor de servirte de tu propia razón!: he aquí el lema de la ilustración”³⁶⁷. Ese es un valor clave para comprender el sentido de ciudadanía. Adela Cortina³⁶⁸ en los contenidos de una moral cívica, explica que reconocerse como ciudadano implica la capacidad de tomar decisiones a partir de la autonomía, lo que significa contar con un conocimiento y comprensión acerca de cómo organizar la convivencia sin tener que responder a directrices impuestas.

La autora mencionada³⁶⁹ indica como la moral cívica es una moral de mínimos concertados entre los ciudadanos, para facilitar el diálogo entre la diversidad de concepciones que posibilite compartir valores y propuestas. Ella explica que este referente no se identifica con ningún grupo moral específico, porque de lo que trata la moral cívica es de acercar diferentes concepciones morales que poseen máximos morales a partir de unos criterios mínimos comunes. Así, la moral cívica es laica³⁷⁰ al incluir tanto creyentes, como ateos. Además, es pluralista³⁷¹ porque se abre a distintas concepciones del mundo y de la vida, y no es fundamentalista, ni dogmática, porque se basa en la actitud dialógica que reconoce la autonomía de los participantes y sus diversos intereses.

³⁶⁷ KANT, Emmanuel. 2009, *Op. cit.*, p. 249.

³⁶⁸ CORTINA, A. *Op. cit.*, pp. 122-123.

³⁶⁹ *Ibid.*, pp.121-122.

³⁷⁰ *Ibid.*, p.129.

³⁷¹ *Ibid.*, pp.115-125

La transparencia hace parte de los valores de la ética en el ámbito de la política y la administración pública. La lectura del análisis de Hilda Naessens³⁷² sobre ese tópico, permite comprenderla como una construcción colectiva de pautas de conducta para una mejor convivencia y para el desarrollo de la autonomía y la libertad de los seres humanos. La transparencia es un valor de la ética pública y un requerimiento de la democracia que se ha incorporado a la actuación humana, especialmente en el servicio público, a finales del siglo XX³⁷³. José A. Aguilar resalta la vinculación estrecha entre transparencia, democracia y ciudadanía. Se trata de un valor que se espera en quienes trabajan para el servicio público, más allá de un sentido pasivo, como un proceso activo en el que se divulga la información sobre las acciones en entidades públicas.

Sobre esos valores que se han tratado, Carlos González Durán resalta que la democracia requiere la educación de los ciudadanos en el civismo. “Al autoritarismo le interesa que los hombres carezcan de conciencia crítica, que sean manejables. No hay democracia sin el respeto a las reglas democráticas en la toma de decisiones y en la elección de funcionarios; sólo los procedimientos transparentes permiten el sano funcionamiento de las instituciones y de los gobiernos. La democracia exige el poder razonable y justo; el autoritarismo es el poder violento e intimidatorio”³⁷⁴.

Otro de los valores significados es la responsabilidad social, que es tema de una editorial de la Academia Nacional de Medicina, por Juan Ramón de la Fuente, en la que se resaltan los grandes cambios de la medicina en las últimas décadas. Así, el cuidado de la salud pasa del énfasis individual al social; de la curación a la prevención; de la consideración del ciudadano y la comunidad como sujetos pasivos a ser actores activos. Estos cambios introducen la creciente importancia del trabajo en equipo y la restricción institucional de la autonomía del médico. Además, el desarrollo creciente de la tecnociencia incrementa el poder del médico sobre el paciente. El editorialista concluye que la ética médica social corresponde a otro rostro del humanismo en la medicina, sin que existan contradicciones sustanciales entre los deberes del médico con sus enfermos y los que tiene con la sociedad³⁷⁵.

De esta forma, la ética cívica emerge como una representación que entrelaza la atención sanitaria con los deberes y responsabilidades del médico, en tanto ciudadano que participa en la configuración social de la colectividad a la que pertenece. Enlaza también la exigencia frente a la transparencia en la administración pública y la conciencia de pensar por sí mismo las decisiones de iniciativa propia o que se respaldan en el colectivo. Sin embargo, los mismos actores participantes de esta investigación reconocen que aún falta mucho arraigo de esta representación en la actitud que orienta actualmente a la gran mayoría de estudiantes y profesores, como de los médicos en el medio.

Capacidades institucionales en la generación de valores

En la Facultad hay diversos procesos que han recogido en sus fundamentos los valores identificados por el colectivo; en los grupos focales y en varias entrevistas se refirieron a los que hacen parte de las

³⁷² NAESSENS, Hilda. Ética pública y transparencia. Congreso Internacional 1810-2010: 200 años de Iberoamérica [en línea], pp. 2113 - 2130. [fecha de consulta: 11 de agosto de 2012] Disponible en:

http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/53/15/32/PDF/AT15_Naessens.pdf

³⁷³ AGUILAR RIVERA, José Antonio. Transparencia y democracia: claves para un concierto [en línea]. 4ª ed. En: *Cuadernos de Transparencia 10*. México: Instituto Federal de Acceso a la Información IFAI, 2008 [fecha de consulta: 11 de agosto de 2012]. Disponible en:

<http://www.seg.guanajuato.gob.mx/CEducativa/Maestros/Formacin%20Continua%20Maestros/Aguilar%20Rivera,%20Jose%20Antonio.%20Transparencia.pdf>

³⁷⁴ GONZÁLEZ DURÁN, Carlos. La transparencia democrática [en línea]. *Dialéctica*, 1992, 22:76-81. ISSN: 0185-7770 [fecha de consulta: 11 de agosto de 2012]. Disponible en: <http://148.206.53.230/revistasuam/dialectica/include/getdoc.php?id=389&article=409&mode=pdf>

³⁷⁵ DE LA FUENTE, Juan Ramón. Responsabilidad Social del Médico. *Revista MEDICINA*, 2002; 24 (60). 167-8.

orientaciones teóricas establecidas en la renovación curricular y en el plan de desarrollo. En uno de los grupos focales, se resaltaba que lo importante en los valores es su desarrollo en coherencia con la práctica institucional, la insistencia permanente en ellos, y la verificación de su implementación. Aunque es muy complejo lograrla de manera total, lo esperable es que exista una tendencia reconocida.

Los valores acordados en el plan de desarrollo hay que traducirlos a acciones para que se vuelvan posturas que identifiquen la organización GFCC:P31

Y sobre los valores identificados en el plan de desarrollo de la facultad, se expresa:

La reflexión no debe ser en torno a ese listado, sino en torno a si los estamos cumpliendo o no, y si tenemos un seguimiento y cómo impacta o cómo mido yo esa situación, que de alguna manera no es tan fácil de seguir GFCC:P28

Los eventos que se han hecho en los últimos años en materia de educación superior en la Facultad, han presentado posturas de defensa de la autonomía y también de la dignidad. Se revela el interés por reconocer estos valores en diversos participantes de la vida académica, como por ejemplo los pacientes que son el núcleo de las prácticas formativas; pero aún falta consolidar la presencia de esa corriente en la Facultad, ante el predominio de la concepción paternalista.

Yo creo que los valores son de esas cosas que se aprenden más por ejemplo, o por hacer, o reflexionar, que por decirlo en el salón de clase P11:P5

La formación en los valores en general remite a prácticas concretas generadas en la capacidad de generar consensos y en la capacidad de la reflexión como bases generales que posibilitan su cultivo y desarrollo.

Esto implica abrir espacios de intercambios de argumentos, paciencia para escuchar posturas diferentes y todo lo que corresponde a ponerse en el lugar del otro, pensar por sí mismo y argumentar con disposición de cambiar, si hay sustentaciones más sólidas. Adela Cortina explica que el diálogo “es la forma más humana de ir acondicionando juntos nuestra existencia común y de ir incorporando a ella aquellos valores que la hagan realmente humana”³⁷⁶. Al respecto, entre los grupos focales se producen significados de inquietudes o preocupaciones acerca del ambiente institucional que a manera de currículo oculto sobre la democracia actúa como parte del sistema formador en la ética civil.

A mí me parece muy pobre el debate y pobre la democracia que se ejerce... y eso se aprende, y eso se resigna, entonces ese es el currículo también oculto de la democracia que estamos viviendo en la universidad GFCC:P15

Si hay una creencia en una relación vertical es muy difícil ponerse de acuerdo con cualquier cosa P09:P2

La concepción paternalista, que crea condiciones verticales de relación, se cuestiona entre los participantes de este estudio tanto en el ámbito de la RMP como en las otras interacciones, y se considera obstáculo para el logro de acuerdos en medio de la diversidad y a partir de unos mínimos entendimientos para acercar concepciones morales plurales.

¿Cómo es posible que no seamos capaces de llegar a acuerdos? GFCC:P18

Desde la perspectiva expresada entre los grupos focales sobre la capacidad institucional en la generación de valores, la expectativa es posibilitar el encuentro abierto de iguales para materializar valores como el respeto a la autonomía de los actores, el diálogo y el encuentro plural de distintas perspectivas, como ejercicio de moral cívica que encarne la transparencia, la ciudadanía activa y la responsabilidad social.

³⁷⁶ CORTINA, Adela. *Op. cit.* p. 89.

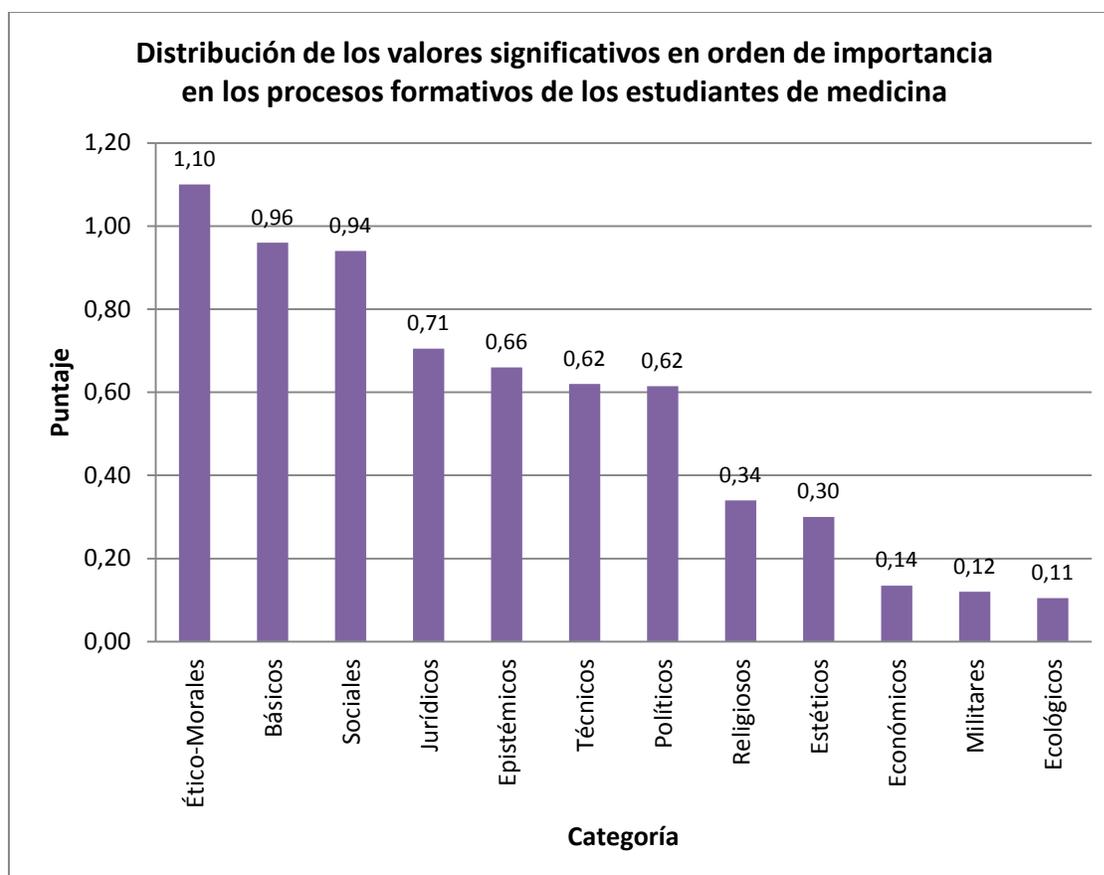
Tabla 2.18 Valores encontrados en las respuestas de la pregunta ¿Cuáles valores cree usted que son significativos en los procesos formativos de los estudiantes de medicina?

01: Valores Básicos	respeto a la vida, interés por el paciente, constancia, voluntad, inteligencia, superación, sinergia, toma de decisiones, perseverancia, seguridad, paciencia, disciplina, empatía, vocación, buenas actitudes, actitud positiva, valores, formación integral, integralidad, dedicación
02: Valores Religiosos	misericordia, entrega, abnegación
03: Valores Militares	honor
04: Valores Ético Morales	respeto, rectitud, integridad, temple, sinceridad, excelencia, sencillez, discreción, alteridad, ecuanimidad, acompañamiento, condescendencia, buen trato, altruismo, sabiduría, verdad, veracidad, ayuda, comprensión, sensibilidad, autodeterminación, cortesía, bioético, secreto profesional, respeto por la dignidad y la vida humana, humildad, ética profesional, ética, sensibilidad con respecto a la realidad del otro, beneficencia, comprensión, autonomía, tolerancia, responsabilidad, saber escuchar, honestidad, confidencialidad, humanismo
05: Valores Estéticos	creatividad
06: Valores Sociales	relación médico paciente, libertad, amabilidad, inclusión, trabajo en equipo, laboriosidad, puntualidad, conciencia colectiva, amor por el trabajo y por la profesión, igualdad, aplicación de conocimientos en medicina, sentido de pertenencia, asertividad, liderazgo, equidad, profesionalismo, servicio social, responsabilidad profesional y humana. diálogo, confiabilidad, compromiso -obligación contraída-, responsabilidad social, confianza, credibilidad -
07: Valores Políticos	justicia, libertad, apertura, credibilidad
08: Valores Jurídicos	justicia, libertad, derecho a la vida, responsabilidad con la práctica médica
09: Valores Económicos	recursividad
10: Valores Ecológicos	
11: Valores Técnicos	clínico, semiología, habilidad, criterio, aplicación de conocimientos en medicina, prácticos, acceso a la información, oportunidad en la atención, pertinencia en la atención
12: Valores Epistémicos	conocimiento, ciencia, criterio, visión crítica, objetividad

128 Significados sobre bioética que producen los actores del currículo de medicina de la U de A

Tabla 2.19 Asignación de puntajes según importancia de los valores por los estudiantes de medicina de la U de A

Puntaje	Más importantes	Frecuencia	Medianamente importantes	Frecuencia	Menos importantes	Frecuencia	Puntaje Total Importancia de los Valores
1,1	Ético Morales	244	Ético Morales	229	Ético Morales	209	Ético-Morales 1,10
1,0	Básicos	25	Sociales	31	Sociales	32	Básicos 0,96
0,9	Sociales	16	Básicos	22	Básicos	29	Sociales 0,94
0,8	Jurídicos	6	Políticos	14	Políticos	10	Jurídicos 0,71
0,7	Técnicos	6	Jurídicos	13	Jurídicos	10	Epistémicos 0,66
0,6	Epistémicos	6	Epistémicos	5	Epistémicos	6	Técnicos 0,62
0,5	Políticos	5	Técnicos	4	Técnicos	5	Políticos 0,61
0,4	Estéticos	2	Religiosos	1	Religiosos	4	Religiosos 0,34
0,3	Religiosos	1	Militares	0	Económicos	3	Estéticos 0,30
0,2	Militares	0	Estéticos	0	Militares	1	Económicos 0,14
0,1	Económicos	0	Económicos	0	Estéticos	1	Militares 0,12
0,0	Ecológicos	0	Ecológicos	0	Ecológicos	0	Ecológicos 0,11



La percepción es que falta capacidad en la universidad para construir acuerdos que posibiliten la renovación de poderes en su interior GFCC:P18. Esto se interpreta como la búsqueda de una comunidad justa, en los términos que propuso Lawrence Kohlberg, sin la consideración de que se trata

de una ruta lineal, sino de un proceso complejo de interacción, que es dialéctico, con retrocesos y avances que no siguen la lógica longitudinal. El autor mencionado recoge a Durkheim quien “reconoció que la justicia y la vitalidad de la comunidad cívica dependían de la educación de la ciudadanía que solo la escuela podía proporcionar”³⁷⁷. Su invitación era ir más allá de enseñar sobre ciudadanía democrática, para constituir escuelas que fueran en sí mismas democráticas.

Espectro de valores en la educación médica: *todos los valores son importantes y por tanto no se trata de identificar uno que nuclea a los demás*

Además de los valores de ciudadanía, los participantes desarrollaron contenidos de otros valores. Estos desarrollos emergen en especial con respecto a la justicia, la autonomía, la humildad, el respeto, la responsabilidad, entre otros, que se aprecian necesarios para el encuentro con los pacientes.

La escasez de recursos es una realidad que se acrecienta al paso que se desarrolla la tecnología y la ciencia como parte de los conflictos que se interponen en el desarrollo de la justicia, como principio y como valor social, pero también político y jurídico. En la encuesta, previa a las técnicas interactivas, ese valor se consideró en los subsistemas político y legal. Pero luego el desarrollo de las entrevistas y los grupos focales, demostró que los actores curriculares la entienden especialmente en el contexto social. Uno de los docentes participantes recomienda que la justicia sea el valor de base que aglutine los demás, es decir, que fundamente la realización de otros.

Y lo otro muy importante que cabe tanto para la ética y, que lo decíamos, es un principio fundamental que se debe trabajar también permanentemente en medicina, es la justicia, porque la justicia enfoca temas de ética, temas de ética civil y temas de bioética, entonces yo diría que la justicia es un pilar fundamental de trabajo en el currículo en medicina, en la universidad. P04:P2

Este planteamiento se corresponde con la jerarquía de principios que propone Diego Gracia³⁷⁸, quien recomienda tener en cuenta en primer lugar la justicia y la no maleficencia, como aspectos básicos de una ética mínima. Sin embargo, muchos de los estudiantes y en los grupos focales, la consideración más reiterada y con mayor fuerza es que no haya un valor central, sino que estén constantemente relacionados como un sistema de valores.

Todos los valores son importantes y por tanto no se trata de identificar uno que nuclea a los demás GFCC:P27

Entre los actores que intervinieron en este estudio el sentido de la justicia que se acoge con mayor fuerza, expresado en uno de los grupos focales, fue el de equidad.

Frente a lo que es justicia o no, es polémico y hay tratados de eso enormes; digamos que uno se queda más con el sentido de equidad, entendido como que a cada quien le den lo que les corresponde en función de su capacidad y condición; si yo tengo una menor capacidad, cierto, o una condición especial, el sistema debe ser solidario y equitativo conmigo, entonces digamos que a uno se le antoja que la parte de equidad corresponde como a un valor más transversal GFCC: P28

Como se mencionó antes, Javier Echeverría hace referencia a esta interacción de valores en la tecnociencia en la condición de *co-implicados*, con una visión de los valores como sistemas abiertos que tienen subsistemas relacionados en una dinámica constante, con tensiones permanentes, que se muestra como más cercana a la concepción predominante entre los participantes de este estudio. Pero ese debate de las dos visiones, una que los jerarquiza y otra que parte de su relación sin niveles previos de importancia, debe fomentarse en la comunidad académica, porque permite avanzar en asumir una postura más elaborada y racionalizada.

³⁷⁷ KOHLBERG, Lawrence. POWER, F.C. Y HIGGINS, A. *Op. cit.*, p.15.

³⁷⁸ GRACIA, Diego. 2000. *Op. cit.*, p. 97.

130 Significados sobre bioética que producen los actores del currículo de medicina de la U de A

También surgió la dignidad como un valor reconocido y ligado a los derechos humanos, en tanto base y fundamento para entender que frente a ellos todos somos iguales.

Hay que reconocer la dignidad de los seres humanos para aprender a reconocernos como iguales GFFC:P7

Desde el siglo XVIII sabemos que la dignidad los derechos humanos es lo fundamental E05:P10

Dignidad es entender a cada uno en su unicidad E05:P10

Esta idea de dignidad fue ampliamente elaborada por Kant³⁷⁹ en su imperativo moral con la formulación referida a que todos tenemos un valor y no precio y que debemos ser tratados como fines y no solamente como medios. La Organización de las Naciones Unidas llegó a un consenso en 1948 sobre la formulación de la Declaración de los Derechos Humanos, en la que se reconoció que la dignidad es inherente a todos los seres humanos como fundamento de la libertad, la justicia y la paz.

Por otra parte, la autonomía ha sido un valor muy aludido desde que se inició el proceso de renovación curricular en la Facultad de Medicina de la U de A, en el año 2000, al principio para lograrlo en los estudiantes y sobre todo en los procesos cognitivos. En los últimos años se ha reiterado su necesidad y su fortalecimiento. Sobre la autonomía, se manifestaron ideas con fuerza entre los participantes, como la expresión siguiente:

La autonomía tampoco se logra con discurso, también tenemos que generar prácticas pedagógicas que permitan desarrollar, donde realmente la participación del otro, la capacidad que tiene el otro de pensar distinto a mí, la posibilidad que tengo yo de escucharlo, con respeto, con tolerancia, y llegar a acuerdos colectivos creo que en eso tenemos que crecer más, porque todavía uno ve en el ámbito de la facultad, lo mismo que uno ve en el ámbito de toda las sociedad, que si alguien piensa distinto es al que hay que sacar, no al que hay que ver con la oportunidad de aprender también de esa persona GFCC:P12

Acerca de este valor de la autonomía, Camps la describe como “la versión ética de la libertad”³⁸⁰, lo que permite diferenciarla de la concepción liberal que la comprende como la ausencia de intervención del poder político en las vidas de las personas. Fue Kant, también, quien profundizó en esa idea de la autonomía, como autogobierno a partir de la razón; la libertad en la autonomía va más allá de comprenderla en sentido negativo, como ausencia de interferencias que sometan al individuo, sino como capacidad de deliberación y razonamiento, para tomar decisiones por sí mismo³⁸¹.

Otro valor que emerge con fuerza entre profesores y estudiantes fue la humildad, que se interpreta como la sencillez necesaria para superar la arrogancia y la actitud de permanente competitividad, que entre los entrevistados se percibe muy fuerte, tanto entre estudiantes como en los médicos en general.

Todo el mundo quiere ser el mejor, todo el mundo quiere sacar la mejor nota y muchas veces en la ronda no importa el paciente, sino como presente la historia (clínica) E06:P8

Si no hay esa humildad de que uno puede aprender de cualquier persona o que cualquier persona podría aprender algo de uno, será muy difícil que el estudiante logre una empatía con el paciente, y que logre el día de mañana una relación útil con la comunidad con que se enfrente, así sea una comunidad científica, si va hacer una investigación; o una comunidad de personas si va hacer un rural asistencial o rural como los que se hace P09:02

El respeto se comprende en el reconocimiento a la alteridad que se requiere en la construcción conjunta en doble vía, no en sentido vertical, ni preponderante de la universidad. Esta institución que

³⁷⁹ KANT, Immanuel. 1972. *Op. cit.*, pp. 29-55.

³⁸⁰ CAMPS, Victoria. 2005. *Op. cit.*, p.108.

³⁸¹ *Ibid.*, pp. 107-114.

se destaca en la sociedad por ser un ámbito de construcción de conocimiento, sin ser el único, interactúa con otras instituciones, personas y comunidades a las que debe reconocer en su aporte a esa construcción. El respeto se significó también en el marco de la pluralidad que caracteriza las sociedades actuales, al tiempo que se reconocen las dificultades y limitaciones formativas.

Es necesario empezar a dimensionar ese ser alterno, ese ser que desde la diferencia puede construir paralelo con nosotros; no es que nosotros construyamos para él, no, el construye paralelo con nosotros a través de una dinámica de universidad, de una dinámica de facultad de medicina y que tienen muchos elementos que darnos. GFFC:P4

El respeto, el respeto a todo: a la vida, a la diferencia que es algo que uno aprende implícitamente en la universidad pública, el respeto a la diferencia, pero a veces el respeto a la vida como que se transgrede y no se ve que está a veces presente en todo; está desde las canecas de diferentes colores para reciclar hasta en el momento en que se está presenciando un parto, hacer el mínimo silencio y respeto por ese momento de vida; en el momento en el que el paciente está falleciendo respetarlo y permitirle que esté con sus familiares. P09:P2

Sobre el respeto, en uno de los grupos focales se develaron significados distintos frente a lo que hubo polémica. De una parte, una de las participaciones identificaba este principio como central, al entenderlo en el marco de la tolerancia. De otra parte, se reivindicaba como valor primordial en las relaciones por su significado de aceptar las diferencias de manera activa.

A mí me parece que muchas veces aquí en esta sociedad puntualmente eso se confunde con el hecho de dejar hacer, Héctor Abad Gómez decía mucho eso, de esas conversaciones de café; yo le escucho a usted todo lo que usted tenga que decir siempre y cuando usted me deje, después decirle a mí todo lo que... pero ahí no se establece ningún diálogo, no hay ninguna reflexión simplemente se está dando postulados y usted me respeta. GFCC: P29

De la tolerancia, dice Diego Gracia³⁸², que se trata de una virtud moderna que se ha ido convirtiendo en el derecho humano de la libertad de conciencia. De acuerdo con ello, cada persona puede vivir según sus creencias religiosas y morales. El autor mencionado explica que la tolerancia surge después que terminaron las guerras entre protestantes y católicos en el siglo XVII y deviene luego en la libertad religiosa. De la religión luego se extendió a la política, lo que llevó a la generación de formas de expresión de las diferencias políticas. Gracia resalta que la aceptación del principio de tolerancia o de libertad de conciencia es lo que da sentido a la democracia.

Adela Cortina³⁸³ manifiesta que el inconveniente de la sola tolerancia es el riesgo de la indiferencia y el desinterés por lo que el otro pueda vivir según sus convicciones, por lo que propone el *respeto activo* que se interesa por comprender a otros en sus propios proyectos de vida. Esta visión es la que interpreta mejor la postura que identifican estos actores participantes del actual estudio.

El avance de la discusión sobre valores en el contexto curricular permite a los actores desarrollar sentidos que aportan en cualificar la vida e intercambiar representaciones para pensar mejor la convivencia. Veamos otros que emergen en los significados de los participantes de este estudio.

Valores en la RMP: falta reconocer el respeto vinculado al reconocimiento de la autonomía en los pacientes.

