

**HUMANIZACIÓN DEL ACTO MÉDICO:  
ELABORACIÓN DE SIGNIFICADOS DESDE EL MICRO CURRÍCULO  
DE BIOÉTICA**

**Elkin Javier Arroyave Mazo  
Yamile Andrea Mesa Guarín  
Raquel Edith Meza Barreda  
Clara Lucy Ledesma Castañeda**

**Asesor: Presbítero Guillermo León Zuleta Salas**

**Universidad de Medellín  
Departamento de Ciencias Sociales y Humanas  
Maestría en Educación  
Medellín  
2012**

**Título del trabajo:** HUMANIZACIÓN DEL ACTO MÉDICO: ELABORACIÓN DE SIGNIFICADOS DESDE EL MICRO CURRÍCULO DE BIOÉTICA

**Autores:** Elkin Javier Arroyave Mazo  
Yamile Andrea Mesa Guarín  
Raquel Edith Meza Barreda  
Clara Lucy Ledesma Castañeda

**Título otorgado:** Magister en Educación

**Asesor del trabajo:** Presbítero Guillermo León Zuleta Salas

**Programa de donde egresa:** Maestría en Educación  
Departamento de Ciencias Sociales y Humanas  
Universidad de Medellín

**Ciudad:** Medellín Colombia

**Año:** 2012

### **Resumen**

Existe en medicina una tendencia a priorizar las instrucciones científico-técnicas sobre la formación integral, incidiendo negativamente en la prestación de un servicio médico humanizado, a pesar de los esfuerzos de las universidades al incluir en el currículo de medicina la asignatura de bioética como un puente que une la formación humana con las nuevas tecnologías y el desarrollo de los avances en medicina.

Este trabajo investigativo; *Humanización del acto médico: Elaboración de significados desde el micro currículo de Bioética*, busca interpretar los significados que elaboran los estudiantes de medicina a partir del currículo de bioética y su relación con la formación médica.

La elaboración de significados según Ausubel y colaboradores (1982) es la base del proceso enseñanza aprendizaje, y estos se construyen cada que el estudiante relaciona en forma “sustantiva y no arbitraria” lo que aprende con lo que ya conocía. Por eso el currículo de Bioética es fundamental para lograr los objetivos del proceso formativo, como lo define Nelson López (1995) en su propuesta de un currículo alternativo, y con la bioética se pretende facilitar el desarrollo de un juicio moral en el estudiante de medicina, presentado bajo seis estadios descritos por Kohlberg (1945) permitiendo una visión holística y atención más humanizada del paciente.

La investigación cobra importancia para las universidades porque permite realizar un diagnóstico de la situación de la bioética en la institución, a partir de la

percepción de los estudiantes, y contribuir tanto al mejoramiento de los contenidos curriculares como a sus estrategias de enseñanza-aprendizaje.

## TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	¡Error! Marcador no definido.
INTRODUCCIÓN	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
OBJETIVOS	20
GENERAL	20
ESPECÍFICOS	20
JUSTIFICACIÓN	21
MARCO TEÓRICO	26
EVOLUCIÓN HISTÓRICA, TEÓRICA Y PRÁCTICA DE LA BIOÉTICA	26
LA ÉTICA EN EL EJERCICIO MÉDICO, ALGO DE HISTORIA	28
LA BIOÉTICA EN COLOMBIA	30
COMPONENTES LEGALES DE LA BIOÉTICA	33
BIOÉTICA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: UNA MIRADA INTERNA	38
REFERENTES CONCEPTUALES	43
EL COMPORTAMIENTO Y LAS NUEVAS ACTITUDES, UN PROCESO DE MADURACIÓN	44
AMBIENTES DE APRENDIZAJE	49
PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE UN CURRÍCULO ALTERNATIVO	53
BIOÉTICA EN EL MEDICO COMO SER HUMANO	56
LA BIOÉTICA Y LA RELACIÓN MEDICO PACIENTE	60
METODOLOGÍA	67
MEMORIA METODOLÓGICA	67
CONSTRUCCIÓN DE REFERENTES CONCEPTUALES Y DEL SISTEMA CATEGORIAL	69
ENFOQUE METODOLÓGICO	70

ESTRATEGIAS DE INVESTIGACIÓN	72
ORIENTACIONES ÉTICAS	73
CONSIDERACIONES ÉTICAS	77
SISTEMA CATEGORIAL	78
HALLAZGOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	79
CAPITULO 1	79
CURRÍCULO DE BIOÉTICA, UNA BRECHA ENTRE EL PLANTEAMIENTO Y LA REALIDAD	79
COMO APRENDER BIOÉTICA	80
SIGNIFICADO Y SENTIDO	81
CAPITULO 2	89
AMBIENTES DE APRENDIZAJE	89
CAPITULO 3	93
TRIBUTOS DE LA BIOÉTICA A LA FORMACIÓN DEL MÉDICO	93
CAPITULO 4	96
BIOÉTICA Y LA RELACIÓN MEDICO – PACIENTE, EN EL UMBRAL DE LO HUMANO	96
CONCLUSIONES	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
RECOMENDACIONES	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
BIBLIOGRAFÍA	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
CIBERGRAFÍA	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>

## RESUMEN

Existe en los actos de la medicina una tendencia a priorizar las instrucciones científico-técnicas sobre la formación integral, incidiendo negativamente en la prestación de un servicio médico humanizado, presentando su mayor efecto en la despersonalización de la relación médico – paciente, a pesar de los esfuerzos de las universidades al incluir en el currículo de medicina la asignatura de bioética como un puente que une la formación humana con la nueva tecnología y el desarrollo de los avances en medicina.

En este sentido, el siguiente trabajo investigativo *Humanización del acto médico: Elaboración de significados desde el micro currículo de Bioética* centra su esfuerzo académico en interpretar los significados que elaboran los estudiantes de medicina a partir del currículo de bioética y su relación con la formación médica. De ahí que la pregunta: ¿Cuáles son los aportes del currículo bioética en la elaboración de significados relacionados con la humanización del acto médico en los estudiantes de medicina?, constituye