El respeto fue el significado con mayor fuerza entre los participantes y su contenido se representa en el reconocimiento del otro y en el respeto a la diversidad.

El respeto por la diferencia pasa por identificar las particularidades de cada paciente y sus necesidades, que pueden diferir de las que el médico establece según sus conocimientos forma de manera que el otro entienda P14:P1

³⁸² GRACIA, D. 2000. *Op. cit.*, p. 61.

³⁸³ CORTINA, A. *Op. cit.*, p. 82-83.

132 Significados sobre bioética que producen los actores del currículo de medicina de la U de A

El respeto, por ejemplo, para mí es fundamental; el respeto a todo, a la diferencia, el respeto cuando una diferencia es ideológica, sexual, étnica, para mí la base de una relación es el respeto P10:P4

Siempre el paciente es primero, uno hace hasta donde uno sabe que no va hacer daño, que va hacer beneficio y que uno está respetando el deseo del paciente. E1:09

Sin embargo, en relación con lo anterior, es de resaltar que falta vincular el respeto al reconocimiento de la autonomía del paciente en el ámbito curricular. Como se señala en otras partes del estudio, y en esta se confirma, ese sentido es muy débil en la elaboración del significado del respeto. Aunque algunos profesores lo tienen presente en su actuación, ellos también reconocen su ausencia predominante en los procesos asistenciales del contexto institucional del currículo que se analiza. Se refuerza la idea de que esto es más una iniciativa de algunos docentes, que de una consideración institucional sustentada en elaboraciones teóricas y una práctica académica correspondiente.

El paciente tiene una autonomía, el médico tiene una autonomía, y sin embargo, los dos establecen una relación que les permite comunicarse EPMEA:P1

Creo que el currículo no necesariamente obedece a ese tipo de interacciones, no obedece a fomentar la responsabilidad, el compromiso, el respeto por el otro, no hay una directriz clara en ese sentido por lo que esos temas quedan en el cajón del olvido y en última instancia la gente desde su punto de vista ético y de visión del otro sale al azar, o sea no tenemos control sobre esa situación. P03:P2

Cuando hablo de respeto hablo de considerar al otro un igual que a mi independiente de su profesión o de lo que haga en la vida; entonces eso me llevaría a que conscientemente yo no le tiraré el carro cuando está pasando la cebra una persona, yo no me metería en la fila de la cafetería de la facultad de medicina importándome un pito los que están detrás; en fin, esos son ejemplos básicos; o tú te subes al bus, y el buclero acelera, y vos vas a dar a la última banca, eso es como que yo soy superior y hago lo que se me dé la gana y el otro no me importa; entonces ese elemento se ve en la medicina muy claramente reflejado con una posición totalmente autoritaria del médico; es el que sabe, el paciente es el que obedece, el médico es el que dice que es lo que hay que hacer y el paciente no tiene derecho a decir ni pio, y cuando el paciente dice o propone hacer otra cosa, el médico se enfurece y le dice: ¡ah! usted verá, usted es el que se va a morir, a usted es el que le va a pasar algo, eso es problema suyo. Entonces cambiar esa concepción sobre el otro es el reto para la universidad, es el reto para los docentes universitarios P03:P2

...Obviamente eso tiene antecedentes previos y es que todos los docentes universitarios hemos sido educados bajo el mismo modelo y transmitimos el mismo modelo; entonces, ¿cómo lograr con una planta de profesores educados en un modelo, cambiar el modelo y lograr que haya ese respeto y esa, yo diría, consideración por el otro? y que la medicina no se vuelva como se ha vuelto, un negocio donde se tiene dinero y que lo importante sea el dinero; pero los pacientes no están y en obstetricia eso es supremamente evidente, la mujer es una vagina que se toca se manipula pero la mujer como mujer no está presente, no es una mujer digna de saber que le está pasando, incluso es digna de regaños: porque se queja, ¡no se mueva!, ¡quédese acostada!, o sea es una situación bastante dramática que yo creo que tenemos que poner cada día más en evidencia a ver si empezamos a dar un vuelco en todas esas situaciones. P03:P2

Además, las representaciones simbólicas de los participantes encuentran que en la RMP son necesarios los valores de la confidencialidad y otras representaciones que se pueden equiparar con la beneficencia, la no maleficencia, la justicia, aunque no es frecuente que los actores curriculares identifiquen de manera directa estos principios; lo que hacen es aludir a ideas compatibles con ellos. También reconocen la sencillez, la contingencia, la honestidad, la empatía, la paciencia, la transparencia, la dedicación, la escucha, el secreto profesional, la intimidad y confianza, la solidaridad.

Sánchez explica que la confidencialidad se considera un valor instrumental debido a que desde éste se promueven otros valores necesarios en la RMP, como la confianza, la seguridad, la amistad y el respeto; asimismo, garantiza otros derechos fundamentales como el de igualdad y no discriminación³⁸⁴. Por otra parte, dice que “la intimidad es indispensable para el desarrollo psicológico y la maduración personal”³⁸⁵ y que corresponde a una necesidad primordial y a un derecho fundamental de las personas.

Para los actores participantes, en el medio en que se desarrolla el currículo analizado, la RMP es centro de valores indispensables en el desarrollo de la profesión médica, pero su contexto permanece en la influencia tradicional que por muchos siglos se ha materializado en el Juramento Hipocrático; aún no se incorporan los valores que se han estructurado en la Modernidad con el desarrollo de la individualidad, el sujeto y la autonomía. Lo que sigue influyendo es esa concepción que ha permanecido durante muchísimos siglos, en que la RMP ha funcionado especialmente en el reconocimiento a la beneficencia.

La otra cara de los valores

Adela Cortina explica como “cuando percibimos un valor, captamos al mismo tiempo si es positivo o negativo, es decir, si nos atrae o nos repele”³⁸⁶. En nuestro estudio los participantes develaron sentidos negativos de aspectos que se vivencian y experimentan como parte del currículo. La encuesta reveló, como antes se mencionó, la representación que tienen los estudiantes sobre las discriminaciones a los pacientes de manera significativa, lo que se convierte en un valor negativo que fluye por la vida cotidiana y se materializa en las vivencias con ellos.

Además, los estudiantes experimentan esas exclusiones entre ellos mismos. Por otra parte, los docentes manifiestan que son frecuentes los procesos competitivos entre los colegas. Esto tiene que ver con el hecho de una concepción básica para relacionarnos con el Otro que se refleja en las interacciones asistenciales.

...los compañeros se atropellan tanto entre ellos mismos y con los pacientes también.... E07:P1

...los médicos como tal han sido muy llevados de su parecer y siempre tratan de hacer quedar mal al otro para resaltar y me ha pasado incluso con compañeros GFI:P6

Entre los actores emerge también la representación reiterada de que en su contexto se valoriza aquello tangible, mientras se desvalorizan los ideales y todo lo que aporta sentidos sin ser material, o cuantificable. Sobre este punto se pronuncian en uno de los grupos focales, con representación profesoral y estudiantil:

Todo lo que no sea pragmático de lo tecnológico, es decir, (lo) que es la anatomía, la fisiología, se ha vuelto un antivalor para los estudiantes, y ese es un reto que tiene la universidad de volverlo (valor) GFCC: P13

A ese espíritu tan predominante en nuestro medio y en este tiempo, otro estudiante entrevistado expresa: *voy a citar de pronto una frase de Carlos Marx que decía que ‘el mundo de los hombres pierde valor en la medida en que aumenta el valor del mundo de las cosas’ E02:P1.*

Hay una visión del progresismo³⁸⁷ que se ocupa de cambiar el medio en que vive el individuo, pero no de transformar internamente a éste. En cambio, la moral como técnica social se basa en el esfuerzo del individuo sobre sí mismo e intenta pensar su propio cambio. Ante las fallas de la sociedad y la

³⁸⁴ SÁNCHEZ, Miguel Ángel. *Op. cit.*, pp. 444-445.

³⁸⁵ *Ibid.*, p.443.

³⁸⁶ CORTINA, A. *Op. cit.*, p.34.

³⁸⁷ A estas ideas hace referencia E. Dupreel, citado por HOTTOIS, Gilbert.1999. *Op. cit.*, p. 173.

naturaleza, las personas desde la moral intentan concertar, renunciar a lo que aflige a los otros y moderar sus deseos para convivir³⁸⁸.

La relación con la industria farmacéutica está pervertida

La relación con la industria farmacéutica se devela como una cuestión ética que desde los valores representa aspectos positivos y negativos, frente a la que se expresa que es necesario desarrollar una postura definida en el currículo. Antes se comentó que desde la dirección de la Facultad hay una política para que los actos académicos se realicen con recursos propios y no patrocinados y orientados por intereses de las farmacéuticas. Ese aspecto ha sido un valor que busca identificar una política directiva, resaltado en diversas oportunidades como búsqueda de independencia académica.

Por otra parte, entre los docentes participantes del estudio hubo ideas enérgicas al respecto, cuestionando la influencia manipuladora que ejercen esas corporaciones sobre los médicos. La respuesta curricular que se identificó como necesaria de implantar es la promoción de un pensamiento crítico, con una visión cuestionadora y autónoma frente las ideas en general, que entre otros temas, afronte en particular el de la industria farmacéutica. GFCC:P21

Tenemos que trabajar desde el pregrado intencionalmente para que nuestros estudiantes...no caigan en esa otra parte perversa o esa situación que no queremos ya del médico frente a los laboratorios GFCC:P20

Una sólida formación académica con fundamentos bioéticos genera un saber y una actitud propicia para enfrentar la sujeción a los patrocinios y prebendas ofrecidas por las casas farmacéuticas. Pero se devela que la situación actual, necesaria de cambiar, es que los médicos se adaptan fácilmente a la imposición de los valores que imponen esas corporaciones y que aprenden esta situación como si fuera algo corriente y normal, de manera acrítica.

Y el asunto finalmente que yo siento que nos compromete mucho a los médicos, es el asunto con las casas farmacéuticas; tenemos vendida la consciencia de las casas farmacéuticas GFF:P13

...y lo ve uno en el ejercicio profesional; los médicos se adaptan tan fácil y nos hemos vuelto unos negociantes enormes, grandísimos; la discusión la manejo con las casas farmacéuticas; me parece desastroso lo que cada día veo, ¿dónde está la formación que tengo si estoy sujeto a patrocinios, si mi conocimiento lo estoy vendiendo por ciertas prebendas? GFCC:P8

Es que eso se va distorsionando (la concepción frente a las farmacéuticas), cuando usted va entrando en el medio... el medio lo va absorbiendo, y yo voy adquiriendo prestigio y me van buscando GFCC:P19

Hay gente muy valiosa a mi alrededor que funciona con laboratorio y yo no he podido entender eso GFCC:P19

Por otro lado, también se expresaron significados que otorgan valor positivo a las farmacéuticas, en especial, en lo referente a la calidad de los medicamentos, pero reconociendo la falta de claridad respecto al precio ofrecido en el país, incrementado de manera desmedida con respecto a otros. También se entiende como oportunidad de trabajo.

La contradicción la plantean ellos mismos (los estudiantes): yo soy muy tranquilo con las multinacionales, pero porque no hay un INVIMA que me garantice que ese medicamento sea igual de bueno GFCC:P19

Las multinacionales por lo menos le garantizan calidad de medicamento GFCC:P19

Lo que no es claro es por qué los precios de los medicamentos en otros países es mucho menor GFCC:P19

³⁸⁸ *Ibíd.*, p. 173.

Los visitantes médicos clasifican los médicos de acuerdo con su liderazgo académico, la influencia sobre estudiantes y su capacidad de mover pacientes GFCC:P20

Lo único que sé es que eso está pervertido; es que hay gente muy buena que yo no puedo criticar, es que eso es una cosa muy seria” GFCC:P20

Es una oportunidad ocupacional para el egresado en instrumentación trabajar en mercadeo GFCC:P20

Sobre la relación de la industria farmacéutica con la investigación surgen aspectos en doble vía. De un lado, en actividades académicas se resaltó la función de los comités de ética como vigilantes que pueden impedir la utilización de población vulnerable en estudios de experimentación sin beneficios y con incremento de su fragilidad. De otra parte, emergen expresiones que ven bondades en el aporte de esas corporaciones farmacéuticas en el desarrollo de grandes estudios que de otra manera no serían posibles.

Este tema de las farmacéuticas ha sido motivo de muchas reflexiones y análisis en el ámbito académico y social. Una de las razones que se ha cuestionado es la altísima rentabilidad en esas corporaciones a costa de la falta de acceso de grandes grupos poblacionales a tecnologías que requieren para la asistencia en salud. La opción de los genéricos que amplía ese acceso, hace muchos años se viene impulsando, pero las restricciones que logran las grandes corporaciones para que esto funcione ampliamente impiden que un elevado número de personas puedan obtenerlos³⁸⁹.

Los valores se deben cultivar durante toda la vida

Uno de los temas presentes sobre la formación ética y en valores, en distintas audiencias, es que se origina desde los primeros años de vida y en la educación básica y secundaria. Los participantes insistieron en que la universidad debe responder en ese campo y continuar lo que debió iniciarse desde mucho antes. Es decir, se trata de algo que debe cultivarse y desarrollarse continuamente.

Un fenómeno observado es que los estudiantes de los primeros años se interesan por la transformación social y moral con mayor fuerza que los que finalizan, cuyos valores se orientan a lo pragmático, a resolver lo operativo en sus vidas en aspectos como el futuro laboral, cuando están a punto de terminar sus estudios. Las angustias por lo que vendrá en un ambiente lleno de incertidumbre, los llevan a que los ideales pasen a un segundo lugar. Así, se escucharon expresiones como estas en el grupo focal con estudiantes de la fundamentación en los primeros semestres.

Los valores son la base que nos va a impulsar a que como médicos nos interese en el cambio y por mejorar el sistema que va a incidir en el paciente y en nosotros mismos GFSYS:07

Las actuaciones diferentes pueden lograr influir en un cambio social GFSYS:07

Estos estudiantes tienen creencias fuertes, que defienden con ahínco, orientadas a lograr cambios generados por influencia de la ética, que desde su perspectiva pueden reflejarse en transformaciones colectivas. Es así, como en ese mismo grupo focal, se consideró que *lo más importante es fundamentar bien los valores para que aquí se genere un cambio social que impulse la transformación* GFSYS:07

Eckles³⁹⁰ en la revisión que se ha mencionado antes, se refiere a publicaciones que sugieren una erosión ética en el transcurso de la formación médica y que corresponderían a un deterioro del

³⁸⁹ Organización Mundial de la Salud. Departamento de Medicamentos Esenciales y Política Farmacéutica. El debate sobre las patentes de medicamentos. En: Globalización y acceso a los medicamentos. Serie "Economía de la salud y medicamentos", No. 07, 1999. [fecha de consulta: 13 de abril de 2013]. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jwhozip47s/3.5.1.html>

³⁹⁰ ECKLES., *et tal.* *Op. cit.*, pp. 1146-1147.

desarrollo moral, o en el que no hay un avance como sería la expectativa en un proceso educativo. Al respecto, el autor de la publicación señala que hay otros artículos con posturas diferentes. En este estudio, ya se comentaron diferencias observadas en los estudiantes de primeros niveles, con aquellos que están finalizando sus estudios. Sobre este punto, en las entrevistas con los docentes se encuentran expresiones como las siguientes:

Yo si pienso que puede estarse dando, y lo ve uno a veces; a pesar que estoy en pregrado, a veces en postgrado, cuando los ve uno en internado, uno ya va viendo, hay mayores deformaciones, que uno dice "Dios mío que paso acá". P09:P13

Y en la medida en que van creciendo o se van volviendo más avanzados en su proceso educativo, piensan que eso ya no se necesita, porque como eso ya se sabe, pa' que se va hacer respeto y responsabilidad y eso otro, si yo ya sé P09:P13

Porque entre más ellos,... haber, es como un imaginario, entre más grados tengan, entre mas subespecializaciones, más maestrías, más doctorados, más distantes de las personas, como si fuera distinto el conocimiento a la bioética, y la única forma en que usted tenga un conocimiento en que pueda llamarse como tal, y que indique que su pensamiento está estructurado, es que usted tenga bioética. P09:P13

Conclusión sobre significados de los valores

Se comparten con preeminencia los valores ético-morales, por lo menos de manera nominal y teórica. Pero la capacidad de darles contenido se expresa en los actores al hablar de la dignidad, la autonomía, la justicia, el respeto, la humildad. La dignidad se entiende como la base que nos hace iguales. La autonomía tiene gran fuerza con relación a su reconocimiento en los estudiantes. La justicia predomina en su sentido de equidad. El respeto al otro implica reconocer la pluralidad y la diversidad, pero la tolerancia se cuestiona como actitud pasiva de dejar ser al otro. Muchos de los valores necesarios para una RMP ética son ideas con fuerza que surgen en los significados, pero se opacan ante el sentido de competencia y arrogancia aún tan predominantes en el medio médico, y que impregnan también las prácticas académicas, por lo que se requiere una acción formadora que le haga frente a esa influencia.

Se han adelantado procesos colectivos para identificar valores que interesan en conjunto, pero se reconocen limitaciones en la formación, pues no sólo se trata de identificarlos, sino de experimentarlos en un reconocimiento activo que implique su seguimiento, insistir en ellos y que se traduzcan en acciones que den identidad a la institución. Los valores de la ciudadanía emergen como básicos en todo el proceso educativo, pero su debilidad formativa se debe a la falta de seguimiento y de consolidar un clima institucional que los evidencie claramente en los procesos de construcción de consensos, a partir del sentido de la igualdad y la justicia. Por otra parte, los valores se representan con un sentido de transformación y cambio social, especialmente por los estudiantes al iniciar su formación médica.

Asimismo, los profesores develan la influencia manipuladora de la industria farmacéutica como un valor negativo que requiere acciones formativas claras y definidas, debido a que en la actualidad ésta se arraiga como si fuera un hecho natural entre los estudiantes y entre muchos de los docentes, como entre gran parte de los médicos. También, en los significados emerge la posibilidad que esa industria representa para investigar temáticas, que de otra forma no se haría, pero se establece que necesariamente ese proceso debe estar bajo la vigilancia y regulación de los comités de bioética.

“El sujeto de la tecnociencia es estructuralmente plural y por ello está en conflicto consigo mismo”³⁹¹. Echeverría resalta el pluralismo axiológico que se puede desarrollar en la tecnociencia y no el predominio de determinados valores empresariales y políticos³⁹². La necesidad formativa es entonces resistirse a esa imposición de dominio mediante el pensamiento crítico y basado en otros valores.

2.2.6 Las Políticas Públicas en Salud como fuente de construcción y reformulación del mundo

Abí hay un elemento fuerte, muy fuerte, porque es la forma como se concibe y se crea y yo diría que se recrea el mundo a través de la política. P06:P12

Los estudiantes participantes del estudio analizan las Políticas Públicas en Salud (PPS) en el marco de la justicia distributiva. Dicho enfoque se orienta a los derechos a la igualdad, en especial, en el acceso a la atención en salud y en la necesidad de no discriminar los grupos sociales. Entre sus significados hay reconocimiento de la discrepancia teórico práctica entre ellos mismos sobre las PPS, por las representaciones, actitudes y comportamientos en gran parte de los integrantes de la comunidad académica estudiada. Su visión de los aspectos éticos en la PPS realza también la necesidad de que éstas se ocupen del ambiente y respeten las condiciones de multiculturalidad que se aprecia como fortaleza de la población. Tanto estudiantes como docentes que intervienen en el estudio, comprenden que las directrices estatales deben ser plurales y tener en cuenta la diversidad social.

Asimismo, ambos actores académicos, profesores y estudiantes, destacan la orientación que deben tener las PPS hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y cuestionan el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) por su sentido mercantilista y orientado a la enfermedad. Conuerdan en que las PPS de ese sistema ha deteriorado la RMP debido al interés prioritario en los aspectos económicos y en la eficiencia. Entre ellos, existe la concepción de PPS como un resultado que debe producirse desde la población, según sus necesidades e inquietudes, y es desde ella que debería aportarse su orientación. Entre los docentes y los estudiantes surge también la comprensión de éstas como posibilidad de crear condiciones y recrearlas para transformar el escenario de vida de los colectivos.

La gran mayoría de los estudiantes expresaron en la encuesta que estudiar las PPS es importante. Se les solicitó que expresaran esto en un puntaje de 0 a 10 (siendo 10 el puntaje más alto). De los 321 encuestados, se recogieron 320 (99,7%) respuestas válidas que se agruparon así: los valores de 0 y 1 como ‘No es importante’, 2 a 5 como ‘Poco importante’, 6 y 7 como ‘Medianamente importante’, 8 y 9 como ‘Importante’, y 10 como ‘Muy importante’. La distribución se ilustra en la Tabla 2.20. Ningún estudiante opinó que las PPS no son importantes en la formación de los médicos.

Sobre los aspectos de las PPS (Pregunta 8 – Ver Anexo 02) que se deben contemplar en un currículo de medicina, hubo 320 respuestas válidas del total de 321. La distribución se muestra en la Tabla 2.21. La mayor parte (64.7%) optó por seleccionar la respuesta que incluía los siguientes aspectos: la justicia en la distribución de recursos de salud, el multiculturalismo, la pluralidad y la forma de participación de la definición de las PPS que definen condiciones de las relaciones asistenciales. Sólo un estudiante consideró que ningún aspecto de las políticas públicas debía estar en un currículo de medicina. Además, se destaca la consideración de la justicia que fue incluida en 261 (81.6%) respuestas válidas.

En las respuestas abiertas de la encuesta, como en las técnicas interactivas, los significados de aspectos éticos de las PPS entre los estudiantes participantes develan un enfoque hacia la justicia distributiva que evite discriminaciones en la atención. Esta se comprende como un derecho al que se debe acceder

³⁹¹ Echeverría, J. *Op. cit.*, p. 234.

³⁹² *Ibid.*, p. 236.

como ciudadano, sin discriminaciones según condiciones de género, cultura y nivel económico. Por esa razón, hay un rechazo al sentido mercantil de la salud.

Bioéticamente el sistema de salud está mal, está faltando a la ética, en el sentido de considerar la salud como un negocio
E05:P6

Tabla 2.20 Distribución de las respuestas de los estudiantes sobre el grado de importancia que otorgan a la revisión de las políticas públicas en salud durante su formación (n=320).

	Frecuencia	%	% Acumulado
Muy importante	152	47.5	47.5
Importante	121	37.8	85.3
Medianamente importante	35	10.9	96.3
Poco importante	12	3.8	100.0
Total	320	100.0	

Tabla 2.21 Distribución de las respuestas de los estudiantes a la pregunta ¿Cuáles aspectos de las políticas públicas considera que se deben contemplar en un currículo de medicina? (n=320)

Opción	Respuesta abreviada	Frecuencia	%	% Válidos	% Acumulado
Válidos	E	207	64.5	64.7	64.7
	B	54	16.8	16.9	81.6
	D	33	10.3	10.3	91.9
	C	11	3.4	3.4	95.3
	F	6	1.9	1.9	97.2
	B-D	4	1.2	1.3	98.4
	B-C	2	.6	.6	99.1
	C-D	2	.6	.6	99.7
	A	1	.3	.3	100.0
	Total	320	99.7	100.0	
Perdidos	Sin dato	1	.3		
Total		321	100.0		

Lo anterior, ha llevado a que autores como Victoria Camps manifieste que “el derecho a la protección de la salud significa que entendemos que la salud es un *bien primario* y no una mercancía que sólo podrá comprar el que tiene dinero para hacerlo”³⁹³. Pero ella reconoce que en la práctica estos procesos han sido objeto del mercado, supeditado a oferta y demanda.

Solamente por vivir en Colombia y ser ciudadano deberías tener acceso a la salud, sin que medie un carnet, sin que medie la cédula, sin que medie un pago, y en todo aspecto, no solo en atención de urgencias, sino en todo, promoción de la salud, consulta externa, prevención, en todo. E05:P6

Esa significación de la justicia distributiva, orientada en relación con la igualdad de oportunidades para acceder a la atención sanitaria, y con el reconocimiento de los derechos humanos ha sido motivo de

³⁹³ CAMPS, Victoria. 2005. *Op. cit.*, p.133.

muchas reflexiones, análisis y debates en salud pública como en la bioética, debido a que es un problema que vincula los dos campos. Además, ocurre lo mismo con la comprensión a la que se ha llegado en el acumulado teórico y práctico en bioética y salud pública respecto a la necesidad de actuar en los macrodeterminantes socioeconómicos para atender a los requerimientos de la salud en la población. Esa visión se ha incorporado desde la conceptualización de la promoción de la salud. El énfasis de los actores curriculares en los derechos humanos asociado al tema de la justicia y la igualdad tiene referentes en la OMS desde la que se ha planteado que:

El sesgo y la discriminación que dan lugar a diferencias en el acceso a los recursos y a las oportunidades en salud entre los grupos sociales son injustos. Esto se debe al papel especial que ocupa la salud en los derechos humanos: toda persona tiene derecho a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr en su sociedad (OMS, 1946). Además, la salud es un recurso necesario para conseguir otros objetivos en la vida, como una mejor educación o un empleo. La salud es, por tanto, una manera de promover la libertad de los individuos y de las sociedades (Sen, 2000).

Así pues, es importante que la sociedad organice sus recursos sanitarios de una manera equitativa, para que toda la población tenga acceso a ellos. La existencia de claras diferencias sociales en la salud y en sus determinantes (...) contradice los valores aceptados de la equidad y la justicia (Daniels, Kennedy y Kawachi, 2000)³⁹⁴.

En el campo de la bioética se ha reclamado su énfasis en los aspectos individuales y la falta de interés por desarrollar los aspectos colectivos. En ellos, señala Ferrer, los dilemas centrados en la aplicación de las tecnologías más complejas dan paso a los relacionados con los macrodeterminantes que influyen en la salud, uno de los cuales corresponde a la medicina de alta tecnología, sin que sea el único. Las evidencias demuestran la incidencia de otras fuerzas como las condiciones socioeconómicas y culturales de los individuos. Otro aspecto en esta fase es el interés por la salud y no sólo por los servicios asistenciales³⁹⁵.

Las políticas deberían estar primero orientadas no solo a atacar la enfermedad,..... no solo a enfocarse en el tratamiento, a lo que es la enfermedad, sino que debería estar enfocada a todo lo que es el sistema de prevención y promoción, pues así se supone que está escrito en la ley E05:P6

Este referente de la salud se entiende como multidimensional, lo que ha favorecido la comprensión de la incidencia de diferentes sectores, y no solo de los servicios de salud, que cada vez se encuentran más restringidos en su actuación sobre la salud. Sin embargo, no dejan de ser indispensables, pues siempre habrá que enfrentar la situación de enfermedad³⁹⁶.

En ese contexto, la justicia distributiva en salud, vinculada con la equidad, se plantea en la superación de las desigualdades que “son sistemáticas, tienen un origen social (y por tanto son modificables) y son injustas”, a las que se refiere Whitehead desde la década de los 90, con una reformulación en los últimos años³⁹⁷. En ese marco se trata de buscar una sociedad equitativa que corresponde a una sociedad *desigualmente justa*³⁹⁸, lo que se explica por la presentación de desigualdades que son inevitables, como aquellas enfermedades que se originan en problemas de orden biológico o en estilos de vida que se han elegido con libertad; éstas serían *desigualdades justas*. Marcela Ferrer observa que existe una injusta distribución de la libertad de elegir estilos de vida, por lo que no todos los integrantes de la población tienen las mismas condiciones de optar por uno determinado.

Sobre la equidad, Margaret Whitehead y Göran Dahlgren analizan:

³⁹⁴ WHITEHEAD, M. DAHLGREN, G. *Op. cit.*, 15.

³⁹⁵ FERRER LUES, Marcela. *Op. cit.*, 115.

³⁹⁶ *Ibid.*, p. 124.

³⁹⁷ WHITEHEAD, M. DAHLGREN, G. *Op. cit.*, p. 14.

³⁹⁸ FERRER LUES, Marcela. *Op. cit.*, p.120.

140 Significados sobre bioética que producen los actores del currículo de medicina de la U de A

.....El concepto de la equidad en salud implica que, en una situación ideal, todas las personas alcanzan un grado máximo de salud y ninguna se ve en situación de desventaja por razón de su posición social o por otras circunstancias determinadas por factores sociales.

Esta definición se refiere a todas las personas y no sólo a un segmento especialmente desfavorecido de la población. Las medidas para la promoción de la equidad social en la salud se dirigen, por tanto, a la creación de oportunidades y a la eliminación de barreras para que todas las personas alcancen el grado máximo de salud. Esto implica la distribución equitativa de los recursos necesarios para la salud, el acceso equitativo a las oportunidades disponibles y la prestación equitativa de apoyo a las personas enfermas.

Estas iniciativas deben dar como resultado una reducción gradual de las diferencias sistemáticas en salud entre distintos grupos socioeconómicos. El objetivo último es eliminar esas desigualdades, *desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población*³⁹⁹.

Las PPS como construcción ciudadana y posibilidad de transformación social

Entre algunos de los docentes las PPS se explican como una función esencial de la influencia de la ciudadanía, más que acciones, orientaciones y decisiones del régimen político o del Estado. Los habitantes son los que le dan sentidos a las políticas públicas. Así, su comprensión debe darse en un devenir histórico, de una situación que está viviendo una población y en ello se determina la producción de una política pública.

Yo creo que las políticas públicas deben ser construidas por la ciudadanía P03:P4

Las poblaciones de acuerdo a lo que viven, a lo que sienten, a lo que hacen, van exigiendo, van cambiando y eso es lo que genera la obtención de una política pública P03:P4

Las Políticas Públicas (PP) determinan la actuación del Estado orientada al bien común y a la generalidad de la población con transformaciones que influyen en el diario acontecer de las personas en un colectivo. Ellas contienen una concepción del mundo, que crean y recrean. La implementación de las PP requiere evaluación que integre tanto la cantidad como la calidad de las acciones y sobre esa base es que se deben tomar las decisiones. Esta es una de las falencias en el medio nacional, porque se contabiliza, pero no se atiende a las condiciones de calidad de los resultados.

El otro tema es cómo implementamos las políticas públicas y cómo nos metemos mentiras todos los días y cómo medimos el número de actividades y no la calidad de estas actividades y cómo medimos el impacto de lo que estamos haciendo P03:P4

Nos encanta hacer, pero poco evaluamos y mucho menos tomamos decisiones con los resultados de esa evaluación P03:P4

Las políticas públicas en salud en la formación del estudiante son vitales, porque así mismo vamos a reconstruir un sistema de salud obligatorio, un sistema de salud integrado que pueda ayudar a los pacientes y a los médicos a llevar una vida digna, que tengan un sistema de salud posible, un sistema de salud sostenible, y no lo que en estos momentos cursa en el país, en el mundo E11:P7

El planteamiento de los principios bioéticos es un imperativo actual para los servicios asistenciales y en la orientación del sector salud y sus políticas públicas. En relación con estas últimas, se plantea que su origen debe partir de la participación social y no como diseño vertical que surja desde un gobierno.

³⁹⁹ WHITEHEAD, M. DAHLGREN, G. *Op. cit.*, p.16.

La implementación de las PPS a cargo del Estado le genera a éste la obligación de ser justo, actuar con beneficencia entre las poblaciones en la atención en salud y al mismo tiempo respaldar y promover el respeto a la autonomía de los pacientes, las comunidades y la del personal médico para el desarrollo de su profesión. El Estado debe ser garante de los derechos de las personas que acuden a los servicios de salud. Asimismo, está requerido desde la sociedad para no hacer daño en el cumplimiento de lo que corresponde en la No Maleficencia.

La dimensión ética de las PPS está en el cubrimiento universal, sin discriminaciones, y en el reconocimiento de la multiculturalidad y la vulnerabilidad. Ésta requiere de acciones que acerquen la atención para las personas a quienes se les dificulta el acceso por condiciones sociales, culturales, económicas y biológicas. La fragilidad social, cultural y biológica dada por fenómenos como el desplazamiento, la discapacidad y la pertenencia a etnias con culturas diferentes al predominio occidental, ameritan esfuerzos para mejorar el acceso. Estas son obligaciones positivas del Estado en su compromiso con un orden justo, de beneficencia y no maleficencia con las comunidades y en el respeto a la autonomía de éstas. Las corporaciones representadas en las EPS no identifican en su esencia esta función, puesto que su orientación está dirigida a la generación de utilidades como un objetivo primordial.

La atención en salud exige cada vez más recursos y éstos cada vez se hacen más escasos, por lo que desde la perspectiva ética corresponde a los profesionales un uso racional de la tecnología y los recursos en general que están a su cargo. Al Estado le corresponde la distribución justa de ellos para que lleguen de la manera más efectiva y eficaz a las personas en la asistencia en salud. El sistema actual de este sector creó un intermediario no esencialmente necesario en la atención, que ha demostrado ser más obstáculo que favorecedor de esa distribución. Las razones están en que su valor principal no es la justicia con sentido de equidad y de suprimir desigualdades injustas, sino la libertad para obtener ganancias.

Se requiere un desarrollo ético que dinamice la legislación en pro del beneficio común. Desde la perspectiva ética del principio de justicia y una distribución que atienda las necesidades mayoritarias de la población se plantea la necesidad de revisar la organización y estructura del sistema existente. La representación de los actores consultados es que en la actualidad el país cuenta con un sistema de salud injusto, en el cual el egresado de medicina ingresa para fortalecerlo y hace parte de él como un mensajero que lo transmite, y que con su actuación permite su reproducción.

El muchacho sale a vivir y a ser parte de esa injusticia o sea..... no estamos haciendo nada como facultad de medicina para ser parte de la solución sobre eso; y ellos manifiestan desde antes de salir esa angustia de salir al sistema de salud que ofrece todas esas dificultades para ellos y para sus pacientes, de injusticia, maleficencia, otros problemas en contra, inequidad, pero el sistema ha seguido así GFCl:P6

El planteamiento de los principios bioéticos es un imperativo actual para los servicios asistenciales y en la orientación del sector salud y sus políticas públicas. En relación con estas últimas, se plantea que su origen debe partir de la participación social y no como diseño vertical que surja desde un gobierno.

En Colombia el Sistema de Salud ha cambiado la RMP

Entre los profesores y los estudiantes se destaca de forma reiterada la incidencia del actual sistema de salud en el deterioro de las relaciones asistenciales.

En el sistema de salud ya no existe un médico tratante, ya nosotros no vamos donde el médico que nos ha gustado, que nos ha parecido bueno, con el que nos hemos entendido, sino que usted llega a una EPS que le dice quien lo va a ver hoy, quien lo va a ver mañana, quien lo va a ver dentro de un mes; puedes tener, para una condición médica, para una gestación, 5 o 6 médicos distintos que lo evalúan, entonces se pierde esa posibilidad de entablar, de construir un

142 Significados sobre bioética que producen los actores del currículo de medicina de la U de A

conocimiento del otro, el paciente del médico, de saber cómo es ese médico y tener confianza, y el médico de saber qué es lo que está pasando por el ciclo vital de esa persona. Son solo momentos de encuentro, 15 minutos de encuentro, de los cuales 10 son de llenar papeleo, entonces esa posibilidad de esa construcción se va disolviendo, difuminando P11:P6

El mismo sistema que tenemos ahora desafortunadamente nos lleva a que veamos al paciente, más que un paciente como ser humano, como un cliente, y como un cliente lo atendemos en menos de tiempo; el sistema nos obliga a que no les demos la calidad, por ejemplo, de los exámenes que realmente requiera, sino los que nos permiten dar; nos obliga a que no les demos algunas cosas, que el paciente tenga que acudir a tutela para que se la puedan dar, sabiendo de entrada el médico que debería ser así, que debería dárselas; y eso lleva desafortunadamente, así no esté la propuesta curricular diseñada así, lleva a que el estudiante aprenda eso P08:P3

En ese escenario es que los estudiantes hacen sus prácticas, como un círculo vicioso en el que se no ve la utilidad de fomentar una adecuada relación, si no se va a hacer seguimiento del paciente. Sin embargo, existe el reconocimiento de que en la problemática de la RMP no podemos responsabilizar solo al Sistema de Seguridad Social, pues se identifica también un compromiso personal del profesional como resistencia posible a las tendencias del sistema que lo enmarca.

¿Qué la culpa es del sistema de seguridad social? Si, es posible. Pero igual, uno se puede inventar otros ámbitos de trabajo que no dependan de la seguridad social y negarse a trabajar para este sistema mientras sea así, o trabajar por transformarlo GFF:P11

Estos cambios actuales de la dinámica de la medicina, que definen condiciones en las relaciones asistenciales, corresponde a lo que Max Weber llamó la fase burocrática de esta profesión. Dicho planteamiento aporta elementos para entender mejor la incidencia de las políticas públicas en salud sobre la RMP y la actuación del médico en ella, que se conjugan con otros aspectos de la configuración del sistema actual de seguridad social en salud en Colombia⁴⁰⁰. Diego Gracia resalta la existencia de un grado de poder que aún le queda al médico, lo cual desde el punto de vista ético debe ser implementado en beneficio del paciente⁴⁰¹. Pero estos pensadores reconocen que gran parte del poder que tenían los herederos del carisma de Hipócrates, hoy se concentra en entidades que han cambiado muchas condiciones de la atención en salud.

Las inconsistencias teórico prácticas en los actores sobre las Políticas Públicas en Salud

Entre los profesores de las clínicas se manifestó que a la mayor parte de los estudiantes, sin ser todos, no les importaban las PP en su sentido de equidad. Por otra parte, los docentes también expresaron la existencia de indiferencia en temas éticos generales al respecto en muchos de sus pares.

Entiendo que los estudiantes tienen una formación muy específica en eso, pero uno no ve su compromiso con esto; uno no ve, es decir, eso les pasa por encima a la gran mayoría, no todos; yo no estoy diciendo que el médico tenga que mostrar altas cualidades como salubristas, de ninguna manera; pero, no sé, me da la impresión, no les interesa mucho el acceso de la población a la seguridad social, qué recursos tienen, el derecho o el principio de la igualdad, no veo que ellos se preocupen mucho por eso.P15:P3

Hasta cierto punto es una indiferencia de parte de los profesores en relación con este tema, aunque a veces uno por ahí se encuentra algunos profesores que están muy interesados, que están muy informados sobre aspectos éticos, en general no hay una intencionalidad directa de la discusión de aspectos éticos o de la enseñanza de la ética en los distintos cursos E13:P2

⁴⁰⁰ GRACIA, Diego. 1999. *Op. cit.*, pp.101-103.

⁴⁰¹ *Ibid.*, p.103.

Así, las respuestas en la encuesta representan una disociación en la mayoría del estudiantado entre lo que se reconoce y se dice, con actitudes y prácticas contradictorias con la importancia discursiva que le reconocen a la orientación justa que debería tener un sistema de salud. Sin embargo, entre ellos, y también entre los docentes, hay un grupo que es sensible a la perspectiva social, muestran inquietud porque las PP sean equitativas, y por tanto, no discriminatorias; es así, como entre los estudiantes, hay quienes construyen perspectivas de las PP con sentidos de transformación que concuerdan, como en la frase del epígrafe de este aparte, con representaciones que se producen entre varios de los docentes.

2. 3 Conclusiones sobre los significados que producen los actores del currículo de medicina de la Universidad de Antioquia

La bioética está débilmente integrada al currículo, lejos de ser interdisciplinaria. Se promueve más por iniciativa de algunos profesores y estudiantes, pero sin directrices institucionales claras. Su representación se significa en un amplio campo, aunque entre los estudiantes se tiende a restringirla al ámbito de la RMP o al de la investigación. El desarrollo de la bioética es tan incipiente que ni siquiera los principios bioéticos clásicos son reconocidos por gran parte de la comunidad académica. Sin embargo, no hay una idea fuerte que la relacione con la religión. El estudio muestra que hay necesidad sentida entre los actores académicos de fortalecer y desarrollar este campo en el currículo, pero con un enfoque pedagógico y unas didácticas que cautiven los estudiantes y los profesores en su utilidad y aplicabilidad para la vida profesional y personal. Ese desafío tiene la disponibilidad de un reconocimiento discursivo fuerte, pero debe superar la incongruencia de la valoración en los comportamientos.

El enfoque pedagógico en la bioética deberá incluir conocimientos, habilidades, actitudes, comportamientos, prácticas, comunicación y valores. Debe interesarse por los aspectos individuales y colectivos. La RPEP es un aspecto que debe fortalecerse en las orientaciones pedagógicas con desarrollos que evidencien al paciente como sujeto activo en su participación en los procesos pedagógicos, en el aporte de su experiencia vital en el proceso salud enfermedad. También, es necesario transformar las interacciones que se producen con los Otros para superar el paternalismo propio de las sociedades pre-modernas en la construcción de relaciones más democráticas en las vivencias cotidianas. Por otra parte, falta vincular la bioética con los temas de salud pública como posibilidad de transformación social. Ello lleva a identificar el cambio que es necesario no solo en los programas micro, meso y macro-curriculares explícitos, sino también en el *sistema formador*.

En el próximo capítulo se visibilizarán los encuentros y desencuentros entre los significados que se produjeron entre los actores participantes en esta investigación con la orientación pedagógica impartida en la institución, en que se desarrolla el currículo que se tuvo en cuenta en el estudio.

3. Encuentros y desencuentros entre los significados sobre bioética que expresan estudiantes, profesores y directivas y la orientación pedagógica del currículo de medicina de la Universidad de Antioquia

En los anteriores capítulos se analizó el currículo, en su orientación pedagógica, desde la perspectiva de la bioética y se develaron significados de los actores académicos de medicina de la U de A. Éste se propone visibilizar los encuentros y desencuentros entre la OP y los significados sobre bioética que expresaron los estudiantes y los profesores. De estos últimos, algunos se manifestaron mientras estaban en calidad de directivos. El análisis de estos encuentros y desencuentros será considerado, con sustento en este estudio y la bibliografía revisada, en el marco de las conclusiones siguientes:

La bioética se requiere en la formación médica con integración curricular interdisciplinaria, que articule la fundamentación y la profesionalización, y en su capacidad de generar y estimular cambios en la práctica médica, en el desarrollo moral de los estudiantes y los docentes, y en las políticas públicas en salud.

Este planteamiento en su parte inicial, de reconocimiento a la necesidad de incluir la bioética en el currículo, acerca a la mayoría de los actores curriculares con la OP, aunque en la práctica se generan discordancias de parte de ambas fuentes. En el discurso los argumentos se orientan a comprender la relevancia y la necesidad de que este sea un campo incorporado a la formación de estudiantes de medicina. Pero la subvaloración de estos enfoques que predomina en el medio social en que habitan, los induce a la inconsistencia y a la falta de coherencia con estas representaciones, aunque con excepciones que tratan de buscar superar esa situación.

Entre los profesores y los estudiantes, es corriente que el contexto marcado por un sistema de salud que margina este campo se convierta fácilmente en la excusa que justifica la omisión de esta dimensión de la profesión y de la vida actual en general. Sin embargo, hay un grupo significativo de profesores y estudiantes que buscan ser consecuentes con sus convicciones bioéticas, tanto en su discurso como en la práctica. Entre ellos mismos surge la revelación de que no encuentran en muchos de sus pares un interés bioético que se refleje en las experiencias curriculares. Además, se evidenció que un grupo minoritario entre los estudiantes considera que este campo es opcional en su formación médica, y se aparta de considerar la bioética como esencial e indispensable para el desarrollo personal, de la vida y de la medicina.

Con respecto a la OP también hay fracturas entre el reconocimiento discursivo de la bioética como necesidad curricular y la configuración de una dinámica sólida que promueva ese campo con una base colectiva y como fundamento esencial de la formación médica. Las fisuras entre el reconocimiento simbólico y los hechos se manifiestan en que la bioética en el desarrollo curricular es incipiente y débil en la visión de los estudiantes, los profesores y en la OP; esta no corresponde con las necesidades de formación que se plantean en las tendencias del pensamiento humano más avanzado en el ámbito latinoamericano y en el mundial. Se requiere la promoción de la bioética desde una política curricular institucional que supere la intencionalidad aislada de algunos docentes y estudiantes de la Facultad. En la OP, la bioética está aún frágil y faltan desarrollos teóricos al respecto en la fundamentación curricular. Se cuenta con las competencias genéricas que fueron identificadas en relación con ese

campo, pero les falta ampliación y desarrollo para su real aplicación en un currículo bioético integrado con claridad en los objetivos, didácticas y evaluaciones.

Los actores curriculares se expresan en la necesidad de claridad institucional para que se incluya la bioética como construcción colectiva y con ello obtener la fuerza que permita enfrentar las fisuras discursivas y prácticas. El grupo de docentes y estudiantes con sólidas convicciones se constituyen en la base para promover el desarrollo integral y teórico práctico de la bioética.

Hasta ahora, en la OP no se había identificado el estado actual de la bioética en el transcurso del currículo. Es así como entre los profesores y los estudiantes de medicina se plantea un desconocimiento fuerte al respecto. Es un desencuentro tanto de la OP como de los actores frente a la bioética en el desarrollo curricular, que se desenvuelve en forma fraccionada y sin comunicación de los docentes encargados.

De otra parte, en los sentidos que los actores encuentran en la bioética, se denota la expectativa ante la capacidad de intervención de ese campo en ámbitos que consideran necesario cambiar. Ello es consistente con planteamientos de bioeticistas latinoamericanos⁴⁰² que han planteado una bioética fuerte, transformadora y de intervención frente a la realidad social de crecientes desigualdades sociales. Esa corriente bioética se diferencia de aquella que se identifica como principalismo anglosajón y clama porque no se despolitizen los conflictos morales.

En particular, las expresiones de los estudiantes y los profesores participantes se orientan a interpretar las Políticas Públicas en Salud como punto nodal para cambiar la realidad del sistema de salud. Esa visión también se corresponde, en su inquietud por la equidad, con:

“Una propuesta que, quebrando los paradigmas vigentes, reinaugure un utilitarismo reorientado a la búsqueda de la equidad entre los segmentos de la sociedad. Capaz de disolver esa división estructural centro-periferia del mundo y asumir un consecuencialismo solidario que encuentre la superación de las desigualdades. Una propuesta que traiga la igualdad para los seres humanos dándole al ideal de humanidad su dimensión plena”⁴⁰³.

En los valores, la identificación de la ética cívica, y en ella de la ciudadanía y la responsabilidad social que debe caracterizar a los médicos, los denota en su capacidad de promover cambios en dichas políticas. Pero las transformaciones que se requieren también tocan con las visiones, actitudes y comportamientos que se desarrollan en las interacciones con los pacientes, sus familias y las comunidades en el marco curricular.

Por otra parte, entre los docentes se resalta que la formación bioética se debe reflejar en mejor calidad de la atención. Este planteamiento coincide con formulaciones efectuadas por autores bioéticos⁴⁰⁴ y tiene que ver con la superación de una atención enfocada de manera reduccionista en la dimensión biológica de los seres humanos, sin atender otras como su condición psicológica, cultural, social y moral. Esta limitación llega a reflejarse también en la falta de pertinencia del enfoque técnico científico, pues no se trata de compartimentos que se puedan independizar al enfrentar la condición humana en los procesos de salud y enfermedad.

⁴⁰² GARRAFA, Volnei y PORTO, Dora. Bioética, poder y injusticia: por una ética de intervención [en línea]. [Fecha de consulta: 24 de octubre de 2012] Universidad del Museo Social Argentino. Disponible en: <http://www.bioetica.org/umsa/biblioteca/volnei.htm>

⁴⁰³ *Ibid.*

⁴⁰⁴ OUTOMURO, Delia. *Op. cit.*, pp. 19-29.

Hay que observar que la interdisciplinariedad es una de las características que se reconocen ampliamente en la bioética y, por otra parte, es uno de los principios que se plantea en la fundamentación general del currículo de medicina objeto de este análisis. En relación con ésta, entre los estudiantes se reclama la vinculación de la bioética tanto con las humanidades, para su fundamentación teórica, como en la práctica académica. Ésta incluye la práctica clínica y aquella en que se acercan a las comunidades desde un enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Habría que establecer la necesidad de incorporarla o fortalecerla en la relación con el ciclo vital de los seres humanos, en los procesos de salud y enfermedad y en las temáticas del ambiente, la salud pública, la acción comunitaria en salud, la seguridad social, la investigación y el genoma humano. Estos ámbitos están estructurados en áreas y núcleos problemáticos en el currículo que se analiza (Ver tabla 1.2).

La bioética en el desarrollo curricular requiere una construcción colectiva, que supere la iniciativa individual con el respaldo de un trabajo grupal que se encargue de promover la sistematización y la deliberación ampliamente participativa, en la que se debe incluir la voz de los pacientes y las comunidades que intervienen en los procesos formativos.

La representación de una construcción colectiva respaldada en un trabajo grupal emerge de la OP y se corresponde con aquellas que se develan entre los docentes. Desde la primera, esta se reconoce como una necesidad que no fue posible en los primeros 10 años, en que la expectativa era contar con un grupo institucional encargado de sistematizar, promover y seguir la bioética en el currículo. Entre los profesores, vuelve a surgir esa inquietud al considerar que sigue siendo pertinente y necesaria. En los estudiantes se mantiene un imaginario de una construcción que esperan ver elaborada por los docentes, debido a que aún es muy débil su representación sobre su incidencia en los cambios curriculares, por lo que en este punto hay un desencuentro con ellos/as.

Las dificultades para integrar un equipo de trabajo, que se encargara de promover y sistematizar la bioética en el currículo, se presentaron por el escaso número de docentes formados en el campo y la falta de vínculos comunes que les permitieran trabajar conjuntamente y proyectar el trabajo grupal y colectivo en los objetivos, metas y logros institucionales. La bioética se ha desarrollado en el currículo a partir de iniciativas individuales de los docentes, que han planteado sus experiencias y su formación en el ofrecimiento de contenidos que no conforman un eje articulado, sino que han evolucionado en forma segmentada entre sí, sin integración horizontal y vertical. Con su entrada o con su salida de la institución, los docentes traen o se llevan bagajes personales que desarrollan en los cursos, sin una construcción colectiva que asimile y potencie los aportes individuales en una verdadera corriente de pensamiento que afirme y fortalezca unas ideas formativas claras sobre la bioética. La conformación de un grupo en los últimos años trata de superar la fragmentación, pero aún le falta proyectarse en la generación de un movimiento bioético con fuerza entre profesores y estudiantes, con el suficiente respaldo de las directivas institucionales y que considere la participación de los pacientes y las comunidades que intervienen en los procesos educativos.

También debe observarse que de acuerdo con las características propias de la bioética, como campo plural e interdisciplinario, y en la búsqueda de relaciones más democráticas y emancipadoras, su articulación e integración en el currículo debe corresponder con los aportes basados en la deliberación con amplia participación. La visión individual que no se contextualiza en un sentido colectivo, impide la generación de un movimiento bioético curricular con impacto en la formación de los estudiantes y en la atención en salud de las personas, en el marco de relaciones democráticas y cooperativas. Desde la bioética, la construcción colectiva es deseable e indispensable. La participación de los pacientes con su voz en las orientaciones de un currículo bioético, es una limitación de este estudio al no haberlos indagado. En futuras investigaciones deben considerarse los significados que ellos/as se representan en las relaciones que se establecen en el marco curricular.

Otro aspecto que debe tenerse en cuenta, además de los procesos de formación bioética a los docentes, aspecto que se resalta en varias publicaciones mencionadas, es que se requieren *puestas en común* e integración entre los profesores para intercambiar experiencias y reflexiones que aporten en la elaboración conjunta de directrices pedagógicas, tanto en el ámbito institucional como en el interinstitucional.

Una orientación bioética en el currículo debe promover que los docentes encargados de esos contenidos se articulen para un desarrollo integrado y con capacidad de vincular las propuestas de los estudiantes, los otros docentes, los pacientes y las comunidades. Por más geniales que sean las ideas y actuaciones individuales, les falta el arraigo que producen los diálogos, las redes que vinculan las ideas y los esfuerzos y la depuración que produce la deliberación. De esa manera, las instituciones formadoras tendrán bases comunes con otras experiencias, que recogen avances indiscutibles en el pensamiento humano, pero también tendrán particularidades que las definen con una identidad propia.

Así, los currículos se tienen que ocupar de generar movimientos bioéticos que permitan la deliberación hacia la construcción de consensos, con una visión dinámica y evolutiva, para no congelar las propuestas con el riesgo de volverse impertinentes en medio de sociedades que constantemente están cambiando. Las instituciones formadoras se equivocan si la bioética curricular está a cargo de individuos sin vínculos que asumen ese campo desde su formación y experiencia, pero sin la fuerza que brinda el sustento de elaboraciones conjuntas y participativas. Por esa razón, es indispensable que desde los currículos, la orientación pedagógica empiece por convocar, motivar y respaldar el trabajo de grupo y colectivo para promover la bioética en su dinámica formativa y propositiva para la salud de la población.

Los procesos de consolidación de la formación bioética en un currículo de medicina implican el desarrollo docente en ese campo, más allá del enfoque de expertos, como una dimensión esencial del ejercicio de esa profesión.

En el marco de una construcción colectiva, y en consonancia con autores del campo bioético, los participantes del estudio y la OP coinciden claramente en que es indispensable formar a los formadores. Se devela la existencia de un alto grado de insolvencia al respecto que se proyecta en un vacío curricular. Aunque existan contenidos de bioética en el plan de estudios, es evidente su debilidad por la fragmentación y atomización, y superarla implica el reconocimiento de esta dimensión de la profesión y la vida actual, para que sea incorporada en la fundamentación y en las distintas prácticas académicas, y no sólo como un contenido especializado que desarrollan unos expertos.

En el campo de la bioética hay experiencias avanzadas que pueden ser referentes de aprendizaje, en lo que corresponda y se encuentre pertinente por los actores curriculares, para la implementación de un programa bioético de reflexión y formación de los formadores. El avance sensible de ese proceso requiere ser fortalecido con un programa que logre posicionarse en la unidad académica, a partir de recoger condiciones y necesidades particulares de los docentes.

La falta de reconocimiento de los principios bioéticos se devela tanto en la OP, como en los significados de los participantes, quienes por tanto no desarrollan un pensamiento crítico, creativo y propio al respecto. Otros aspectos relevantes para la formación docente tienen que ver con el enfrentamiento de los dilemas bioéticos y la necesidad de reformular la visión de los pacientes, las familias y las comunidades, para que sean partícipes activos, no marginales, del desarrollo curricular. Hay que superar la idea de que son objetos de estudio para comprenderlos como sujetos con capacidad de determinación y autonomía. Un programa formativo debe vincular los nuevos sentidos en las relaciones con los otros, a partir del desarrollo moral y ético que plantea la modernidad, con lo que la humanidad ha venido construyendo hasta ahora.

El aprendizaje significativo y estimulante de la bioética requiere estrategias pedagógicas con fuerte componente deliberativo y de aplicación práctica que facilite la intervención y participación de cada uno de los estudiantes.

Los estudiantes significaron el desarrollo curricular de la bioética en la necesidad de fortalecer las estrategias pedagógicas, con capacidad de generar interés y lograr ser significativas en la integración teórico práctica, en los conversatorios y diálogos, la modalidad de los pequeños grupos como el ABP y el Ejercicio Clínico Observado y Estructurado (ECOPE). Ellos y ellas comprenden el interés de la bioética como fundamento del ejercicio médico y requieren vincular, mediante ese campo, los valores, los principios, las normas y en general las orientaciones que se derivan de su estudio, con los eventos cotidianos en que se desenvuelve la práctica corriente.

Los estudiantes se distancian de un conocimiento teórico y especulativo que no se conecte con la experiencia concreta. A ellos los estimula la interacción que les posibilita ejercitarse en la argumentación para enfrentar casos reales, y su expectativa es avanzar en la identificación de salidas a los desafíos de la profesión. Desde la bioética, la motivación se debe ampliar a la consideración de que el campo de acción de ésta desborda ese ámbito para interrogarse, y tratar de aclarar en lo posible, las cuestiones éticas de la *vida en general*.

En la OP se intenta desarrollar estrategias pedagógicas innovadoras, pero para hacerlas efectivas en la bioética falta la claridad que aporta, no solo el *cómo* enseñar y aprender, sino también el *qué, por qué y cuáles* contenidos. Se resalta la fuerza que se expresa sobre todo de los estudiantes en este planteamiento, frente a lo que necesita un reconocimiento mayor para atender esa necesidad desde la OP y los docentes. Hay que observar que entre estos últimos hay inquietudes y aportes por varios de sus integrantes que proponen fortalecer estrategias como el ABP y la simulación.

Las directrices académicas se plasman en diversas metodologías didácticas, pero entre los estudiantes se plantea insatisfacción con esas estrategias y llaman la atención para que se revisen y sobre todo se integre lo teórico y lo práctico. Este último punto es de particular sensibilidad para que la bioética logre ser de interés para ellos/as.

Esa expresión de la relevancia que atribuyen los estudiantes a las estrategias didácticas para la enseñanza aprendizaje de la bioética, es una diferencia notoria en los significados que ellos producen con relación a los docentes y a la OP. Encuentran que requieren la fundamentación, pero rechazan su aislamiento del ejercicio práctico que se acoge a las características de estos estudiantes cuya motivación está sobre todo en la actuación.

Además, se percibe que hay escaso tiempo dedicado a la bioética. Se interpreta que no es cuestión de incrementar la duración de estos contenidos que desfasarían la capacidad de respuesta de los estudiantes, sino que se trata especialmente de su articulación y la integración con otros saberes. La interdisciplinariedad que requiere este campo, y que se propone explícitamente el currículo, puede asimilar la bioética en relación con otros saberes, sin que sea necesario un nuevo curso en el plan de estudios obligatorio, pero se reiteró que debe visibilizarse esa representación como lo son otros saberes en la formación médica.

La bioética debe integrarse al currículo como eje transversal, con componentes definidos en contenidos, objetivos, didácticas y evaluaciones, para evitar que se diluya en su carácter continuo, de manera interdisciplinaria y plural, sin dogmatismos y con la apertura a discusiones y argumentaciones.

Este aspecto débil en la OP por su falta de desarrollo en la fundamentación teórica del currículo, es relevante en las concepciones de los actores que insistieron en el carácter continuo de la bioética en los procesos formativos. Pero estos a su vez clamaron porque se establecieran los componentes pedagógicos que visibilizan y permiten concretar los contenidos en el currículo. Hubo una visión convergente de profesores y estudiantes al respecto. Se destaca el carácter público de la universidad con una visión abierta de la bioética a los diferentes enfoques frente a los dilemas. Ni en la OP, ni entre los actores, con escasas excepciones, hay confusión entre la bioética y la religión.

Así, una construcción colectiva debe considerar incluir en las áreas curriculares los contenidos siguientes: contexto histórico en que surge la bioética, ¿qué es y qué alcance tiene la bioética?, los principios y los valores, las declaraciones internacionales, los juicios morales y los procedimientos para abordarlos, los derechos de los pacientes, los comités de bioética hospitalarios y de investigación, el consentimiento informado, la bioética en las comunidades, la bioética en la salud pública, las relaciones asistenciales, los derechos humanos, la deontología profesional, la toma de decisiones y los dilemas bioéticos, la influencia de la industria farmacéutica.

Los objetivos deben comprender capacidades cognitivas, habilidades, actitudes, comportamientos y valores. En las habilidades, los estudiantes y los profesores resaltaron la comunicación como aspecto clave en el desarrollo práctico de la bioética. Desde ella se insiste en la capacidad de la deliberación, que en un currículo se debe retomar en distintos momentos durante el transcurso formativo, para fortalecerla en cada uno de los estudiantes, tanto en su propia conciencia, como en las interacciones que experimenta con los otros.

La bioética en la formación médica brinda una perspectiva individual y colectiva, que se extiende a la consideración de la vida en general, y vincula los aspectos éticos de las ciencias de la vida con la clínica, las humanidades, el estudio ambiental, la salud pública, la epidemiología y la biología.

La OP de manera fragmentada enfatiza en la dimensión individual de la bioética, en la fundamentación y en la profesionalización, relacionada con los aspectos clínicos, legales y deontológicos. A pesar de elaborar de manera amplia la consideración poblacional de las políticas públicas en el cuestionamiento al Sistema de Seguridad Social en Salud, no articula la bioética de manera explícita a ese campo, ni con los temas ambientales, ni con la epidemiología clínica. Así, el consentimiento informado se revisa especialmente en el ámbito asistencial, pero poco revisan sobre éste en la investigación.

Los docentes y los estudiantes develan representaciones que proyectan la bioética en el campo individual y en el colectivo, como posibilidad de cambio y renovación, entre ellos el alcance del derecho fundamental a la salud en nuestro país. Éste lo comprenden disociado del ámbito del mercado que fundamenta el sistema actual de salud en el país, y en términos de oportunidades, para acceder a la atención como a las condiciones de vida favorables, que les permita a los ciudadanos obtener el más alto nivel de salud posible.

Las políticas públicas en salud se valoraron desde la justicia y la equidad, tanto en la OP como entre los actores curriculares, pero con fisuras que van desde el reconocimiento discursivo a la práctica vivencial. Se halló que la OP tuvo cuidado de elaborar un referente teórico sobre la estructura y organización de las instituciones en salud, frente a las que destacó la necesidad de avanzar en un acceso equitativo y cuestionó la centralidad de estas en los factores económicos.

La situación actual de la bioética en el currículo que se está analizando, permite establecer que es necesario incorporarla a la revisión de las políticas públicas. Éstas se estudian en relación con temas de salud pública, que en el currículo en cuestión se incluye en la fundamentación, una de cuyas áreas es

Salud y Sociedad; además, en la profesionalización las políticas públicas se revisan en áreas problemáticas, que incluyen contenidos sobre el SGSSS, organizadas en torno al ciclo vital. En la actualidad, la bioética se revisa en relación con algunos temas de biología, específicamente referidos al genoma humano, pero no se asocia con los temas ambientales y en los contenidos de la epidemiología.

El deterioro de la Relación Médico Paciente en el contexto de las Políticas Públicas actuales, fue un significado fuerte y reiterado tanto en la OP como entre los actores curriculares. Hay consenso en el retroceso que ha sufrido la RMP como encuentro de seres humanos, a una interacción que se caracteriza por un escenario cada vez más de tipo contractual, formal, que se centra en procesos administrativos y relega las necesidades del paciente a asuntos que se manejan como datos fríos, ausentes de la vivencia de quien los representa, con un enfoque de su valor traducido en recursos económicos.

En este planteamiento, sobre la perspectiva individual y colectiva que debe brindar la bioética en la formación médica, hay que recoger de nuevo la bioética transformadora y que interviene.

“En este sentido, la "hard bioethics" defiende como moralmente justificables, entre otros aspectos: a) en el campo público o colectivo: la priorización de políticas y toma de decisiones que privilegien al mayor número de personas y por el mayor espacio de tiempo posible, en perjuicio de ciertas situaciones individuales, aunque considere excepciones puntuales a ser discutidas; b) en el campo privado o individual: la búsqueda de soluciones viables y prácticas para conflictos identificados como propios del contexto donde se originan”⁴⁰⁵.

El currículo de medicina para corresponder con las necesidades actuales debe replantear y revisar de manera continua la relación médico paciente, proyectada a las familias y las comunidades, con los aportes de la bioética a partir del desarrollo de los derechos humanos y los valores que cualifican esas interacciones.

Las renovaciones curriculares en medicina deben no solo revisar y replantear la función del estudiante como agente activo en la producción de su conocimiento, sino que también deben reformular la función del paciente en el marco curricular, con proyección a las familias y las comunidades.

Los aspectos bioéticos de la RMP en el currículo objeto de este estudio representa actualmente un desencuentro con el desarrollo moderno de las relaciones humanas, basadas en el derecho a la libertad y a la autonomía. Hay debilidad notoria en la fundamentación curricular que se deriva de la OP sobre el reconocimiento del paciente como sujeto activo en sus determinaciones y en su relación con los estudiantes y los docentes.

Se referenció el empoderamiento de los usuarios en los servicios de salud, aunque no se reivindicaba el mismo para el escenario de la RMP, en el cuestionamiento claro al enfoque paternalista que entre los actores se reconoce como el que predomina actualmente. La expectativa que surge entre los docentes es construir una nueva tendencia teórico práctica al respecto, con un escenario de práctica académica que permita a los profesores y a los estudiantes un encuentro con los pacientes, que resista la intromisión de las empresas con intereses centrados en lo económico y que desfiguran la RMP. Esto posibilitaría al estudiante contrastar los dos modelos y cuestionarse desde lo ético por la conveniencia de los valores referentes. El propósito es que la deliberación y el diálogo sobre el enfoque de la RMP lleven a fomentar los principios bioéticos y los valores de la confianza, la confidencialidad y la intimidad.

En la OP se llega a analizar la persona que consulta como un 'usuario' que toma decisiones autónomas, sin que sea consistente, coherente y una idea con fuerza que se proyecte a las relaciones asistenciales en general. Los actores participantes de este estudio no se identifican con el término

⁴⁰⁵ GARRAFA, Volnei y PORTO, Dora. *Op. cit.*

‘usuario’ por su sentido más cercano al de cliente y a las empresas de otro tipo distinto a salud. Por ello, aunque identifican limitaciones en el significado del término ‘paciente’, aún creen que no es superado por otros que represente un sentido integral de la persona que busca ayuda asistencial.

En la RMP falta correspondencia entre los actores y la OP. Para aquellos, es un núcleo fundamental del desarrollo médico. En la OP faltó el análisis de esa interacción y sus variantes históricas. La categoría *mundo de la vida* con un enfoque holístico fue insuficiente para explicar los valores y los derechos que hoy fundan una nueva RMP.

La renovación curricular se enfocó en el estudiante para darle protagonismo y comprenderlo como sujeto activo con capacidad de construir su conocimiento. Pero no se le dio la relevancia necesaria a la triada que entra en juego en la formación médica, que incluye al paciente, el estudiante y el profesor. Está pendiente el reconocimiento de los/las pacientes como sujetos con capacidad de agencia en la toma de decisiones e influencia en los procesos en que interactúan.

Entre los estudiantes y docentes participantes se reconoce en gran parte la debilidad del respeto a la autonomía del paciente como una identidad institucional, aunque algunos docentes y estudiantes la valoran y la promueven en la práctica asistencial. Pero hay una orientación pedagógica que no cuestiona explícitamente el paternalismo médico y no promueve abierta y en forma clara una interacción democrática en las relaciones asistenciales. Esto representa un desencuentro de la institución y de gran parte de los actores curriculares con el desarrollo de la bioética, aunque estos reconocen la necesidad de avanzar en la superación de este aspecto.

Hay una tensión que se devela en el estudio en gran proporción de los estudiantes referente a la discriminación y falta de reconocimiento a los derechos de los pacientes. También entre los docentes, se expresa ese sentido al llamar la atención especialmente cuando se está en la situación de ser ‘paciente’. La reformulación de las relaciones asistenciales se debe plantear en el marco curricular en la consideración de la particularidad que conlleva la simultaneidad de procesos educativos. Por eso se devela la existencia de la relación paciente, estudiante y profesor, como triada de iguales, que se constituye en un fundamento que debe atenderse en un currículo.

Los temas sociales asociados con bioética son de gran interés en la OP y en los significados también emergen con fuerza, sobre todo en la categoría de las PPS. Hay consenso frente al sistema de salud y su incidencia negativa en la RMP. Así, también hay coincidencia en que el sistema de salud no debe estar centrado en los factores económicos. Es la oportunidad para desarrollar el principio de justicia en la formación de los estudiantes en los contenidos sociales y relacionados con las PPS.

En los documentos escritos que fundamentan la renovación curricular, hacen una aproximación a la necesidad de la práctica académica comunitaria e incluso se relacionan experiencias universitarias de otros países que se resaltan. En los significados, esto es muy débil y es necesario promover esa intervención práctica desde la bioética, en su sentido de ética cívica en la búsqueda de mayor justicia distributiva, como en la fuerza que debe tener un sistema en su actuación en promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Otro de los aspectos para enfocar desde la bioética en el trabajo comunitario es el valor de la autonomía de las comunidades en su desarrollo colectivo, en el reconocimiento a su capacidad de tomar decisiones y aportar a los procesos formativos con sus experiencias y las reflexiones. Esa autonomía comunitaria debe ser ámbito propicio para el desarrollo autónomo de sus integrantes para que sea democrática, pero ese referente individual también requiere el colectivo, si se valora la solidaridad y la convivencia en el marco de una ética cívica.

Los valores en el currículo de medicina se relacionan⁴⁰⁶ en las distintas dimensiones de los propósitos de formación: cognitivos, formativos, socio-interactivos y académico – profesional. Ellos requieren plasmarse en acciones concretas que se reconozcan con un seguimiento de los que se comparten y que se configuren tendencias en la vida institucional, identificadas claramente por los estudiantes.

En las diferentes fuentes consultadas hay convergencia al plantear la formación integral basada en valores. La OP acogió ese enfoque especialmente al formular los propósitos de formación y la visión curricular. Se puede establecer que los estudiantes y los profesores participantes comparten con la OP la importancia y la preminencia de los valores morales en el currículo de medicina. Sobre estos elaboran contenidos simbólicos de varios de ellos, especialmente la autonomía, la justicia como equidad, el respeto, la tolerancia, la solidaridad, la responsabilidad y la honestidad.

La autonomía se ha referido hasta ahora especialmente a los estudiantes, en quienes se enfocó el cambio curricular para fortalecerla. La tolerancia fue identificada en la OP y entre los docentes, con tensiones que se expresaron entre los alumnos por ser este valor limitado a un 'dejar ser', interpretado como indiferencia. Su visión encuentra de mayor envergadura moral el de respeto a las personas.

Por otra parte, entre los actores curriculares y la OP se comparten valores políticos que se identifican como propios de la ética cívica, con énfasis en la ciudadanía y la democracia. En relación con ello, hay que insistir en reconocer la incongruencia existente en su falta de desarrollo en las interacciones clínicas, lo que se convierte en un objetivo para lograr desde la bioética. Además, entre los profesores se encuentran inconsistencias en los procesos cívicos institucionales por la escasa capacidad para desarrollar estos valores mediante una deliberación amplia y de iguales, con intercambio de argumentos basados en la fuerza de sustentación y no en jerarquías pre-establecidas.

En los valores sociales relacionados con los pacientes, también se develó la debilidad de la confidencialidad en el ámbito académico, lo que se hace necesario enfrentar, porque este permite garantizar el derecho a la intimidad, una necesidad de los seres humanos, y facilita la confianza, tan estimada por los pacientes en las consultas asistenciales. Esta dificultad fue resaltada especialmente desde los estudiantes y no encuentra fuerza en las representaciones expresadas en la OP, con lo que se destaca la necesidad de fomentar estos valores que son también derechos de las personas en el ámbito de la atención.

El estudio muestra que ha existido un interés por incorporar los valores en el desarrollo institucional, recogiendo de los miembros aquellos que consideran importantes, para hacerlos parte de la visión curricular, como de los planes que orientan la institución. Esto se reconoce por los participantes del estudio, pero las representaciones de muchos docentes es que tienen restricciones para formular la influencia de los valores en general. Las razones que se develan tienen que ver con la falta de seguimiento de sus tendencias en la vida institucional, lo que incluye la formación de formadores. Por otra parte, se destaca que no es suficiente identificar los valores, pues se trata de implementarlos en las prácticas pedagógicas y establecer la forma de su evaluación.

La arrogancia es un valor negativo que sobresale con fuerza, como algo que interfiere en la convivencia de los estudiantes y que se identifica como notorio en el ejercicio de la medicina y como necesidad de ser superado. En contraste, se plantea el deseo de fortalecer lo que se representa como

⁴⁰⁶ Javier Echeverría en su texto sobre la revolución técnico científica, en el capítulo sobre axiología de la tecnociencia, (referenciado en este estudio) expresa que los valores se co-implican, y explica que: "En lugar de considerar cada valor por separado (atomismo axiológico) y aceptar que tiene un sentido *per se*, partimos de la hipótesis de que los valores se aplican conjuntamente, de modo que al valorar un aspecto también ponemos en juego otros valores"

‘humildad’, con un contenido cercano a lo que es la sencillez y la disponibilidad a la cooperación, como una forma de enfrentar la arrogancia. En la OP se destacan los valores de la libertad, la creatividad, la lealtad y la autonomía. Es de subrayar que se vinculan continuamente en las distintas dimensiones de la formación integral: cognitiva, académico-profesional, sociointeractiva y formativa.

En todas las fuentes se consideró que los valores fluyen de tal manera que unos y otros están en constante relación. Por ello sus planteamientos se pueden asumir desde las formulaciones de Javier Echeverría sobre la axiología de la tecnociencia, en su carácter sistémico, en el que se reconoce la transferencia de valores de otras actividades sociales a la actividad tecnocientífica y reciprocamente⁴⁰⁷. Lo anterior implica que cada valor no se estima en forma independiente, sino en conjunto con otros. Por esa razón, Echeverría se refiere a los sistemas y subsistemas de valores. Además, se recoge como lineamiento propuesto para este contexto curricular, su planteamiento de que en el marco de aplicación de la tecnociencia no se puede rechazar la diversidad de valores existentes. El propósito es establecer los valores compartidos que orienten los conflictos que se presentan entre estos. Habrá que tener en cuenta que tienen un carácter histórico y por ello deben ser seguidos y evaluados.

El propósito debe centrarse en unos valores prioritarios que se promuevan y se les haga seguimiento y difusión por medio de campañas, en objetivos y evaluaciones concretos de algunos cursos en que se puedan evaluar de manera formativa. Estos pueden incluir el portafolio, la autoevaluación y la evaluación por pares, con acompañamiento docente. En este/a queda la responsabilidad que implica la fuerza del ejemplo en la que se espera la mayor coherencia entre lo que se proclama y se hace.

La formación bioética debe desarrollar un pensamiento crítico basado en la deliberación que permita fortalecer la autonomía, la toma de decisiones, la participación activa en promover políticas públicas justas y enfrentar la influencia dominante de la industria farmacéutica entre los profesionales de la medicina.

Esa incidencia de la industria farmacéutica que busca tener injerencia en los contenidos académicos es un valor negativo en el que hay correspondencia entre la OP y los profesores participantes en este estudio quienes develaron una fuerte influencia de esa fuente, que impregna la vida de los profesionales médicos de una manera sensible, que no se cuestiona en la cotidianidad.

Los eventos académicos efectuados con un esfuerzo financiero de la unidad académica, para que sean realmente independientes, se corresponde con los planteamientos entre los participantes del estudio que identifican la necesidad de enfrentar, desde la ética, la incidencia que buscan tener las grandes corporaciones farmacéuticas. La promoción de un pensamiento crítico es clave para lograr motivar la capacidad de cuestionamiento que evite la manipulación acrítica frente a esa influencia. Su consolidación se da mediante el aprendizaje de la deliberación que confronta desde el ámbito personal hasta el grupal y colectivo con los distintos incentivos indebidos que tratan de manipular la voluntad y las ideas. Éstos se extienden por la vida corriente del ejercicio profesional y de la investigación, con apariencia de algo natural y corriente que hay que interrogar de manera continua.

El clima institucional y el ejemplo profesoral son componentes esenciales del *sistema formador* en la bioética

Falta que la OP considere el clima institucional como proceso clave del currículo oculto⁴⁰⁸, que puede corresponder a lo que Perales llama el *sistema formador*, en su gran capacidad de influencia en la formación bioética de los estudiantes y en la evolución docente e institucional. En cambio, si emergió

⁴⁰⁷ ECHEVERRÍA, Javier. *Op. cit.*, p. 243.

⁴⁰⁸ Con ese término se alude a las experiencias y vivencias durante el período formativo que no están explícitos, ni se reconocen en el currículo formal.

entre los actores curriculares participantes del estudio, en su incidencia en las prácticas académicas, como en los procesos cívicos propios de la institución y de la que aprenden por imitación los estudiantes.

Además, en ese marco se destacó con fuerza notoria la influencia del ejemplo en los procesos de enseñanza aprendizaje. Este aspecto se reconoce en la orientación curricular en sus directrices que encuentra en el docente un fundamento de la enseñanza, cuya expectativa es la coherencia del discurso con su vida. *‘Debe ser un actuar ejemplificante, que incluye coherencia entre valores y formas de desempeño’* (VV:01). También los significados fueron fuertes en reconocer el poder de ese ejemplo. Esa consideración debe tenerse en cuenta para la actuación de los profesores, pero con la conciencia de que no se trata, como lo señaló León Correa, de formular un modelo determinado que todos deben seguir, pero sí un referente que estimula y motiva al estudiante para encontrar el propio basado en principios y valores.

Es un aspecto sobre el que han escrito varios autores en el campo de la bioética y la formación. Por ser de gran influencia, se requiere una orientación precisa al respecto que se complemente con la formación de formadores, para orientar esa incidencia de manera intencionada en la institución. Es claro, que existen factores individuales en la autonomía de cada docente que harán diferencias entre ellos, que son parte natural y necesaria de las colectividades. Sin embargo, se requiere una construcción colectiva que identifique la institución. Así, emergió esa representación entre actores curriculares, tanto en estudiantes como en profesores.

Los dilemas bioéticos son nucleares en la formación médica, como en la vida general; surgen con las contradicciones en los valores con los que se estiman los hechos y con dimensiones que comprometen la calidad de vida y aspectos sociales, culturales, económicos y legales.

En la OP falta profundizar en el significado que tienen los dilemas bioéticos en la práctica médica y en la vida en general. Incluso se llega a ignorar que existan conflictos de valores, que generan fisuras y contradicciones complejas para la toma de decisiones. Sin embargo, en el plan de estudios son motivo de revisión puntual más por iniciativa individual de docentes interesados en el tema, que por razones de una corriente coherente que se comparta en la institución.

Entre los actores, esta categoría de los dilemas tiene mayor fuerza; entre ellos se alcanzan a desarrollar contenidos que la elaboran a partir de los aspectos legales y la calidad de vida. Los primeros son causa de interés especialmente entre los estudiantes, como referente de adaptación social o en ocasiones con una actitud defensiva para evitar sanciones, más que reivindicar los principios y valores que subyacen a la norma. Ello indica una fase del desarrollo moral entre pre-convencional y convencional acorde con los criterios de la escala planteada por Kohlberg. La calidad de vida en la que se interesan los docentes y varios de los estudiantes es referente para los valores que se contemplan al enfrentar los dilemas.

La problemática bioética en el currículo se fundamenta en la diferencia entre el reconocimiento discursivo de la necesidad de formar a los estudiantes en ese campo y la práctica curricular que se lleva a cabo. También está en juego desde la bioética la relación educación y sociedad.

Kemmis a partir de planteamientos de Stenhouse, explicó que “la problemática permanente del estudio del *currículum* se fundamenta en la relación existente entre nuestras ideas (teorías) y la práctica curricular”⁴⁰⁹. Al retomar aspectos de ese planteamiento, se puede comprender una de las dificultades más complejas que encuentra la integración de la bioética en el currículo analizado relacionada con una fractura teórico práctica.

⁴⁰⁹ STENHOUSE citado por citado por KEMMIS, Stephen. *Ibíd.*, p. 29.

Hay una tendencia marcada entre los estudiantes y los profesores a reconocer la importancia y la necesidad de la bioética en la formación médica, pero los participantes de esta investigación hacen notar que en la mayoría de los actores curriculares ese interés no se materializa en la práctica. En ella arrasa la influencia social y cultural que subvalora estos campos y acrecienta en cambio las innovaciones tecnológicas. En medio de esa tendencia predominante, hay miembros de la comunidad académica considerada que valoran y luchan por ser coherentes con sus convicciones bioéticas y son ellos quienes posibilitan que permanezca viva la inquietud por el fortalecimiento de ese campo.

En la OP también es muy fuerte esa disociación. El reconocimiento tardío de la bioética como dimensión formativa no se ha proyectado en la fundamentación de las bases curriculares y las acciones para superar las debilidades que en teoría observan, no dejan de ser incipientes. Esta incongruencia entre la afirmación teórica y la negación práctica es uno de los obstáculos que deberá afrontar una intencionalidad de formación bioética. Actuar en esa fractura implicará intervenir más allá del plan de estudios, como un componente del currículo, en las interacciones del currículo oculto, o en el ámbito de lo que Perales llama el *sistema formador* en lo que está al alcance de la institución educadora.

Así, es necesario, pero insuficiente, contar con componentes curriculares explícitos en el plan de estudios. Hay que trabajar por ello, pero en complemento con otras acciones bioéticas que se deben desarrollar en las unidades académicas. Por lo anterior, el llamado que hace Perales para moralizar el *sistema formador* es pertinente y debe ser foco de atención de una voluntad formadora en bioética.

Kemis también planteó la problemática curricular entre educación y sociedad, así como escolarización y estado. Sobre ello, en la formación bioética cabe destacar la necesidad de revisar la relación entre reproducción y cambio. Los actores consultados en este estudio interpretaron la bioética como posibilidad de cambio tanto en el ámbito personal, como en el social. Ello se debe reflejar en incidir en transformaciones colectivas, que se impulsan desde el ámbito educativo.

Conclusiones sobre los encuentros y desencuentros

Una de las diferencias más notables en los significados producidos por los estudiantes en relación con los profesores, está en el acento que ellos y ellas le dan a las estrategias didácticas que se implementan en los procesos pedagógicos relacionados con la bioética. Es insistente su expectativa por comprender cómo los fundamentos bioéticos se pueden aplicar en su desarrollo profesional. Esto es muy importante para ellos y obviarlo sería fomentar la visión muy arraigada entre el estudiantado, al comportarse frente a este campo como algo de lo que pueden prescindir, de manera contradictoria con la importancia discursiva que le otorgan.

Otra de esas diferencias está en el énfasis que le dan al enfoque legal de los dilemas bioéticos. Sin embargo, como se representa desde los mismos docentes, puede ser oportunidad para orientar su atención a partir de la filosofía que motivó las normas y a partir de ellas generar interrogantes en sus visiones personales o en la necesidad de generar movimientos de transformación en normas que pueden llegar a ser cuestionadas desde la bioética. La discriminación de los pacientes y la afectación de sus derechos es una tensión en el marco curricular que experimentan, y sobre la que se interrogan tanto estudiantes como profesores. En este aspecto no encuentran una OP definida que identifique, enfrente y trate esa problemática.

El cuestionamiento a las políticas públicas desde un enfoque de derechos y de la justicia como equidad está presente en los significados que se producen en las distintas fuentes. También se comparte un enfoque de la formación que considera los valores, y en estos el interés por el subsistema de valores

ético – morales, sociales y políticos en los que se destaca el reconocimiento de lo público y la responsabilidad social.

Los estudiantes y los profesores participantes resaltaron los valores de la relación con los pacientes referidas a la confidencialidad, la confianza, el compromiso y la amabilidad en el trato. Hay docentes que interactúan con sus pacientes en el reconocimiento a su autonomía, y en el respeto por sus derechos en general, pero fue de ellos/as que surgió la preocupación por la debilidad de este principio en el ámbito asistencial que hace parte del contexto curricular.

Varias de estas conclusiones referidas al currículo de medicina de la Universidad de Antioquia validan los planteamientos de diversos autores que han analizado la bioética en el currículo de medicina en otros países como España, Perú, Chile y en Norteamérica. Se trata, entre otros aspectos, del carácter transversal de la bioética en el currículo, pero con momentos claramente definidos y establecidos. Asimismo, de la importancia que tiene la formación de los docentes y de la influencia que logran con su ejemplo. También se corroboran unas estrategias didácticas y de evaluación que son propicias para la bioética, como los grupos pequeños, todas las que favorecen la deliberación como el ABP, o la observación integral de la atención de los pacientes mediante simulación o el ECOE. Surge el grado de resonancia que tiene la estructuración e implementación de didácticas significativas en el aprendizaje de la bioética en la perspectiva de los estudiantes. Otro de los aspectos compartidos está en la significación de los dilemas en la formación estudiantil que se ha estudiado en diversos países.

Este estudio se encuentra con planteamientos sobre la necesidad de que la bioética no se restrinja a la perspectiva individual y que desarrolle una visión colectiva que incida en cambios requeridos ante la inequidad en el acceso, no sólo a la asistencia sanitaria, sino que debe dársele fuerza a la distribución más justa de los macrodeterminantes para el logro del nivel más alto posible en salud.

Por otra parte, emerge con fuerza la necesidad de una implantación curricular de la bioética fundamentada en un movimiento colectivo y ampliamente participativo, que supere la acción individual que no logra impregnar de bioética el *sistema formador* al alcance de la institución responsable. Ese significado hace eco de los planteamientos de bioeticistas latinoamericanos que han insistido en una bioética de intervención, es decir de transformación. A partir de estas conclusiones, en el próximo capítulo vamos a presentar la propuesta de unos lineamientos que orienten la formación bioética de los estudiantes de medicina de la U de A.

4. Lineamientos curriculares para la formación en bioética de los estudiantes de Medicina

Los significados que producen los estudiantes y los profesores, así como la perspectiva desde la bioética del estado actual del currículo de medicina de la U de A, deben ser la base para su transformación en lo referente a la bioética. El horizonte es “revertir la crisis que se advierte en la calidad de la atención médica”⁴¹⁰. Las condiciones impuestas desde la estructura y la organización de la atención en el sistema de salud han cercado las relaciones asistenciales e incrementaron la exclusión y la inequidad. Además, la persistencia de la concepción paternalista en las relaciones de los profesionales de la salud con quienes los consultan, acrecientan la dominación que impide fomentar ideales de vida que buscan en la salud una base para llevarlos a cabo. Por otra parte, el proyecto de la bioética debe ser emancipatorio, en la generación de oportunidades equitativas en la distribución de los bienes primarios, como la salud, para dar base real a la posibilidad de alcanzar mayor libertad.

El compromiso del médico no se diluye en la influencia de las políticas públicas establecidas, y su visión holística e integrada de la persona en relaciones democráticas, se constituyen en una de las estrategias para una atención más satisfactoria desde lo técnico-científico, como en la relación con los otros. Por otra parte, los profesionales hacen parte de la fuerza colectiva que incide en la construcción de políticas públicas. Así, los procesos educativos deben considerar en su finalidad inculcar la participación en las definiciones que requieren de una base crítica que acerque, con equidad, el conocimiento y los avances tecnológicos a todos los integrantes de la sociedad. En definitiva, se trata de formar ciudadanos.

En ese ámbito es necesaria la reformulación del “modelo academicista, científicista, no humanista y fragmentado, en el cual la tecnología reemplazó no sólo a la semiología, sino también a la relación de empatía y amistad entre el paciente, la familia y los profesionales de la salud”⁴¹¹. La renovación curricular de medicina en la U de A, al plantearse en un cambio continuo, tiene en la bioética la posibilidad de reformular su actuación frente a los pacientes, las familias y las comunidades, así como la vida en general, en las esferas en que la tecnociencia es más fuerte en su intervención y su capacidad de manipulación⁴¹².

Los significados de los actores curriculares han resaltado diversos aspectos que consideran pertinentes para la formación bioética. Entre ellos están: su carácter transformador, la integración y la concordancia teórico práctica de las formulaciones curriculares y de los actores académicos, el carácter transversal de la bioética en el currículo, que se concreta en diversos componentes explícitos y claros en el transcurso de la formación, la influencia del ejemplo de los docentes que amerita una formación mínima en bioética, la necesidad de estrategias pedagógicas que recojan las peculiaridades del quehacer médico, los valores compartidos que incluyen superar la arrogancia médica y el acercamiento con

⁴¹⁰ OUTOMURO, Delia, *Op. cit.*, p. 20.

⁴¹¹ OUTOMURO, Delia, *Ibid.*, p. 21.

⁴¹² Gilbert Hottois resalta como la bioética surge en relación con los ámbitos donde el carácter tecnocientífico es muy fuerte y se destaca su carácter experimentalista, manipulador e intervencionista, en: HOTTOIS, Gilbert. 1991. *Op. cit.*, p. 172.

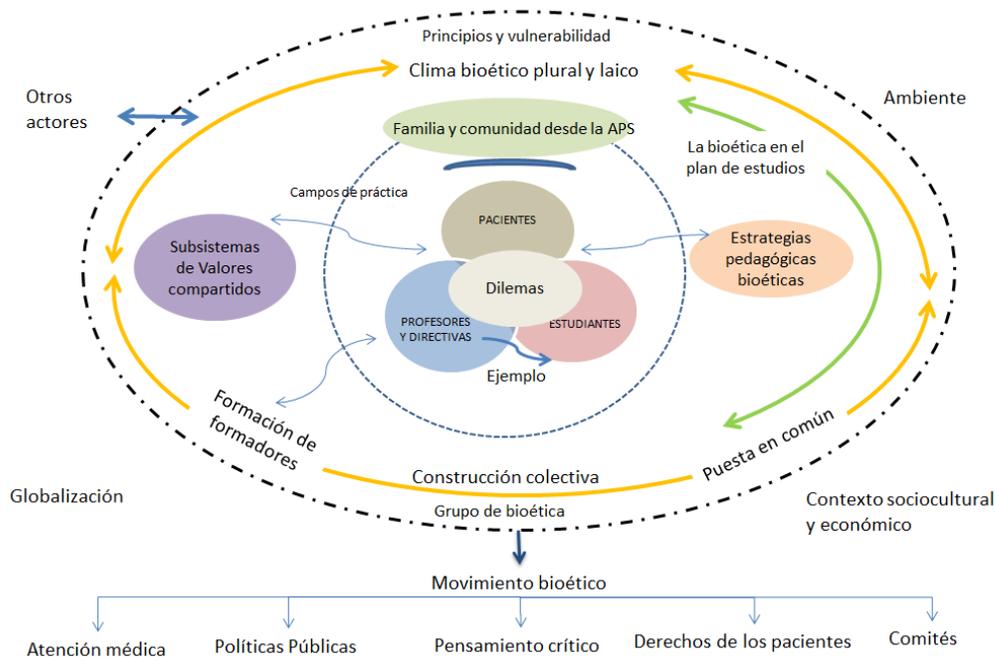
sencillez y humildad al conocimiento y a los otros, lo que se concreta en la atención profesional a seres humanos reconocidos en su integridad.

Además, han identificado la subvaloración de estos saberes en el medio externo e interno de la universidad, ante lo que es necesario actuar para transformar y “contribuir a una racionalidad emancipatoria en el marco de un diálogo plural, democrático y respetuoso de las diferencias”⁴¹³.

Esos referentes permiten plantear unos lineamientos para transformar la situación actual, que deben ser comprendidos como propuestas de intervenciones simultáneas y vinculadas. Ellos se pueden entender en lo que sería un enfoque bioético del currículo de medicina mediante las relaciones entre actores, procesos y conceptos que se ilustran en el diagrama 5.1⁴¹⁴. A ellos se hará referencia en el texto siguiente.

Diagrama 5.1.

ENFOQUE BIOÉTICO DEL CURRÍCULO DE MEDICINA



⁴¹³ OUTOMURO, Delia. *Ibid.*, p.20.

⁴¹⁴ La elaboración de este diagrama recoge aportes, planteamientos y orientaciones que se encuentran en: ARISTIZABAL SALAZAR, María Nubia y GALEANO MARÍN, María Eumelia. Cómo se construye un sistema categorial. La experiencia de la investigación: Caracterización y significado de las prácticas académicas en la Universidad de Antioquia, sede central 2007 – 2008. *Estudios de Derecho*. 2008, **LXV** (145),161-187.

El referente teórico sobre el currículo

El referente será un currículo orientado a la formación emancipadora. Se recogen los criterios expresados por Paulo Freire y José Venturelli, inspirado en el primero, con una concepción de la educación como proceso democrático y liberador⁴¹⁵. Su posibilidad de agenciar el progreso debe entenderse más allá del cambio en el medio externo, como transformaciones internas que conlleven a desarrollos morales de las personas y las sociedades. Paulo Freire⁴¹⁶ se refirió a la educación como práctica de la libertad y contraria al ejercicio de la dominación.

Así, como lo indica Kemmis, el análisis sobre la naturaleza del *curriculum* está vinculada a la naturaleza de la educación y al debate sobre cómo educar⁴¹⁷. Su estudio debe considerar que es un producto histórico y social en continua transformación⁴¹⁸. Las problemáticas educativas, y su relación con el estado, no pueden ser enfrentadas solo desde las teorías políticas externas. También entran en juego la política práctica y el razonamiento crítico, que exige a los profesores comprenderse “como participantes en la vasta lucha de la sociedad hacia formas de vida social más racionales, justas y satisfactorias”⁴¹⁹.

En las últimas décadas se han puesto en marcha numerosas transformaciones de currículos de medicina que han buscado superar la tendencia hegemónica y tradicional⁴²⁰, basada en un enfoque conductista, con preponderancia de la memoria en los procesos cognitivos y en interacciones jerárquicas del profesor sobre el estudiante. Esa dinámica tuvo un matiz que se configuró como tendencia tecnológica, en la que se daba gran importancia a los objetivos conductuales con un fundamento positivista e inspirado en la psicología conductista. Ambas tendencias se enfocaban en relaciones verticales y autoritarias.

Muchas de las renovaciones curriculares se han propuesto cambiar esa concepción, en el marco de la llamada tendencia activista, centrada en el estudiante, a quien buscan reconocerle su capacidad de desarrollo cognitivo y con ello afianzar su autonomía. Además, se inclinan por un currículo integrado, no disciplinar, ni asignaturista⁴²¹. Su fundamento filosófico es el constructivismo, que incluye varias corrientes. Estas contienen variaciones en lo referente a la incidencia de la construcción del conocimiento como producto individual o social. En general, consideran los esquemas que traen los estudiantes, sobre los que se deben generar desequilibrios cognitivos, para llevar a un nuevo equilibrio con los aportes de la construcción de conocimiento logrado en los procesos de aprendizaje⁴²².

En esa orientación se enmarcan muchos cambios de los currículos de medicina desde mediados de la segunda mitad del siglo XX. Más que modelos corresponden a tendencias, porque en la realidad no proceden de manera única. La mayoría de las veces, su estado corresponde a diversas combinaciones

⁴¹⁵ VENTURELLI, José. *Op. cit.*, p. 1.

⁴¹⁶ FREIRE, Paulo. *La educación como práctica de la libertad*. 49 ed. Tierra nueva (Uruguay): Siglo XXI. 2001.

⁴¹⁷ KEMMIS, S. *Op. cit.* p. 12.

⁴¹⁸ *Ibid.*, p. 45.

⁴¹⁹ *Ibid.*, p. 73.

⁴²⁰ La identificación de estas tendencias curriculares se hace a partir de la propuesta de Rafael Porlán que es un referente teórico citado y tomado de: ISAZA LE, HENAO BL, GÓMEZ ME. *Op. cit.*, pp. 36-84.

⁴²¹ *Ibid.*, pp. 36-84.

⁴²² CARRETERO, Mario. *Op.cit.*

de esas concepciones; así, el currículo puede tener rasgos tradicionales y otros que buscan romper esa visión⁴²³.

Las tendencias activistas han sido cuestionadas por la sobrevaloración de las expectativas puestas en los estudiantes, en torno a la función pedagógica que pueda provenir de ellos; se trata de recuperar una función que debe mantener el docente como mediador, al tiempo que se reconocen los estudiantes como agentes activos de la construcción de conocimiento y en el respeto a su autonomía, y su capacidad cognitiva y moral. En ese marco, hay que retomar a Stenhouse, cuyas ideas resalta Kemmis en su revisión del currículo, que invita a los estudiantes a tener un pensamiento propio y no a repetir aquellos de sus profesores⁴²⁴. En su modelo propuesto se plantean procesos en que el conocimiento y la comprensión se desarrollan de tal forma que no se predeterminan sus resultados.

El enfoque bioético debe propiciar un currículo basado en relaciones democráticas y en la interdisciplinariedad. En medio de las tendencias combinadas que la realidad presenta en los currículos, la bioética debe integrarse en el fortalecimiento de la disposición liberadora y abierta al cambio. Esto pudiera asimilarse en lo que Porlán y su grupo han denominado la tendencia investigativa⁴²⁵. La bioética debe potenciar el mejoramiento de la educación para favorecer la condición humana en las personas y la sociedad, siempre en la consideración que se trata también de la defensa de otras formas de vida no humanas y de la responsabilidad con la biosfera.

En ese marco, la construcción curricular atañe a todos los miembros de la institución educativa e implica llevar a cabo procesos de investigación. Ello implica que el docente es autónomo y propositivo, comprometido con los procesos de enseñanza. Por otra parte, el estudiante es responsable de su aprendizaje y también un sujeto con autonomía. Para el caso de currículos en las áreas de la salud, se debe tener en cuenta la voz de los pacientes, con proyección a las familias y las comunidades, como partícipes activos que aportan sus experiencias a los procesos formativos, a quienes se debe el respeto por su autonomía.

Contexto ambiental, social, económico y cultural: local, nacional y globalizado.

La línea entrecortada y con puntos que rodean el currículo en el diagrama significa que estos aspectos del contexto social, cultural y económico, como ambiental, permean e interactúan con el currículo y a la vez muestra la tensión permanente con ellos. El currículo si bien responde a una identidad institucional, no puede aislarse de unos lineamientos internacionales, nacionales y locales, al mismo tiempo que recibe la influencia, entre otros, de las tendencias en la atención médica, del pensamiento crítico en el ámbito académico nacional e internacional, los comités bioéticos y las determinaciones en las políticas públicas, mediante iniciativas, acciones y decisiones que se materializan en las directrices del Estado. El currículo también recibe la presión de las grandes corporaciones, como la industria farmacéutica, que tratan de establecer una poderosa influencia en los médicos desde que están en formación.

⁴²³ Se retoma la diferencia entre modelo y tendencia en: ISAZA LE, HENAO BL, GÓMEZ ME. *Op. cit.*, p. 36. A su vez, esas autoras se inspiran en Porlán y Bunge. "...la tendencia hace referencia a que, desde una realidad determinada, no es posible encontrar versiones puras de un determinado modelo".

⁴²⁴ KEMMIS, S. *Op. cit.* p. 75.

⁴²⁵ ISAZA LE, HENAO BL, GÓMEZ ME. *Op. cit.*, pp. 36-84.

Pero la educación es activa y conlleva procesos de pensamiento que interrogan y cuestionan, por lo que el currículo también entra en tensión con el medio sobre el que busca influir. Su capacidad propositiva y de incidencia depende de los procesos formativos que logra construir para conservar o para cambiar las situaciones sociales y culturales en que está inmerso. Más adelante, se explicará sobre esa incidencia que un enfoque bioético del currículo puede proponerse producir.

La gran inequidad que distingue las sociedades actuales es característica de gran peso moral y ético en el contexto de un currículo formador de profesionales. Además, en un texto de las Naciones Unidas en 2008 se empieza por afirmar: “América Latina y el Caribe entró al nuevo milenio con apreciables deficiencias en lo que respecta a la construcción de ciudadanía. Pese a los esfuerzos realizados, la materialización de los derechos civiles y sociales de parte significativa de la población dista mucho de concretarse”⁴²⁶.

Ante ello en 2000, los 189 Estados Miembros de las Naciones Unidas firmaron la Declaración del Milenio con unos compromisos para alcanzar lo que se conoce como los Objetivos y Metas de Desarrollo del Milenio. El informe mencionado antes, expedido en 2008, encuentra mejoras en la calidad de las políticas, programas y normas en salud sexual y reproductiva y en programas nacionales de salud en la adolescencia. También, se indican avances en la formación de recursos humanos en prácticas de atención y el mejoramiento de la calidad en los servicios de salud. Sin embargo, se advierte que a pesar de los avances se necesita mayor apoyo político para la priorización de problemas relacionados con esos objetivos y metas⁴²⁷.

Por otra parte, en el medio local de esta indagación hay estudios que encuentran dificultades en la calidad de la atención en las relaciones asistenciales en instituciones prestadoras de servicios en salud, que reflejan la poca importancia de la formación universitaria en comunicación y ética, lo que se refleja en relaciones verticales, y dificultades en la transmisión de información y en generación de confianza y empatía en esas interacciones⁴²⁸.

El pensamiento crítico fluye también en el contexto cuestionando el estado actual de las grandes inequidades, y motiva la expansión de campos como la bioética, cuya razón de ser está en la interrogación a los grandes poderes desde la vulnerabilidad en seres humanos y otros seres vivos afectados por la exclusión. En la consideración de que la bioética es transformadora e interviene, como lo señalan reconocidos bioeticistas latinoamericanos antes mencionados en este estudio, y cuyo sentido emerge entre actores del currículo de medicina participantes de este estudio, ese pensamiento crítico es fundamental como estrategia de emancipación y resistencia.

⁴²⁶ NACIONES UNIDAS. *Objetivos de Desarrollo del Milenio. La progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: Naciones Unidas, 2008, p. 11 [Fecha de consulta: 7 de enero de 2012] Disponible en: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/4/33064/capituloI-2008-808-odmsaludrev-1indd.pdf>

⁴²⁷ *Ibíd.*, pp. 131-132.

⁴²⁸ NACER, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA Percepción de los usuarios y los agentes de salud de la calidad de los servicios de protección específica y detección temprana, en la ciudad de Medellín 2010 – 2011. Convenio de asociación 4600028796, celebrado entre la Secretaría de Salud de Medellín y la Universidad de Antioquia / Nacer, Salud Sexual y Reproductiva. Medellín – Colombia, 2012. p. 68.

Los dilemas bioéticos: conflictos ineludibles que desafían los procesos formativos frente al desarrollo e innovación en biomedicina y la biotecnología.

Los dilemas son el núcleo central moral problemático que enfrenta la tríada paciente, estudiante y profesor, proyectada a las familias y comunidades, como fundamento de un currículo que no elude, sino que enfrenta las problemáticas a que se verán abocados los profesionales que produce. Desde el enfoque bioético, las relaciones entre estos actores se establecen entendidas como entre iguales.

Se requiere la conciencia de la existencia, cada vez mayor, de la complejidad en las decisiones en el ámbito médico, y que se motive la voluntad para buscar las soluciones más éticas que permita afrontarlas. Lo anterior implica reconocer las fisuras y las contradicciones que se presentan en diversas circunstancias, para introducir a los estudiantes en las habilidades necesarias en los juicios clínicos y morales, y motivarlos a cambiar actitudes y comportamientos para enfrentar los dilemas con valores y principios morales y éticos. El horizonte es la virtud profesional como excelencia, en el sentido que plantea Victoria Camps⁴²⁹, ante lo cual la universidad lo que puede ofrecer son conocimientos, habilidades, y formación en valores para estimular actitudes y comportamientos éticos, y además, crear las condiciones para que cada persona pueda asumir ese propósito de autonomía.

Esta propuesta de considerar los dilemas como aspecto nuclear del currículo, conlleva cambios con respecto a los significados de los actores, quienes aún no se representan los dilemas como algo central que hay que enfrentar en los procesos formativos. Se requiere una OP fuerte al respecto para promover la importancia y la necesidad de considerarlos en los procesos educativos.

La sistematización de los dilemas más frecuentes y significativos en el medio permitirá avanzar en la comprensión de factores sociales, culturales y económicos que los caracterizan, sin desconocer que siempre hay factores individuales. La consideración de los dilemas puede darse en núcleos y subnúcleos del mesocurrículo, cuyas problemáticas posibiliten la deliberación formativa ampliamente. En ella se pueden desarrollar procesos cognitivos y morales que serán importantes para convocar al estudiantado a su interiorización y proyección en las diferentes situaciones que enfrentará.

Un enfoque bioético del currículo se despliega en una relación dialéctica entre lo teórico y lo práctico, en escenarios que posibiliten desarrollar una identidad propia con el individuo, las familias y las comunidades. Llevar una visión de ese tipo a las instituciones asistenciales y a las comunidades puede promover nuevas actitudes, pero también es posible que se generen tensiones por las exigencias administrativas del sistema desinteresado en los aspectos ético - morales de la relación con los pacientes y las colectividades. Estas contradicciones se tendrán que afrontar en diálogos en la búsqueda de consensos.

La relación paciente, estudiante y profesor como fundamento básico curricular

Los actores curriculares se incorporan en una tríada fundamental que pone en relación de iguales en su dignidad, a los pacientes, los estudiantes y los docentes, y entre estos últimos habrá quienes además actúan en su calidad de directivos. En el paciente hay que considerar su condición individual, que se proyectará a familias y comunidades, de acuerdo con las acciones propuestas en el respeto a la autonomía.

⁴²⁹ CAMPS, Victoria. 2005. *Op, cit.*, pp. 185-186.

La horizontalidad de la interacción entre pacientes, estudiantes y profesores, representada en el diagrama, se comprende en el sentido expresado en la siguiente idea:

“Una profundización del diálogo sólo es posible cuando hay simetría de poder entre los interlocutores. Siempre que exista una asimetría, se estancará la posibilidad real de cambio. La tolerancia frente a la asimetría lleva el relativismo a niveles insuperables, transformando el diálogo en la aceptación y la subordinación”⁴³⁰.

La tríada paciente, estudiante y profesor se representa en este estudio como fundamento curricular, más allá de la relación médico paciente o docente estudiante, que amerita un enfoque de esas interacciones en aspectos bioéticos y formativos. En esa tríada se pone en juego la función de los sujetos que actúan en el currículo con distintos roles.

Así, el docente interviene a partir de su formación y experiencia en la profesión y en su saber pedagógico. El estudiante despliega su proceso de aprender la profesión con base en su capacidad de construir conocimiento; para ello requiere la mediación docente y el aporte de las experiencias de salud y enfermedad por parte de los pacientes, de las familias y de las comunidades con las que se relaciona durante su formación. Estos y estas actúan al buscar y recibir ayuda profesional para procesos vitales de su desarrollo personal y colectivo, en los que desean afianzar su bienestar o superar la afectación biológica, mental y social de su salud.

Para superar concepciones autoritarias y jerárquicas, la OP debe desarrollar una visión institucional, teórico - práctica, de la relación médico paciente en un marco democrático y basada en el reconocimiento a los derechos individuales y colectivos. Este es un aspecto primordial para revisar en los fundamentos curriculares y dar una orientación clara y definida sobre la comprensión de los individuos, las familias y las comunidades en la atención en salud⁴³¹.

Por otra parte, la visión fenomenológica contribuye a reunir la perspectiva de la ciencia con la vida y “explorar la relación entre el mundo abstracto de las ciencias y el mundo concreto de la experiencia humana”⁴³². Así, es posible superar la fascinación con la tecnología y las realidades anatómicas que llevan a que “No podemos oír (los pacientes) mientras estamos escuchando (los pulmones)”⁴³³. Desde la fenomenología se intenta entender la conciencia del ser humano como parte constitutiva del mundo⁴³⁴.

Los contenidos y las estrategias pedagógicas para avanzar en este punto se podrían iniciar desde el primer semestre con la revisión de distintos tipos de RMP, con su respectiva fundamentación, y luego se profundizarían en el acto médico y las demás prácticas académicas. Implica entender mejor cada

⁴³⁰ GARRAFA, Volnei y PORTO, Dora. *Op. cit.*

⁴³¹ El trabajo con individuos, familias y comunidades se desarrolla ampliamente por la OMS en relación con la Atención Primaria en Salud y la salud materno neonatal. Ver: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. DEPARTAMENTO DE REDUCIR LOS RIESGOS DEL EMBARAZO. Trabajando con individuos, familias y comunidades para mejorar la salud materna y neonatal [en línea]. Ginebra: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Departamento de reducir los riesgos del embarazo, 2010. [Fecha de consulta: 6 de enero de 2013]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_MPS_09.06_spa.pdf

⁴³² BARON, Richard J. *Op. cit.*, p. 608.

⁴³³ *Ibid.*, p. 610.

⁴³⁴ *Ibid.*, p. 608.

uno de los principios bioéticos, su aplicación y la relación con los derechos humanos fundamentales y aquellos que se han desarrollado en el campo asistencial y en las colectividades.

Los procesos de consentimiento informado deben adelantarse como ejercicios conscientes y dialogados con el paciente, con el acompañamiento docente, y de ser posible ampliarlo al grupo de estudiantes, pero con respeto de la confidencialidad y la intimidad. La interacción con los pacientes en los procesos del consentimiento informado, encuentra en el área de las comunicaciones un gran aliado para mejorar ese encuentro.

La finalidad debe ser promover el valor de la amistad con el paciente. Es tarea de una Facultad de Medicina inculcar ideas formativas para elevar esta relación al más alto nivel posible. Los escritos de Diego Gracia⁴³⁵ y Pedro Laín Entralgo⁴³⁶ pueden inspirar esos desarrollos. El primero de esos autores, quien también recoge las ideas del segundo, resalta la ética más allá de cualidades intelectuales, en adquirir hábitos de comportamiento y cualidades del carácter. Por otra parte, resalta la relación asistencial como vínculo interpersonal, social o político en cuyo marco la interacción con el paciente se hará perfecta cuando los derechos de este se plasmen en hechos y actos y éstos se plasmen en actitudes o hábitos virtuosos.

Este autor nos refiere a la amistad como “la virtud moral por antonomasia, y en consecuencia la base de la moral de las virtudes. El médico virtuoso habrá de ser siempre un médico amigo”⁴³⁷. Siguiendo a Gracia, se trata de superar el paternalismo, pero también ir más allá del autonomismo, para entablar relaciones basadas en la amistad, en la confianza, la confidencia y el respeto a la intimidad.

La consideración de los pacientes, familias y las comunidades en el marco de la Atención Primaria en Salud

En un enfoque bioético del currículo, el respeto a la autonomía se desarrolla en contextos sociales multiculturales. Para lograrlo, se debería contar con prácticas pedagógicas en un eje de desarrollo curricular, en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud. Esta se considera vigente por la Organización Mundial de la Salud⁴³⁸ que la ha renovado con el aprendizaje de las lecciones a partir de varias décadas de experiencias; se plantea como la base en la que se deben desenvolver los sistemas de salud. Sus principios y valores se corresponden con los que plantea la bioética, como la justicia social, la equidad y la solidaridad.

La formación bioética no debe estar aislada sino enmarcada en esa estrategia, para acercar los procesos de enseñanza aprendizaje a las comunidades. La bioética debe entender las necesidades de las poblaciones y fundar sobre ellas las soluciones propuestas, para mejorar la salud con los avances de la ciencia y la tecnología de manera equitativa. Como dice Victoria Camps: “Y el hecho es que

⁴³⁵ GRACIA, Diego. 2008. *Op. cit.*, p, 597-602.

⁴³⁶ LAÍN, Entralgo. La relación médico enfermo. Historia y Teoría. Madrid: Alianza, 1983.

⁴³⁷ GRACIA, Diego. 2008. *Op. cit.*, p, 600.

⁴³⁸ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Y ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas [en línea]. Washington, D.C: OPS, 2007. [Fecha de consultad: 1 de diciembre de 2012]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/AD/THS/OS/APS_spa.pdf

necesitamos ambas cosas: independencia para defendernos de intromisiones ajenas y sensibilidad ante los intereses y necesidades de los otros”⁴³⁹.

Incorporar la voz de los pacientes, las familias y las comunidades que interactúan en el marco curricular, puede desarrollarse por medio de investigaciones sobre las representaciones de sus relaciones con actores curriculares institucionales, en diálogos de saberes y en procesos de investigación acción que permitan construcciones conjuntas.

Los escenarios de práctica en un enfoque bioético del currículo.

En ellos, el desarrollo bioético se potenciará si se cuenta con escenarios que permitan desplegar ampliamente un movimiento que dé identidad a la visión curricular de interacción con los otros. Las directivas del currículo deberían ocuparse de la gestión de por lo menos un campo de práctica piloto. No es que esté aislado de las condiciones sociales que dominan el medio, sino que cuenten con algún grado de capacidad para crear tendencias diferentes y así promover cambios que demuestren su posibilidad real.

El estudiante tendrá la oportunidad de contrastar la propuesta universitaria con lo que se implementa en otras, para el impulso a la transformación de esa interacción y en plantear rupturas con la tradicional. El cambio se debe reflejar tanto en la calidad de la atención en sus componentes técnico científicos como en las interacciones personales que se producen.

El ejemplo de los docentes también juega con fuerza en los procesos de enseñanza aprendizaje de los estudiantes. Se constituye en una influencia con gran fuerza que incide en el aprendizaje de los estudiantes que debe ser contemplado en los procesos pedagógicos para fortalecer la formación bioética. Como se resaltó antes en este estudio, no se trata de generar modelos que se impongan a los estudiantes, y que se interpongan en su autonomía, sino de reconocer su influencia para dinamizarla desde la perspectiva bioética, para fortalecerla, hacerla más consciente y creativa. Para que una visión de conjunto de los actores le imprima fuerza a la discusión sobre las tendencias de esos modelos, hay que asumir las tensiones que ello genera en el acento diferente que los docentes desarrollan en sus discursos y prácticas, es decir, se trata de construir unos mínimos que se comparten, en medio de una pluralidad que es necesario mediar y respetar.

Los contenidos bioéticos se integran al plan de estudios de manera transversal, pero como momentos definidos, claros y evidenciables en la fundamentación y en la profesionalización.

El diagrama representa la bioética en el plan de estudios como un componente del currículo en que se debe articular, pero que es insuficiente y que requiere de otros campos curriculares.

Hay que buscar consensos entre los docentes, con participación de los estudiantes, para identificar núcleos y sub-núcleos que desarrollen esos contenidos de manera interdisciplinaria, durante el transcurso de la formación. Se debe partir de lo existente, con la revisión de los objetivos, las didácticas y las evaluaciones, desde lo teórico práctico, para cualificarlos con el análisis conjunto de los docentes encargados. La labor es integrar los cursos, mediante la estrategia de comunicación de los profesores y el análisis y la revisión conjunta de los programas relacionados con fundamentos éticos, ciudadanía, ambiente, comunidades, genoma humano, relaciones asistenciales, metodología de análisis

⁴³⁹ CAMPS, Victoria. 2005. *Op, cit.*, p. 115.

bioético, políticas públicas, manejo de enfermedades crónicas, enfermedades terminales, enfermedades agudas, enfoque de la investigación, la ciencia y la tecnología.

Así, la bioética es transcurricular, pero se implementa con estrategias pedagógicas definidas, que se reconocen claramente con unos objetivos, didácticas y evaluaciones. Es decir, que si bien se busca impregnar y difundir la bioética en el currículo, hay problemáticas en las áreas que evidencian la mayor capacidad de intervención y manipulación de la tecnociencia, en las que la bioética aporta una respuesta más diferenciada como campo de saberes, epistemología y prácticas. En estos problemas se puede perfilar ampliamente la bioética con aprendizajes que se pueden reflejar luego a otras condiciones y circunstancias⁴⁴⁰.

Para esta integración se parte de los contenidos existentes en la búsqueda de su fortalecimiento mediante la articulación, que pasa por el diálogo de los docentes encargados y su acercamiento posterior a otros, que tienen a su cargo contenidos que pueden ser objeto de la bioética. La orientación puede partir de fortalecer ese campo en áreas clave. En una de ellas, 'Acto médico', debe orientarse al reconocimiento del encuentro con el paciente, fundamentado en el análisis y la reflexión de los cambios planteados para el reconocimiento de los principios y valores que en la actualidad se requieren para una mejor RMP. En el tema del manejo del SIDA, las enfermedades crónicas, los cuidados paliativos, entre otros, se deben incorporar contenidos de bioética que pueden proyectarse a otros eventos a partir de la revisión particular en estos eventos de lo que corresponde al consentimiento informado, las directivas anticipadas, la limitación del esfuerzo terapéutico y la comprensión de lo que es el desarrollo de los principios bioéticos, la comunicación con el paciente y sus familias.

En los componentes curriculares que involucran las Políticas Públicas en Salud se debe incorporar la revisión desde el principio de la justicia, el respeto a la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia, la dignidad, la integridad, la vulnerabilidad y otros principios, en las comunidades y en el estilo de vida. Y en las áreas curriculares de las ciencias humanísticas, se debe revisar la función de la bioética como base actual que se plantea para ese campo formativo, tanto en la ética cívica como en la fundamentación de los juicios morales.

El plan de estudios es sólo un componente del currículo, que debe corresponder con la misión, la visión y los lineamientos que se establecen en su fundamentación. En este, la bioética debe considerarse en su amplitud. Es decir, las relaciones asistenciales y las políticas públicas en salud, que son nucleares en la formación médica, pero debe dar orientaciones sobre aspectos cívicos y de ciudadanía, ambientales y de la biosfera, que competen a todos.

Estrategias pedagógicas bioéticas

El desarrollo de los contenidos mediante las estrategias pedagógicas bioéticas, integran la teoría y la práctica, la fundamentación y la aplicación, los procesos de enseñanza aprendizaje y la evaluación. Privilegian el desarrollo de la deliberación y la visión integral del ejercicio médico. Son interdisciplinarias acorde con la esencia de la bioética y en correspondencia con uno de los principios que fundamenta el currículo de medicina en el que se enfocó este estudio. Esas estrategias despliegan procesos de enseñanza aprendizaje semejantes a otros saberes, pero también tienen particularidades que les dan identidad como bioéticas, en tanto desarrollan cambios actitudinales y habilidades propias

⁴⁴⁰ COUCEIRO, Azucena. 2012. *Op. cit.*, pp. 79-87

como la capacidad de identificar conflictos éticos, autoevaluación moral, pensamiento crítico y la deliberación que oriente actuaciones justificadas y racionales.

Se validaron para este currículo las estrategias propuestas por otros autores y estudios como el ABP, el ECOE, las conversaciones y diálogos en pequeños grupos y la simulación. Hay que retomar otras propuestas como son el portafolio, las narrativas, la autoevaluación, a las que se puede adicionar la coevaluación por pares.

Así, se pueden incorporar los procesos formativos de la bioética en el desarrollo de los grupos tutoriales de ABP; habrá que convocar a los tutores para ampliar el ABP, que se está implementando en la actualidad, con la incorporación de esa dimensión del aprendizaje, al igual que otras que se esperan desarrollar en esa estrategia.

En las rondas cotidianas de las prácticas académicas con estudiantes se debe considerar la participación activa de los pacientes en la toma de decisiones. No es suficiente que al ingreso de una hospitalización se haya firmado un consentimiento informado; lo importante es el proceso de comunicación, comprensión e intercambio de argumentos para que las personas tomen decisiones conscientes sobre sus propias vidas. Y cuando esté limitada su capacidad, hay que buscar activamente la manera de respetar su vulnerabilidad, para que acorde con las condiciones particulares de cada uno se pueda llegar a la mejor decisión desde la perspectiva del paciente. Esta estrategia se puede promover mediante el programa de formación docente

Se pueden fomentar los intercambios de experiencias, en especial de aquellas con capacidad demostrada de dejar huellas en la formación de los estudiantes, como el ABP del décimo nivel en el currículo estudiado, en el que se involucra el tema del aborto. Los encuentros periódicos de los tutores puede ser un espacio para analizar esta propuesta conjuntamente con los docentes que participan en esa estrategia. Asimismo, en los procesos de formación a formadores, se les puede motivar para integrar en la ronda la consideración de aspectos bioéticos, en especial la función del paciente y su aporte en la educación médica, además, del uso racional de la tecnología y los desarrollos científicos.

En las estrategias pedagógicas se debe contemplar el desarrollo de metodologías evaluativas integradoras y reflexivas. El ECOE y el Portafolio permiten procesos de enseñanza aprendizaje favorables en bioética, y al mismo tiempo posibilitan la evaluación en las distintas dimensiones que hacen parte de las capacidades valoradas, como la consulta médica. La autoevaluación también es recomendable por su componente de autorreflexión, si se da en procesos formativos debidamente estructurados, especialmente cuando se combinan con diferentes fuentes de evaluación que involucran, no sólo al docente, sino también a los pares de los estudiantes.

Se sugiere abrir los comités de bioética y ética hospitalaria a la participación de estudiantes, lo que se les puede reconocer en su componente flexible u opcional. El proceso formativo y de evaluación se puede adelantar con la metodología del portafolio o con narrativas.

Las estrategias que se aplican en comunidades, al revisar temas sobre el ambiente, la salud pública y la ciudadanía, son oportunidades de vincular la bioética, mediante el análisis, la reflexión y deliberación de los diferentes principios, valores y los derechos humanos. La perspectiva debe ser una bioética de transformación hacia el mejoramiento de las condiciones colectivas.

Debe considerarse la implementación de la discusión y análisis en los grupos pequeños durante varios periodos académicos. Desde la dinámica de la construcción colectiva, a partir de las condiciones peculiares de la institución, se recomienda analizar esta propuesta que se encuentra muy difundida en las publicaciones de estudios que han mostrado la bondad de esa estrategia. La posibilidad de la participación, la reflexión y la deliberación de los estudiantes con profesores en grupos pequeños, que se mantienen desde la fundamentación hasta la clínica, permiten estimular y consolidar las habilidades en el desarrollo de los juicios morales que hacen parte de la práctica cotidiana en la clínica.

Además, los grupos pequeños fomentan nuevas actitudes, pues como lo han señalado varios autores, estas son susceptibles de desarrollo mediante la influencia indirecta de los conocimientos, el ejemplo y la reflexión continua de las decisiones complejas. El proceso de conformación y de implantación debe responder a esas condiciones particulares del currículo. Pueden participar otros saberes que se beneficiarían de esa estrategia, entre otros, el profesionalismo y la comunicación.

Valores compartidos

El enfoque bioético del currículo se fundamenta en unos **subsistemas de valores compartidos** que surgen a partir del reconocimiento de la pluralidad de los participantes del currículo, que se puede interpretar en la propuesta de Javier Echeverría en su axiología para la tecnociencia. Los subsistemas de valores compartidos deben influir, ser evaluados y seguidos en sus tendencias, referidas a las prácticas pedagógicas.

La interacción múltiple de cada agente en el currículo desencadena los valores positivos o negativos que lo proyectan a los otros sujetos en estos procesos formativos. El currículo debe dar claridad sobre los subsistemas de valores que se van a promover y en la defensa de los derechos y deberes de cada uno de los sujetos que actúan en ese marco. Asimismo, debe proponerse ser alternativa de valores negativos que circulan en contexto interno y externo.

Si se comprende que se trata de relaciones entre iguales en su dignidad humana, las estrategias pedagógicas van a reconocer la pluralidad axiológica, en la que hace énfasis Echeverría, de las tres fuentes: pacientes – individuales o en familias y comunidades-, docentes y estudiantes. Ello implica entender el encuentro de diversas culturas y concepciones del mundo y de la vida.

La propuesta es recoger como valores mínimos aquellos representados en los derechos humanos⁴⁴¹, y relacionarlos con los subsistemas propuestos por Echeverría como posibilidad de ampliar el rango de valores, e incluir otros que pueden ser de interés para la comunidad académica.

El diálogo con otros actores

Un enfoque bioético del currículo considera el diálogo y la alianza con actores sociales que aportan a la deliberación de los dilemas en el contexto sociocultural que comparten. Los vínculos institucionales entre entidades, como la Academia de Medicina, el Tribunal de Ética Médica y las aseguradoras, podrían constituirse en una de las estrategias en la construcción de visiones conjuntas para el análisis y

⁴⁴¹VIDAL, Susana. Nuevas y viejas preguntas en la educación en Bioética. En: UNESCO. La educación en bioética en América Latina y el Caribe: experiencias realizadas y desafíos futuros. 2012. p. 21 [fecha de consulta: 9 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/shs/2012/EducacionBioeticaALC-web.pdf>

el afrontamiento de los dilemas, desde una perspectiva que identifique las características propias del medio. Es necesario para la construcción de esa visión conjunta centrarse en la perspectiva ética, mucho más allá de lo legal. Puede ser la base para desarrollar una fundamentación de los dilemas bioéticos en el currículo, mediante el intercambio de experiencias y planteamientos con su debida sustentación. Ellas serán orientaciones y no imposiciones ante las circunstancias tan variables en cada caso.

Construcción colectiva

Todo lo anterior se fundamenta en una construcción colectiva que debe ser pluralista y laica con sustento en un grupo de bioética encargado de convocar a los actores y de sistematizar sus aportes. Esa elaboración conjunta tiene como pilares fundamentales un programa de formación bioética de los docentes y las puestas en común. En estas se posibilita la integración de los docentes a cargo de contenidos y estrategias bioéticos; además, ir sumando otros profesores en la perspectiva de ese campo. Así, se logra mayor fuerza formativa en la medida que los estudiantes experimenten el desarrollo de un eje bioético que tiene el respaldo amplio de un equipo de trabajo, más allá de la influencia individual.

El desarrollo de unidades como institutos o centros de bioética depende de las condiciones particulares de las instituciones educativas y su evolución estructural y orgánica que debe ser resultado de deliberaciones participativas. Lo central es generar las condiciones de construcciones colectivas y grupales que pueden adelantarse en diversas estructuras organizativas que correspondan a las mejores circunstancias que los actores puedan concertar.

Contar con un programa de formación de formadores constituye la base para dinamizar la bioética en el currículo y debe fundamentarse en programas con espacios de estudio y reflexión, deliberativos, para compartir experiencias y análisis que parten de la revisión de bibliografías relevantes. El programa debe orientarse en un diseño con pedagogías abiertas y críticas a partir de relaciones democráticas que estimulen su ampliación en los procesos formativos con los estudiantes.

Por otra parte, se sugieren políticas para ampliar y promover la formación de posgrado en bioética entre los docentes, pues las necesidades se irán incrementando y se requiere capacidad de respuesta. El fomento de esa estrategia es muy favorable entre los clínicos, como en los profesores de la fundamentación, para que se pueda articular mejor la docencia de la bioética con el acercamiento a los pacientes, las familias y las comunidades a partir de bases que logren un mejor razonamiento moral. Así, contar con docentes de formación avanzada en ese campo, entre aquellos de la fundamentación, como en la profesionalización, enriquecerá el currículo con un acumulado en los saberes, tanto en la ética básica, como en la aplicada.

Clima institucional bioético pluralista

Se constituye por las interacciones de los actores, los juegos de poder y su orientación, así como la capacidad cívica y democrática. Se expresa en la toma de decisiones y en las acciones que se realizan en el contexto curricular en el reconocimiento del multiculturalismo, en un marco laico y racional, a partir de razones públicas en el ámbito colectivo, con respeto de las razones privadas. Se relaciona con los subsistemas de valores compartidos y se contraría al expresar valores incompatibles con la pluralidad de concepciones.

El papel de la institución en el sistema formador y en el currículo oculto debe ser consciente y activo para la transformación hacia la emancipación y en la conformación de comunidades justas, que caractericen el clima bioético institucional. El aporte sobre comunidades justas de Lawrence Kohlberg⁴⁴², brinda elementos para pensar la justicia en diferentes comunidades e instituciones, que en este caso sería para implementar en un currículo de medicina con proyección a los pregrados y posgrados que hacen parte de la institución. Así, se puede desarrollar el aprendizaje institucional de una facultad, con voluntad de fortalecer la bioética, en la búsqueda de un enfoque ético en el desarrollo de la tecnociencia.

Recogiendo aspectos que los mencionados autores plantean, puede entenderse que la finalidad está en el desarrollo de la educación moral que representa cambios en la vida institucional, como en el desarrollo de cada estudiante. El aprendizaje y la enseñanza de la justicia, el respeto a la autonomía, la beneficencia y la no maleficencia se efectúan en el contexto del aula y en las prácticas académicas, en la cabecera de los pacientes en los hospitales y clínicas, o en la consulta externa o en programas comunitarios de promoción de la salud o prevención de la enfermedad. Además, en los procesos institucionales en los que se ponen en juego los valores de la ética cívica. “...los educadores deben proporcionar un contexto pedagógico en el que haya una congruencia percibida entre los valores de la escuela y las normas de acción”⁴⁴³. Lo anterior, que se planteó Kohlberg para la escuela secundaria, sigue siendo válido para cualquier institución educativa, aún en el nivel superior.

Debe haber un reconocimiento amplio de los **principios bioéticos**, con los desarrollos no sólo del llamado principalismo anglosajón, sino que también deben incorporarse las visiones críticas y en especial de la concepción de una bioética transformadora que conlleve a generar en el currículo un movimiento amplio que pueda actuar sobre el contexto, que está a su vez incidiendo en su dinámica. También, se requiere el reconocimiento a la **vulnerabilidad** que permita entender y actuar, en la misma institución, frente a la contingencia a la que está sometida la vida del ser humano.

Del currículo se espera que surja un movimiento curricular bioético

Si se considera la bioética en su capacidad de transformación, la relación de los agentes, procesos y conceptos debe conducir a la generación de un **movimiento curricular bioético**, que se fortalece con la participación amplia de los actores y sus propuestas. Su orientación debe apuntar a influir en la transformación de las políticas públicas hacia la equidad; también en el mejoramiento de la calidad de la atención médica en aspectos que son responsabilidad de la formación universitaria en el enfoque de los pacientes, tanto en lo moral, como en lo técnico científico; asimismo, en la generación de un pensamiento crítico con ciudadanos más autónomos y con profesionales que reflexionen frente a incentivos indebidos, como los que pudieran provenir de la industria farmacéutica. También, debe tener alcance para incidir en los comités de bioética en el medio local, como en otros, al formar egresados con capacidades para integrarlos. La fuerza de ese movimiento debe promover la defensa de los derechos de los pacientes y con ello influir en nuevas tendencias de relaciones asistenciales en el contexto.

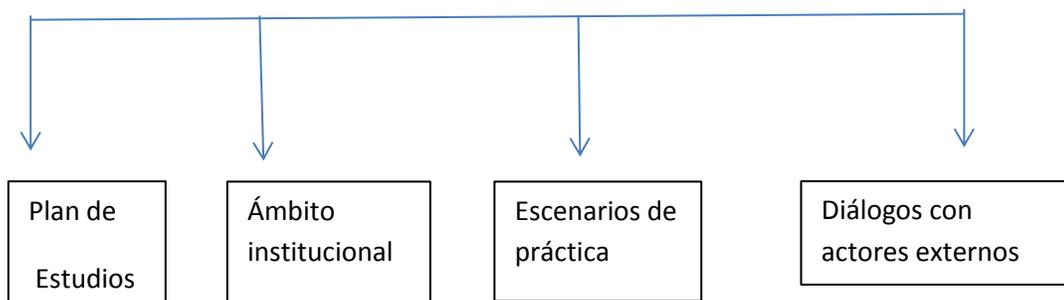
Ese movimiento como proceso ampliamente participativo se acoge a la idea que promovió Paulo Freire de la educación como práctica de libertad. Lo importante en ese proceso, es la conjunción de

⁴⁴² KOHLBERG, L. POWER, F.C., HIGGINS, A. *Op. cit.*

⁴⁴³ *Ibid.*, p. 35.

fuerzas entre los actores curriculares que logran proyectarse en el contexto para incidir en cambios propicios al desarrollo de la incidencia de la biomedicina y la biotecnología en la vida. Así, el propósito del currículo debe ser formar estudiantes conscientes, activos y participativos frente a las cuestiones éticas que surgen en el desarrollo de la biomedicina y la biotecnología en un mundo⁴⁴⁴ profundamente inequitativo, multicultural y evolutivo.

Plan de acción simultáneo para integrar la bioética como eje curricular



Se parte de que formar en bioética⁴⁴⁵ está por fuera del currículo tradicional y hegemónico, basado en relaciones verticales y jerárquicas. Ello necesita el contexto de un currículo investigativo, como aquel que plantea Porlán, en que el docente tiene una función en la enseñanza y el estudiante en su responsabilidad con el aprendizaje; pero, sin partir de hechos dados, inamovibles, sino que se pueden transformar por los actores curriculares.

Plan de estudios:

Para esto se deben coordinar e integrar los contenidos existentes mediante la comunicación de los docentes para ajustar en conjunto los temas, los propósitos, las metodologías y las evaluaciones. Así se podrá gestionar la conformación inicial de un eje bioético basado en una concepción grupal, al superar la fragmentación y la perspectiva individual.

Considerar estrategias pedagógicas que promuevan la deliberación y la reflexión en la que se espera que cada estudiante participe, por lo que deben ser en grupos pequeños, entre los que están el ABP, la simulación y otros grupos de discusión que por su tamaño posibilitan la participación activa de cada uno de los estudiantes. Deben incluir la evaluación mediante metodologías como el ECOE, el portafolio, las narrativas, la autoevaluación, la coevaluación por pares y la heteroevaluación por el docente

Extender la bioética a otros problemas curriculares relacionados, como: humanidades, genética, sistema de salud y políticas públicas, sostenibilidad y cuidado ambiental, epidemiología clínica, acto médico, enfermedades críticas y enfermedades crónicas. Se puede considerar para la revisión de los

⁴⁴⁴ HOTTOIS, G. 2007. *Op. cit.*, p.26.

ARISTIZABAL, CH. La justicia y la autonomía como escenarios de encuentros entre Bioética y Salud Pública. En: FRANCO S. y otros. *Bioética y Salud Pública: encuentros y tensiones*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, National Graphics Ltda, 2007. p.p. 55 – 70.

⁴⁴⁵ Este cuestionamiento lo hace: VIDAL, Susana. *Op. cit.*, p. 21.

contenidos bioéticos en el plan de estudios la orientación del Programa de Base de Educación en Bioética que propone la UNESCO⁴⁴⁶.

Se sugiere integrarlos como se presenta en la tabla 4.1 a partir de las problemáticas, que incluyen tanto la necesidad de un eje comunitario, como otro de valores que deben estar en el transcurso de la formación. Este último debe contemplar los eventos en que se ponen en conflicto y se generan dilemas. Las otras categorías son los fundamentos teóricos, las relaciones con los pacientes y las políticas públicas que están en relación directa con los módulos que recomienda la UNESCO.

⁴⁴⁶ UNESCO. Programa de base de estudios en bioética. 2008. [Fecha de consulta: 8 de diciembre de 2012]
Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001636/163613s.pdf>

Tabla 4.1. Propuesta para un plan de estudios de bioética en el currículo de medicina a partir de los módulos propuestos por la Unesco

Problemas bioéticos en la formación médica		Módulos Propuestos por la Unesco	Áreas y núcleos del currículo de medicina de la U de A para acoger los módulos de la Unesco	Semestres correspondientes en el plan de estudios de medicina de la U de A		
Eje de Valores y conflictos entre ellos (Incluye los dilemas)	Eje comunitario con perspectiva bioética colectiva	Fundamentos de la bioética	1. ¿Qué es la ética?	Salud y Sociedad I	1°	
			2. ¿Qué es la bioética?			
			3. Dignidad Humana y Derechos Humanos			
		Relación con los pacientes	4. Beneficios y efectos nocivos	Acto médico, informática médica y epidemiología clínica	5° y 7°	
			5. Autonomía y responsabilidad individual	Acto Médico, Epidemiología Clínica y revisar particularidades en Áreas como Niñez, Adolescencia, Adultez y Vejez	5°, 7°, 8° y 11°	
			6. Consentimiento			
			7. Personas carentes de la capacidad de dar su consentimiento			
			8. Respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal	Salud y Sociedad II y III. Trastornos mentales. Se propone promover un eje comunitario en el plan de estudios	3°, 6°, 8° El eje comunitario estaría en todos los semestres	
			9. Privacidad y Confidencialidad	Acto Médico, Biología de la Célula en el núcleo sobre genoma humano, Adultez: trastornos mentales	5°, 4°, 8°	
			Políticas Públicas en salud	10. Igualdad, Justicia y Equidad	En Salud y Sociedad III en relación con el tema de APS y en Seguridad Social en el área de Adultez	6°, 9°
				11. No discriminación y no estigmatización	Área Salud y Sociedad, Áreas de profesionalización en temas como SIDA, Vejez, entre otros.	1°, 5°,
				12. Respeto de la diversidad cultural y del pluralismo	Salud y Sociedad y reiterar en la práctica clínica	1° y en el ciclo de profesionalización en los semestres 6° al 11°
				13. Solidaridad y cooperación	Salud y Sociedad III	6°
		14. Responsabilidad social y salud				
		15. Aprovechamiento compartido de los beneficios				
		16. Protección de las generaciones futuras		Biología de la célula Núcleo: Médico Ambiente y Salud	2°	
		17. Protección del medio ambiente, la biosfera y la biodiversidad				

Problemas bioéticos en la formación médica	Capacidades formativas a lograr en los estudiantes
Eje comunitario con perspectiva bioética colectiva	Interpretar las necesidades y potencialidades en salud de las comunidades con enfoque bioético y aplicar acciones en salud basadas en valores y principios como la dignidad, el respeto a la autonomía, la justicia, la beneficencia, la no maleficencia, la vulnerabilidad y la integridad.
Eje de Valores y conflictos entre ellos (Incluye los dilemas)	Integrar valores en las actuaciones, especialmente como ciudadanos a partir de una ética cívica, y que puedan discernir y actuar racionalmente con prudencia ante los conflictos de valores y los dilemas.
Fundamentos de la bioética	Integrar elementos de juicio para pensar y actuar con referentes claros de contextos históricos, sociales y culturales, basados en argumentos sustentados éticamente. Es decir, logran un pensamiento crítico para desarrollar prácticas autónomas.
Relaciones con los pacientes	Interactuar con los pacientes en la consideración de los principios bioéticos, conscientes de los cambios que se han efectuado entre éstos y éstas como agentes que toman decisiones sobre sí mismos y como sujetos de derechos, basados en el diálogo respetuoso y en la generación de confianza.
Políticas Públicas en salud	Proponer acciones, iniciativas y soluciones colectivas, en el marco de sociedades complejas y multiculturales, basadas especialmente en la justicia distributiva y en la no maleficencia, con respeto a la autonomía, la vulnerabilidad y la beneficencia, en contextos específicos, locales, regionales, nacionales y globales.

Tabla 4.2 Propuesta de capacidades formativas para los problemas bioéticos en la formación médica

Ámbito institucional:

En la fundamentación teórica curricular se deben integrar en la fundamentación teórica curricular el aporte de la bioética en el cuestionamiento al paternalismo tradicional en las relaciones asistenciales, la concepción emancipatoria de los pacientes a partir de la defensa de los derechos humanos, la defensa del medio ambiente y las organizaciones que se recomiendan como apoyo a la toma de decisiones. Para ello se puede elaborar una cartilla adicional a las que conforman la base teórica de la fundamentación curricular que facilitará, entre otros puntos, la inducción a los docentes cuando ingresan a la institución. Esta contendrá los aportes de la bioética a la renovación curricular.

Promover los debates bioéticos y adelantar jornadas que permitan compartir qué es lo existente en bioética en la institución y en qué se debe avanzar.

Llevar a cabo sistematizaciones, indagaciones e investigaciones sobre las representaciones de los pacientes en el ámbito curricular en las relaciones asistenciales. Ello para establecer tendencias y actuar sobre ellas de manera consciente. Es necesario interrogarse por las formas de relación que se dan en el marco curricular con los pacientes, e investigar sus representaciones para que su voz esté presente en el currículo que debe atender a una participación más efectiva si se considera su aporte con sus experiencias de salud y enfermedad.

Promover el reconocimiento a la vulnerabilidad en la comunidad académica y las acciones para enfrentarla. Se dice que nadie da de lo que no tiene; así, lo primero es mirar la propia contingencia que

se tiene en la comunidad académica en donde la vulnerabilidad está presente, para actuar en consecuencia.

Escenarios de Práctica: es necesario integrar un enfoque bioético de las relaciones asistenciales al desarrollo de los convenios docencia servicio. Las conversaciones entre representantes de instituciones formadoras y las prestadoras de servicios deben incluir en sus agendas, la forma en que van a mediar para avanzar en relaciones asistenciales más democráticas con los pacientes, con las familias y las comunidades. Las primeras pueden aportar módulos de capacitación en los que haya el intercambio de reflexiones entre participantes para revisar y actuar sobre las tendencias que predominan en la búsqueda de aquellas más horizontales. El fin debe ser posibilitar el respeto a los derechos humanos como valores mínimos e impulsar otros que eleven la calidad ética de la profesión médica y los servicios de salud.

Promover un escenario de práctica que permita desarrollar ampliamente un enfoque bioético de la relación con los pacientes.

Diálogo con otros actores

En este aspecto se requiere tener en cuenta la acción curricular que se debe desarrollar en los escenarios de práctica, en el diálogo con diversos actores por fuera del currículo (Tribunal de Ética Médica, Academias de Medicina, Asociaciones científicas, Agremiaciones)

Conclusión general

Este estudio se justificó al poner de relieve una dimensión bioética debilitada dentro de un currículo que se ha planteado una dinámica de transformaciones y renovaciones constantes. Las conclusiones y los lineamientos que se presentan son el resultado de la interpretación y el análisis de los significados de los actores curriculares institucionales, que le otorgan la fuerza a los planteamientos y lineamientos resultantes, también con el respaldo y la sustentación a partir de distintas fuentes académicas. Ello permitirá lograr resonancia en la comunidad académica en la que se hizo el estudio, con el fin de que adelanten cambios que articulen la bioética con mayor fortaleza en la formación médica.

Además, el fortalecimiento de la bioética pasa por su proyección en la educación en todos sus niveles, uno de ellos el de la formación profesional, en este caso de los médicos. Por otro lado, la expectativa es que esta investigación aporte experiencias, reflexiones y posibilidades a otros currículos. La limitación del estudio fue la falta de indagación a los pacientes y comunidades como actores de ese currículo, cuya voz se hace necesaria para la defensa activa de sus derechos, que son los de todos, en la posibilidad tan real de estar en esa función en distintos momentos de la vida. Se propone continuar con indagaciones al respecto.

Se validaron para el currículo estudiado varias formulaciones planteadas por otros autores y se encontró la relevancia de otras consideraciones del enfoque bioético, como la tríada paciente, estudiante, profesor, proyectada a las familias y comunidades, más allá de la relación médico paciente, fundamento que se requiere contemplar en su complejidad pedagógica y bioética. Además, está el desarrollo de un eje comunitario que en el currículo permita configurar capacidad de cambio al movimiento bioético que se produce, ya que muchos enfoques permanecen sólo en la clínica.

Así, emerge una propuesta que relaciona diversos componentes curriculares para comprender la acción expansiva de la bioética en diversos espacios curriculares y entre los actores que intervienen en los procesos formativos. La invitación es al avance en la configuración de un fuerte movimiento bioético sustentado en un currículo con enfoque en ese campo, que incida en cambios de las personas que intervienen en la formación de los médicos, como en transformaciones sociales que avancen en el reconocimiento a los derechos humanos y en mayor bienestar colectivo.

5. Bibliografía

ABAD GÓMEZ, Héctor. *Teoría y práctica de salud pública*. Medellín: Universidad de Antioquia, 1987.

AGUILAR RIVERA, José Antonio. 'Transparencia y democracia: claves para un concierto [en línea]. 4ª ed. En: Cuadernos de Transparencia 10. México: Instituto Federal de Acceso a la Información IFAI, 2008. [Fecha de consulta: 11 de agosto de 2012]. Disponible en: <http://www.seg.guanajuato.gob.mx/CEducativa/Maestros/Formacin%20Continua%20Maestros/Aguilar%20Rivera,%20Jose%20Antonio.%20Transparencia.pdf>

ARIAS VALENCIA, María Mercedes. La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2000, **XVIII**(1),13-26.

ARISTIZABAL SALAZAR, María Nubia y GALEANO MARÍN, María Eumelia. Cómo se construye un sistema categorial. La experiencia de la investigación: Caracterización y significado de las prácticas académicas en la Universidad de Antioquia, sede central 2007 – 2008. *Estudios de Derecho. Universidad de Antioquia*. 2008, **LXV**(145),161-187.

ARISTIZABAL, CH. La justicia y la autonomía como escenarios de encuentros entre Bioética y Salud Pública. En: FRANCO S. y otros. *Bioética y Salud Pública: encuentros y tensiones*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, National Graphics Ltda, 2007. pp. 55 – 70.

ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL. Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la Enseñanza Médica [en línea]. [Fecha de consulta: 12 de octubre de 2012]. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/e15/index.html>

ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL. Manual de Ética médica [en línea]. 2ª ed, 2009 [fecha de consulta: 22 de agosto de 2012] p.5. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/30ethicsmanual/index.html>

BARON, Richard J. An Introduction to Medical Phenomenology: I Can't Hear You While I'm Listening. *Annals of Internal Medicine*. 1985, **103**(4), 607-611.

BEAUCHAMP, T. CHILDRESS. *Principles of Biomedical Ethics*. 6a ed. New York: Oxford University Press, 2009.

BECA, Juan Pablo., et al. Relación estudiante de medicina-enfermo: visión de los estudiantes [en línea]. *Rev. méd. Chile*. 2007, **135**(12), 1503–1509, 2007. [Fecha de consulta: 15 de noviembre de 2010].

Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007001200001&lng=es&nrm=iso

BERGER, PL, LUCKMAN, T. Los fundamentos del conocimiento en la vida cotidiana. En: *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu, 2001, pp. 36-65.

BLUMER, H. Symbolic interactionism: Perspective and method. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 1969.

BORE, Miles *et al.* Selection of medical students according to their moral orientation. *Medical Education*. 2005, **39**(3), 266–275.

BRUNER, J.S. *La importancia de la educación*. Paidós, Barcelona, 1997.

BUENDÍA LÓPEZ, Ana Laura, ALVAREZ DE LA CADENA SANDOVAL, Carolina. Nivel de conocimiento de la Bioética en carreras de odontología de dos universidades de América Latina [en línea]. *Acta Bioethica*. 2006, **12**(1), 41–47, 2006. [Fecha de consulta: 31 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v12n1/art06.pdf>

CALDICOTT, Catherine V. y FABER-LANGENDOEN, Kathy. Deception, discrimination, and fear of reprisal: lessons in ethics from third-year medical students. *Academic Medicine*. 2005, **80**(9), 866–873.

CAMPS, Victoria. *La voluntad de vivir. Las preguntas de la bioética*. Barcelona: Ariel, 2005.

CAMPS, Victoria. *Una vida de calidad. Reflexiones sobre bioética*. Barcelona: Ares y Mares, 2001.

CAREY, Ann Carey. El efecto del grupo en los grupos focales: planear, ejecutar e interpretar la investigación con grupos focales. En: MORSE, Janice. *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 2003, pp. 262-280.

CARMONA, JAIME. La carrera de las niñas soldado en Colombia: un estudio desde el punto de vista del agente. Trabajo de titulación (Doctor en psicología), Madrid: Universidad Complutense de Madrid, 2009.

CARRETERO, Mario. *Constructivismo y Educación*. Madrid: Edelvides, 1993.

CORDINGLEY, Lis *et al.* Undergraduate medical students' exposure to clinical ethics: a challenge to the development of professional behaviours? *Medical Education*. 2007, **41**, 1202–1209.

CORE COMMITTEE, INSTITUTE FOR INTERNATIONAL MEDICAL Education. Global minimum essential requirements in medical education [en línea]. *Med Teach*. 2000, **24**(2), 130-135 [fecha de consulta: 12 de octubre de 2012]. ISSN: 1466-187X. Disponible en: <http://www.iime.org/documents/gmer.htm>

CORTINA, Adela. *El Mundo de los valores. "Ética Mínima" y educación*. 2ª ed. Bogotá: El Buho Ltda, 1998.

COPI, Irving M. y COHEN, Carl. Introducción a la lógica. 8ª ed. México: Limusa

COUCEIRO, A y MUÑOZ, M. La enseñanza de bioética en medicina: una propuesta de desarrollo curricular. *Revista Educación Ciencias de la Salud*. 2007, **4**(2), 93.

COUCEIRO, Azucena. Aprendizaje práctico de la bioética en el pregrado: objetivos, herramientas docentes y metodología. *Educ Med.* 2012, **15** (2), 79-87.

COUCEIRO, Azucena. *Bioética para clínicos*. Madrid: Triascastela, 1999.

COUCEIRO, Azucena. Cinco mitos sobre la enseñanza de la bioética en las Facultades de Medicina. *Rev Educ Cienc Salud.* 2009, **6**(2), 68-74.

CUMBRE MUNDIAL DE EDUCACIÓN MÉDICA. DECLARACIÓN DE EDIMBURGO 1993 [en línea]. *Rev Cubana Educ Med Super.* 2000, **14**(3), 270-83 [fecha de consulta: 3 de julio de 2012]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol14_3_00/ems07300.htm

DE LA FUENTE, Juan Ramón. Responsabilidad Social del Médico. *Revista MEDICINA.* 2002, **24** (60): 167-8.

DE ZUBIRIA, SERGIO. Bioética, emociones e identidades. *Revista Colombiana de Bioética.* 2007, **2**(1),115-132.

DELORS, Jacques *et al.* *La educación encierra un tesoro. Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el Siglo XXI*. Compendio [en línea]. París: Ediciones UNESCO, 1996 [fecha de consulta: 8 de enero de 2013]. Disponible en:http://www.unesco.org/pv_obj_cache/pv_obj_id_420FABF525F4C4BBC4447B3D78E7C24EC1311100/filename/DELORS_S.PDF

DUQUE, Luis Fernando, TORO, Jorge Arbey, MONTOYA, Nilton. Tolerancia al quebrantamiento de la norma en el área metropolitana de Medellín, Colombia. *OPINIÓN PÚBLICA*, Campinas. Junho, 2010, **16** (1), 64-89.

DÜWELL, Marcus, REHMANN-SUTTER, Christoph y MIETH, Dietmar. *The Contingent Nature of Life. Bioethics and the limits of human existence*. Berkeley: Springer, 2008.

ECHEVERRÍA, Javier. *La revolución tecnocientífica*. Madrid: Fondo de Cultura Económica, 2003. p.237.

ECKLES, R.E., MESLIN, E.M., GAFFNEY, M., HELFT, P. Medical Ethics Education: Where Are We? Where Should We Be Going? *A Review. Academic Medicine.* 2005, **80**(12), 1145 – 1152.

ESCOBAR TRIANA, Jaime. ¿Por qué enseñar Bioética Clínica en América Latina? Clases en el Doctorado de Bioética en la Universidad El Bosque. 2010.

ESCOBAR TRIANA, Jaime. *Dimensiones ontológicas del cuerpo*. 2ª ed. Bogotá: Kimpres Ltda, 2008.

ESCOBAR TRIANA, Jaime. *Morir como ejercicio final del derecho a una vida digna*. 2ª ed. Bogotá: Kimpres Ltda, 2000.

ESCOBAR, H. *et al.* Validación de un instrumento de caracterización del razonamiento moral en estudiantes de medicina. *Revista Iberoamericana de psicología: Ciencia y Tecnología.* 2009, **2** (1), 53-66 (Fecha de consulta 5 de diciembre de 2010). Disponible en: http://www.iberoamericana.edu.co/Publicaciones/RevistaIberoPsicologia/R02_ARTICULO5_PSIC.pdf

FEDERACIÓN MUNDIAL PARA LA EDUCACIÓN MÉDICA. Cumbre Mundial de Educación Médica. Declaración Edimburgo 1993. *Rev Cubana Educ Med Super.* 2000, **14**(3), 276.

FEITO, L. Vulnerability. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra.* 2007, **30**(3), 7-22.

FERRER, Jorge José. Los principios de la Bioética. *Cuadernos del programa Regional de Bioética.* 1999, (7), 38-62.

FERRER, LUES, Marcela. Equidad y justicia en salud. Implicaciones para la bioética [en línea]. *Acta Bioethica.* 2003, **IX**(1),113-126 [Fecha de consulta: 30 de agosto de 2012]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2003000100011&script=sci_arttext

FRANCO PELÁEZ, Zoila Rosa y HOOVER VANEGAS, José. Significado de la bioética en comunidades académicas de salud y educación. Manizales: Universidad de Caldas, 2007.

FRANCO PELÁEZ, Zoila Rosa. ¿Por qué la evaluación en el medio educativo debe ser ética para un desarrollo verdaderamente humano? *Rev. Eleuthera.* 2008, **2**, 144-164 [fecha de consulta: 17 de diciembre de 2012] Disponible en: http://eleuthera.ucaldas.edu.co/downloads/Elleuthera2_8.pdf

FREIRE, Paulo. *La educación como práctica de la libertad.* 49 ed. Tierra nueva (Uruguay): Siglo XXI. 2001.

GALEANO MARÍN, M.E. Ponencia presentada al Encuentro Nacional sobre Prácticas Universitarias: “Las Prácticas Universitarias: opción de formación integral y de responsabilidad social” Pontificia Universidad Javeriana, Auditorio Félix Restrepo, S.J. Bogotá, 20 y 21 de noviembre de 2008 Proyecto de investigación: “Caracterización y significados de las prácticas académicas en los programas de pregrado de la Universidad de Antioquia, sede Medellín 2007-2008.

GALEANO, E. *Estrategias de investigación social cualitativa. El giro de la mirada.* Medellín: La Carreta Editores E.U., 2007.

GARRAFA, Volnei y PORTO, Dora. Bioética, poder y injusticia: por una ética de intervención [en línea]. [Fecha de consulta: 24 de octubre de 2012] Universidad del Museo Social Argentino. Disponible en: <http://www.bioetica.org/umsa/biblioteca/volnei.htm>

GOLDIE J. SCHWARTZ L. MORRISON, J. A process evaluation of medical ethics education in the first year of a new medical curriculum. *Medicinal Education.* 2000, **34**(6), 468-473, [Fecha de consulta: 16 de agosto de 2010] Disponible en: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=1546390>

GOLDIE, J., SCHWARTZ, L., McCONNACHIE, A. y MORRISON, J. The impact of three years' ethics teaching, in an integrated medical curriculum, on students' proposed behaviour meeting ethical dilemmas. *Medical Education.* 2002, **36**, 489- 497,.

GÓMEZ ARIAS, R.D., RODRÍGUEZ OSPINA, F.L., MARTÍNEZ RUIZ, O., AGUDELO VANEGAS, N.A., ZEAS, L.E Y ROLANDO GONZÁLEZ, E. Gestión de políticas públicas y salud [en línea]. *Hacia la Promoción de la Salud.* 2005, 10, 6 – 7 [fecha de consulta: 14 de octubre de 2010]. Disponible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2010_2.pdf

GONZÁLEZ DURÁN, Carlos. La transparencia democrática [en línea]. *Dialéctica*. 1992, **22**, 76-81 [fecha de consulta: 11 de agosto de 2012]. Disponible en: <http://148.206.53.230/revistasuam/dialectica/include/getdoc.php?id=389&article=409&mode=pdf>

GONZÁLEZ, Juliana. Autonomía y humanismo. *Revista de la Universidad de México* [en línea]. 2004, (7), 72-76 [fecha de consulta: 23 de septiembre] Disponible en: <http://www.revistadelauniversidad.unam.mx/0704/pdfs/72-76.pdf>

GONZÁLEZ, Juliana. Introducción. ¿Qué ética para la bioética? En: *Perspectivas de bioética*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Filosofía y Letras. Comisión Nacional de los Derechos Humanos y Fondo de Cultura Económica, 2008, pp. 33 - 374.

GRACIA, D. Entrevista en video [fecha de consulta: 7 de septiembre de 2012]. Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=nWfk8sIUfOk>

GRACIA, D. *Fundamentos de bioética*. 3ª ed. Madrid: Triacastela, 2008.

GRACIA, Diego. *Fundamentación y enseñanza de la bioética*. 2ª ed. Bogotá: Códice Ltda, 2000.

HICKS, Lisa *et al.* Understanding the clinical dilemmas that shape medical students' ethical development: questionnaire survey and focus group study [en línea]. *BMJ*. 2001, **322**, 709–710. [Fecha de consulta: 16 de agosto de 2009]. Disponible en: <http://www.bmj.com/cgi/content/short/322/7288/709>

HOTTOIS, G. *¿Qué es la Bioética?*, Trad. Por Chantal Aristizabal, Bogotá: Universidad El Bosque, 2007.

HOTTOIS, G. Dignidad humana y bioética. Un enfoque filosófico crítico. *Rev. Colombiana de bioética*. 2009, 4 (2), 53-83.

HOTTOIS, G. *El paradigma bioético. Una ética para la tecnociencia*. Barcelona: Anthropos, 1991.

ISAZA LE, HENAO BL y GÓMEZ ME. Tendencias curriculares en las propuestas de práctica pedagógica. En: *Práctica pedagógica: horizonte intelectual y espacio cultural*. Medellín: Editorial Marín Vieco Ltda., 2005, pp. 36-84.

ITAI, K., ASAI, A., TSUCHIYA, Y., ONISHI, M., KOSUGI, S. How do bioethics teachers in Japan cope with ethical disagreement among healthcare university students in the classroom? A survey on educators in charge. *J Med Ethics*. 2006, **32** (5), 303–308.

KANT, Emmanuel. ¿Qué es la Ilustración? [en línea] *Foro de Educación*. 2009, **11**, 249-254 [fecha de consulta: 5 de noviembre de 2012]. Disponible en: <http://www.forodeeducacion.com/numero11/018.pdf>

KANT, Emmanuel. Capítulo Segundo. Tránsito de la filosofía moral popular a la metafísica de las costumbres. En: *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. México: Porrúa, 1972, pp. 29-55.

KELLY, Emily y NISKER, Jeff. Increasing bioethics education in preclinical medical curricula: what ethical dilemmas do clinical clerks experience? *Academic Medicine*. 2009, **84**(4), 498–504.

KEMMIS, Stephen. *El curriculum: más allá de la teoría de la reproducción*. Madrid: Ediciones Morata. 1988.

KOHLBERG, L. POWER, F.C., HIGGINS, A. *La educación moral según Lawrence Kohlberg*. Barcelona: Gedisa, 1989.

LAÍN, Entralgo. *La relación médico enfermo*. Madrid: Alianza, 1983.

LEÓN CORREA, Francisco Javier. Enseñar bioética: cómo transmitir conocimientos, actitudes y valores. *Acta Bioética*. 2008, **14** (1), 11-18.

LEWIN, Linda Orkin y LANKEN, Paul N. Longitudinal small group learning during. *Family medicine*. 2004, **4** (36), S83–S88.

Ley 115 de 1994. Por la cual se expide la ley general de educación. Diario Oficial No. 41.214. Bogotá, Colombia, 8 de febrero de 1994.

MALDONADO, Carlos Eduardo. Ética sin metafísica ¿y la bioética qué? *Revista latinoamericana de bioética*. 2011, **11**(1), 10-21.

MARTÍNEZ, Rafael. La Justicia. En: CORTINA, Adela (ed). *Diez palabras clave en Ética*. Estella (Navarra): Verbo Divino, 2008.

MARTÍNEZ, Zoraida; MELÉNDEZ, Isabel y VÁSQUEZ, Yomaira. Conocimientos sobre los principios bioéticos y su aplicación en el manejo de pacientes con diagnóstico de muerte cerebral en estudiantes del séptimo semestre de enfermería de la Universidad Lizandro Alvarado Barquisimeto. Junio–diciembre de 2005 [en línea]. [Fecha de consulta: 14 de agosto de 2009]. Disponible en: http://bibmed.ucla.edu.ve/edocs_bmucla/textocompleto/TIWI85DV4M37c2005.pdf

MOLINA, G. CABRERA, G. A. (Compiladores) *Políticas Públicas en salud: aproximación a un análisis*. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia, 2008.

MORETO, Graziela *et tal*. Una nueva metodología docente en bioética: experiencias con la aplicación del portafolio a estudiantes de medicina en Brasil. *Pers. Bioét*. 2008, **12**(31), 132 – 144.

NACER, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA Percepción de los usuarios y los agentes de salud de la calidad de los servicios de protección específica y detección temprana, en la ciudad de Medellín 2010 – 2011. Convenio de asociación 4600028796, celebrado entre la Secretaría de Salud de Medellín y la Universidad de Antioquia / Nacer, Salud Sexual y Reproductiva. Medellín – Colombia, 2012. p. 68.

NACIONES UNIDAS. *Objetivos de Desarrollo del Milenio. La progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: Naciones Unidas, 2008 [fecha de consulta: 7 de enero de 2012] <http://www.unicef.org/lac/2008-ODMSaludcompletoFinalsh.pdf>

NAESSENS, Hilda. Ética pública y transparencia. Congreso Internacional 1810-2010: 200 años de Iberoamérica [en línea], pp. 2113 - 2130 [fecha de consulta: 11 de agosto de 2012] Disponible en: http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/53/15/32/PDF/AT15_Naessens.pdf

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. DEPARTAMENTO DE MEDICAMENTOS ESENCIALES Y POLÍTICA FARMACÉUTICA. El debate sobre las patentes de medicamentos. En: Globalización y acceso a los medicamentos. Serie "Economía de la salud y medicamentos", No. 07,

1999. [Fecha de consulta: 13 de abril de 2013]. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jwhozip47s/3.5.1.html>

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA EDUCACIÓN, LA CIENCIA Y LA CULTURA. DIVISIÓN DE LA ÉTICA DE LAS CIENCIAS Y DE LAS TECNOLOGÍAS SECTOR DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos [en línea]. 2006, p.5 [fecha de consulta: 11 de julio de 2012]. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180s.pdf>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Y ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *La renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas* [en línea]. Washington, D.C: OPS, 2007 [fecha de consulta: primero de diciembre de 2012]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/AD/THS/OS/APS_spa.pdf

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. DEPARTAMENTO DE REDUCIR LOS RIESGOS DEL EMBARAZO. *Trabajando con individuos, familias y comunidades para mejorar la salud materna y neonatal* [en línea]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Departamento de reducir los riesgos del embarazo, 2010 [fecha de consulta: 6 de enero de 2013]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_MPS_09.06_spa.pdf

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)* [en línea]. Washington, D.C: OPS, 2007 [fecha de consulta: 5 de junio de 2012] Disponible en: http://www.paho.org/spanish/AD/THS/OS/APS_spa.pdf

ORKIN LEWIN L. y LANKEN P. N. Longitudinal Small-group Learning During. *Fam Med.* 2004, **36**, S83-S88.

OUTOMURO, Delia. Fundamentación de la enseñanza de la bioética en medicina. *Acta Bioethica.* 2008, **14**(1), 19-29.

OVALLE, CONSTANZA. *Práctica y significado del consentimiento informado en hospitales de Colombia y Chile. Estudio de casos. Trabajo para optar por el Doctorado en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud Universidad de Manizales* – CINDE. Colección BIOS Y OIKOS 7. Bogotá: Ediciones El Bosque, 2009.

PERALES CABRERA, Alberto. Ética y humanismo en la formación médica. *Acta Bioethica.* 2008, **14**(1),30–38.

PÉREZ OLMOS, I. y DUSSÁN-B, M. Validación de la prueba Defining Issues Test con estudiantes de Medicina en la Universidad de El Rosario, en Colombia [en línea]. *Revista Electrónica de Investigación Educativa.* 2009, **11**(1), 1-13. [Fecha de consulta: 17 de diciembre de 2012] Disponible en: <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=15511137009>

PERSAD, Govind C, ELDER, Linden. SEDIG, Laura. FLORES, Leonardo. J. EMANUEL, Ezekiel J. The Current State of Medical School Education in Bioethics, Health Law and Health Economics. *Journal of law, medicine & ethics.* 2008, **36**(1), 91.

PFEIFFER, M.L. Volver a la dignidad. *Rev. Colombiana de Bioética.* 2009, **4**(2), 117-130.

PINTO BUSTAMANTE, BJ. Bioética narrativa y relación médico-paciente en los ámbitos formativos en medicina. Memorias III Congreso internacional REDBIOÉTICA UNESCO para América Latina y el Caribe. 2010. pp. 665-676.

PINTO BUSTAMANTE, Boris. Prácticas narrativas en Bioética: una oportunidad para la experiencia, la edificación y la deliberación. *Revista Colombiana de Bioética*. 2011, **6**(especial), 110-121.

POTTER. Van Rensselaer. *Global Bioethics*. Michigan State: University Press, 1988.

PROGRAMA DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS DE SALUD DE LA OPS. Los cambios de la profesión médica y su influencia sobre la educación médica [en línea]. *Educ Med Salud*. 1994, **28**(1), 7-19 [fecha de consulta: 3 de julio de 2012] Disponible en: <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/16884.pdf>

ROBB, A., ETCHELLS, E., CUSIMANO, M., COHEN, R., SINGER P., MCKNEALLY, M. A randomized trial of teaching bioethics to surgical residents. *The American Journal of Surgery*. 2005, **189**(4), 453-457

ROBERTS, Laura Weiss *et al.* Becoming a good doctor: perceived need for ethics training focused on practical and professional development topics. *Acad Psychiatry*. 2005, **29**(3), 301–309.

ROBERTS, Laura Weiss., *et al.* Teaching medical students to discern ethical problems in human clinical research studies. *Academic Medicine*. 2005, **80**(10), 925–930.

SÁNCHEZ, M.A. *Historia, Teoría y Método de la Medicina: Introducción al pensamiento Médico*. Barcelona: Masson, 1988.

STRAUSS A. CORBIN J. *Bases de la investigación cualitativa, técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Editorial de la Universidad de Antioquia, 2002.

UNESCO. Programa de base de estudios en bioética [en línea]. Montevideo: Unesco, 2008 [fecha de consulta: el 8 de diciembre de 2012] Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001636/163613s.pdf>

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, VICERRECTORIA DE DOCENCIA, VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN. GRUPO INTERDISCIPLINARIO DE PRÁCTICAS ACADÉMICAS. Voces y Sentidos de las prácticas académicas, número 4. Informe final de la investigación Caracterización y significados de las prácticas académicas. Medellín: Imprenta Universidad de Antioquia, 2011.

VÁSQUEZ ROCCA, Adolfo. La posmodernidad. nuevo régimen de verdad, violencia, metafísica y fin de los metarrelatos. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*. 2011, **29**(1), 285-300 [fecha de consulta: 9 de agosto de 2012]. ISSN 1578-6730. Disponible en: <http://www.ucm.es/info/nomadas/29/avrocca.pdf>

VENTURELLI, J. *Educación médica: nuevos enfoques, metas y métodos*. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Serie Paltex, Salud y Sociedad, 2.000.

VIDAL, Susana María (editora) *La educación en bioética en América Latina y el Caribe: experiencias realizadas y desafíos futuros* [en línea]. Montevideo: UNESCO, 2012 [fecha de consulta: 9 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/shs/2012/EducacionBioeticaALC-web.pdf>

VILLEGAS, E.M. Eje social curricular y autonomía: desafíos y limitaciones en un programa de medicina. Memorias. Tercer Congreso Internacional de la REDBIOÉTICA UNESCO para América Latina y el Caribe, Bioética en un continente de exclusión: de la reflexión a la acción, Bogotá, Colombia, noviembre de 2010, pp. 704-711.

VILLEGAS, E.M., AGUIRRE MUÑOZ, C.A, DÍAZ HERNÁNDEZ, D.P, GALINDO CÁRDENAS, L.A. ARANGO RAVE, M.E. KAMBOUROVA, M. M. JARAMILLO MARÍN, P. A La función del tutor en el aprendizaje basado en problemas en la formación médica de la Universidad de Antioquia. *Iatreia*. 2012, **25**(3), 261-271.

VILLEGAS, Elsa. Tendencias de la formación bioética en los currículos universitarios. *Revista Colombiana de Bioética*. 2011, **6**(1), 103-124.

WEISS ROBERTS, L., WARNER, TD, GREEN HAMMOND, KA, BRODY; JL, KAMINSKY, A, ROBERTS, B. Teaching Medical Students to Discern Ethical Problems in Human Clinical Research Studies. *Academic Medicine*. 2005, **80** (10), 925 – 930.

WHITEHEAD, M. DAHLGREN, G. *Conceptos y principios de la lucha contra las desigualdades sociales en salud: Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población- Parte 1* [en línea] Centro Colaborador de la OMS para la Investigación Política de los Determinantes Sociales de la Salud, Universidad de Liverpool. Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010 [fecha de consulta: 1o de septiembre de 2012]. Disponible en: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/salud-publica-y-atencion-primaria-de-salud/otros-recursos-1/lecturas/bloque-ii/Desigualdades%20sociales%20Europa%201.pdf>

WORLD FEDERATION FOR MEDICAL EDUCATION. Basic Medical Education WFME Global Standards For Quality Improvement. The 2012 Revision WFME Office · University of Copenhagen · Denmark 2012 [en línea] [fecha de consulta: 12 de octubre de 2012]. Disponible en: <http://www.wfme.org/standards/bme>

ZAVALA, Salomón y SOGI, Cecilia. Evaluación de la formación ética en internos de medicina 2003, Universidad Nacional Mayor de San Marcos [en línea]. *Anales de la Facultad de Medicina*. 2007, **68**(1), 5–18. [Fecha de consulta: 15 de noviembre de 2010]. Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/anales/v68n1/pdf/a02v68n1.pdf>

A. Anexo 1. Consentimiento Informado

Estimado estudiante o profesor: lo/a invito para que aporte sus respuestas en la investigación que le presento en este documento. Usted debe leer completamente este consentimiento y entenderlo a cabalidad. La investigadora y su asistente aclararán cualquier duda que le surja. También se le entregará una copia firmada del mismo. El Consentimiento informado es importante para que los participantes conozcan la intencionalidad del estudio, qué busca aportar, mediante qué forma y que conozcan su derecho a participar o no. Si hay preguntas que de alguna manera le sean molestas o le causen problema, no tiene que contestarlas. Usted puede retirarse en el momento que quiera, aún si dio su aprobación para participar en un comienzo.

Los “**significados**” son representaciones que nos permiten comprender el mundo cotidiano y se construyen en las conversaciones e intercambios con los otros. Esas representaciones se forman a partir de los conocimientos, las emociones, las actitudes y los valores que son la base de nuestras relaciones con los demás. Por otra parte, la “**Bioética**” estudia las cuestiones éticas en la incidencia de la tecnología y la ciencia en la vida. Con el término “**actores**” se hace referencia a las personas que intervienen en la construcción del currículo y son los estudiantes, profesores y directivos.

Investigadora: Elsa María Villegas Múnera. Oficina 131 Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia (U. de A.), Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Teléfonos: 2196040 – 2196041. Dirección electrónica: mpysp@medicina.udea.edu.co. **Los asesores del proyecto** fueron los profesores Constanza Ovalle y Sergio De Zubiria Samper del programa del doctorado en Bioética de la Universidad El Bosque. La primera es la directora de la tesis y su correo es ovalle.constanza@gmail.com.

El estudio se llevará a cabo en: la Facultad de Medicina de la U. de A. El proyecto es respaldado por la Universidad El Bosque que está en la ciudad de Bogotá, como tesis del doctorado en Bioética. Se presentará al Sistema de Investigaciones de la Universidad de Antioquia. Es financiado por la investigadora como parte de su posgrado, en el que ha contado con el apoyo de las autoridades de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

El propósito de la investigación es: conocer los significados sobre Bioética que expresan los estudiantes, profesores y directivos de la Facultad de Medicina de la U. de A. Éstos se van a relacionar con las orientaciones pedagógicas de esta dependencia para analizar encuentros y desencuentros; el fin es aportar orientaciones curriculares que estén acordes con las necesidades de los estudiantes y las que se plantean en la sociedad.

La importancia del proyecto está en que permitirá fortalecer la formación integral en la dimensión relacionada con la Bioética. Se partirá de las necesidades que se encuentren en la investigación. Además, este estudio se propone dar voz a los estudiantes y a los profesores sobre las temáticas relacionadas con la Bioética.

Este proyecto se justifica por la necesidad de posicionar la Bioética en los procesos formativos ya que es una tarea curricular pendiente. El estudio permitirá acercarse al grado de desarrollo de este campo interdisciplinario en ese programa, y creará inquietudes e interrogantes en los actores durante el proceso investigativo. También fomentará la reflexión sobre los aportes de la Bioética y proporcionará las bases para construir y fortalecer lineamientos formativos en relación con las necesidades actuales.

Se le invita a participar a usted porque se parte de considerar que los estudiantes, profesores y directivas son personas que intervienen activamente en la construcción del currículo y en el conocimiento sobre éste.

Su nombre no será conocido por ninguna persona ajena a la investigación. La encuesta (o entrevista o grupo focal) es anónima y se respetará la confidencialidad de los nombres de las personas. Los materiales usados para las encuestas y las entrevistas serán guardados bajo llave y con la responsabilidad del investigador principal. En el procesamiento, análisis e informe no se identificarán los nombres de los participantes. Todo el material recolectado se identificará con un código y nunca con su nombre. Se destruirá al final de la investigación o le será devuelto si usted lo solicita.

El número total de participantes que se espera tener es cerca de 340 personas entre estudiantes, profesores y directivos.

La expectativa es contar con su participación durante el tiempo que se requiere para responder la encuesta, o intervenir en la entrevista o en un grupo focal (esto va de 20 minutos hasta 2 horas).

Procedimientos del estudio: este estudio se considera de riesgo mínimo por tratarse de encuestas, grupos focales, entrevistas semiestructuradas y observación participante. El riesgo es que no se obtenga respuesta por parte de los actores hasta lograr los objetivos y la construcción de conocimiento propia de la investigación comprensiva. Se espera adelantar la motivación necesaria para superar esa situación considerando que es una necesidad de la institución avanzar en este campo de la Bioética. También la investigadora depende de terminar este estudio para lograr culminar su doctorado en Bioética para el cual ha recibido apoyo de las autoridades de la Facultad de Medicina.

Luego de recoger la información, ésta se analizará mediante un programa sistematizado en el caso de la encuesta; para las entrevistas, los grupos focales se procederá a un análisis cualitativo que nos permita identificar los factores que se resaltan por ser compartidos, o aquellos que aunque aparezcan en una o pocas personas, resultan importantes para entender todos los significados sobre Bioética que se están expresando.

Entre los **riesgos posibles** está el cansancio por la entrevista, la dificultad para contestar por diversos motivos de índole personal o de otra clase, u otros que puedan surgir durante su participación.

El participante deberá responder de manera autónoma y con sinceridad las preguntas formuladas. La información que aquí se recoge será utilizada sólo para efectos de este estudio. Esperamos allegar todos los datos requeridos para alcanzar resultados válidos.

Las obligaciones de la investigadora se orientan a mantener en confidencialidad los nombres de las personas que aportan conocimientos en este estudio; buscará completar este estudio y que culmine con aportes al currículo. Además, elaborará por lo menos un artículo de revista de circulación nacional, preferiblemente internacional, a partir del conocimiento que resulte de la investigación.

Las personas que acepten participar de esta investigación no tendrán que aportar ningún costo. Por otra parte, espero hacerle conocer los resultados de este estudio en el que usted participa.

Otros métodos para este tipo de estudios pueden incluir escritos de las personas sobre las temáticas propuestas. Las ventajas de las actividades propuestas aquí (encuesta, entrevista y grupos focales) es que se pueden hacer en las conversaciones con las personas y los grupos o en una encuesta que se responda en corto tiempo; es más dispendioso para los participantes ponerse en la tarea de escribir y así sería más difícil y complejo recoger la información.

Beneficios: su participación le permite ser constructor de conocimiento para el currículo en el que usted hace parte.

Resultados esperados: lineamientos curriculares para la formación en Bioética de los estudiantes de Medicina de la Universidad de Antioquia; exposición de los resultados en el Comité de Currículo, en la Comisión Pedagógica y en la comunidad académica de esa institución. Artículo de publicación nacional, preferiblemente internacional. El aporte al sistema educativo nacional se dará por el avance en un estudio de significados sobre Bioética, para comprender necesidades curriculares y voces de actores académicos, que deben ser contempladas en un medio con escasa investigación de esa problemática en la educación superior.

Aceptación de la participación

Manifiesto que no he recibido presiones verbales, escritas y/o mímicas para participar en el estudio; que dicha decisión la tomo en pleno uso de mis facultades mentales, sin encontrarme bajo efectos de medicamentos, drogas o bebidas alcohólicas, consciente y libremente

Participante Cédula de ciudadanía

Firma- Dirección – teléfono

Testigo 1 Cédula de ciudadanía

Firma- Dirección – teléfono

Testigo 2. Cédula de ciudadanía

Firma- Dirección – teléfono

Investigador responsable. Cédula de ciudadanía: 32'528.608.

Firma

Dirección – teléfono: Facultad de Medicina Universidad de Antioquia. Of 391. E-mail: mpysp@medicina.udea.edu.co

B. Anexo 2. Encuesta a los estudiantes

A. Datos personales

Fecha de realización de la encuesta	Día____ Mes____ Año____ (en números)
Género (marque con X)	Femenino____ Masculino____
Edad	
Municipio donde vivió la mayor parte de sus estudios básicos y secundaria	
Semestre académico que cursa en medicina	

B. Significados sobre Bioética

1. ¿Durante el transcurso de su formación ha tenido la oportunidad de revisar contenidos sobre la Bioética? Elija solo **una** de las siguientes respuestas marcando una X al frente

- Si
- No
- No sé o no recuerdo

2. ¿Qué significa para usted la Bioética? Elija la respuesta que mejor exprese ese significado poniendo X al frente de **una** de las opciones.

- a) Algo religioso o moral.
- b) La aplicación de los principios de Beneficencia, No maleficencia, Justicia y Autonomía en la evaluación de las investigaciones con seres humanos.
- c) La reflexión sobre la relación médico paciente y la aplicación de unas orientaciones o criterios éticos en esa interacción.
- d) Un campo de investigaciones, de prácticas y de saber que trata de responder los asuntos éticos del impacto del desarrollo de la ciencia y la tecnología en la vida
- e) Un relleno de la carrera que no es necesario estudiar a menos que sea algo opcional
- f) otras significaciones: especifique cuál: _____

3. Exprese ¿qué tan importante es la Bioética en la formación de los médicos? escoja un valor en la escala de 0 a 10 (siendo 10 la más alta) _____ Especifique la razón de su respuesta: _____

4. ¿Le parece necesario que la Bioética esté incluida en el currículo o usted considera que debe ser un tema opcional para aquellos que elijan estudiar ese campo? Seleccione **solo una** de las siguientes respuestas:

- a) Si debe estar incluida en el currículo para todos los estudiantes del programa de medicina
- b) Solo debe estar como una opción entre los componentes flexibles para los estudiantes que se interesen
- c) Debe estar incluida para todos y, además, debe haber un opcional en Bioética para los que deseen profundizar en ese campo
- d) No debe estar ni en el currículo para todos, ni en el opcional; En ese caso, explique ¿por qué considera que no debe estar? _____

5. ¿Qué temas cree que son significativos en relación con la Bioética y la formación del profesional de la medicina? Señale tres temas prioritarios en orden de importancia, para lo que debe iniciar con el tema de mayor significación y terminar con el que menor significado tiene para usted

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____

6. ¿Cuáles valores cree usted que son significativos en los procesos formativos de los estudiantes de medicina? Señale los tres más importantes identificando al primero que mencione como el de mayor importancia:

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____

7. Expresar en una escala de 0 a 10 (siendo 10 la más alta) el grado de importancia que tiene estudiar las políticas públicas en salud como parte de la formación de los médicos: _____

8. ¿Cuáles aspectos de las políticas públicas considera que se deben contemplar en un currículo de medicina? Por favor seleccione la respuesta que mejor expresa lo que usted considera (seleccionar solo una opción)

- a) Ningún aspecto de las políticas públicas debe estar incluido en un currículo de medicina
- b) La justicia en la distribución de los recursos en salud es un aspecto que debe aprender a considerar y a analizar un médico en su formación
- c) El Multiculturalismo y la Pluralidad
- d) La forma de participación de la definición de las políticas públicas que definen condiciones de las relaciones asistenciales
- e) b. c. y d.
- f) Otros aspectos. ¿Cuáles? _____

9. ¿Qué aspectos éticos le han inquietado en su proceso de formación? Señale con X los que considere que ocurren.
- a) La discriminación a los pacientes según su procedencia social, económica y cultural
 - b) La falta de comunicación con los pacientes en referencia a la verdad de sus procesos asistenciales
 - c) La relación profesor estudiante presenta problemas éticos.
 - d) Tratamientos innecesarios a los pacientes.
 - e) Falta de reconocimiento de los derechos que tiene el paciente.
 - f) Otros ¿Cuáles?: _____

10. ¿Hay algo que usted quisiera expresar en relación con la formación en bioética en el currículo de medicina que adelanta?

11. ¿Cuáles aspectos cree usted que deberían tenerse en cuenta en la formación bioética de los estudiantes de medicina?

Agradezco su valioso aporte en la investigación. Si lo cree necesario puede comunicarse con la investigadora en: elsavillegasmunera@gmail.com

C. Anexo 3.

Guía general de entrevista a los estudiantes

Nombre:

Código:

Fecha:

Edad:

Municipio de procedencia:

Semestre que cursa:

1. ¿Con qué relaciona la Bioética y qué significado tiene para usted?
2. ¿Qué consideraciones tiene sobre el desarrollo que ha tenido la Bioética en el currículo de medicina de la Universidad de Antioquia?
3. Aspectos relacionados con la formación de estudiantes de medicina que usted cree importante comentar sobre los puntos siguientes:
 - Valores
 - Relación médico paciente
 - Políticas públicas en salud
 - Dilemas en las decisiones médicas
4. ¿Qué aspectos en relación con la bioética le inquietan o le preocupan del currículo de medicina de la U de A?
5. En la encuesta que se les hizo el semestre anterior sobre Bioética con estudiantes de los diversos niveles, 16% de los estudiantes respondieron que no habían visto o no recordaban haber visto Bioética ¿Cuáles razones cree usted que explican esto?
6. ¿A qué cree usted que hacen referencia los estudiantes cuando en la encuesta mencionan con mucha frecuencia el término “humanizar” la medicina
7. ¿Qué lineamientos y propuestas se deben tener en cuenta desde su perspectiva para integrar la Bioética al currículo de la manera más adecuada?

D. Anexo 4

Guía general de entrevista a los profesores

Nombre:

Código:

Fecha:

Edad:

Municipio de procedencia:

Docencia en el ciclo de fundamentación:

Docencia en el ciclo de profesionalización:

1. ¿Con qué relaciona la Bioética y qué significado tiene para usted?
2. ¿Qué consideraciones tiene sobre el desarrollo que ha tenido la Bioética en el currículo de medicina de la Universidad de Antioquia?
3. Cuénteme si en los cursos que han estado a su cargo los estudiantes tienen la oportunidad de revisar temas relacionados con la Bioética
4. Aspectos relacionados con la formación de estudiantes de medicina que usted cree importante comentar sobre los puntos siguientes:
 - Valores
 - Relación médico paciente
 - Políticas públicas en salud
 - Dilemas en las decisiones médicas
5. ¿Qué aspectos en relación con la bioética le inquietan o le preocupan del currículo de medicina de la U de A?
6. En la encuesta que se les hizo el semestre anterior sobre Bioética con estudiantes de los diversos niveles, 16% de los estudiantes respondieron que no habían visto o no recordaban haber visto Bioética ¿Cuáles razones cree usted que explican esto?
7. ¿A qué cree usted que hacen referencia los estudiantes cuando en la encuesta mencionan con mucha frecuencia el término “humanizar” la medicina
8. ¿Qué lineamientos y propuestas se deben tener en cuenta desde su perspectiva para integrar la Bioética al currículo de la manera más adecuada?

E. Anexo 5.

Guía de discusión en los grupos focales

Fecha:

Estudiantes:

Nombre del participante	Edad	Semestre que cursa	Procedencia

Profesores

Nombre del participante	Edad	Ciclo del currículo en que participa	Procedencia

1. ¿Cómo ha sido el desarrollo de la Bioética en el currículo de medicina de la Universidad de Antioquia?
2. Qué reflexión pueden hacer sobre el currículo en los aspectos siguientes:
 - a) Valores
 - b) Relación Médico Paciente y Principios Bioéticos
 - c) Dilemas éticos
 - d) Políticas Públicas en Salud
3. ¿Qué propuestas tienen para el desarrollo de la Bioética en el currículo de medicina de la Universidad de Antioquia?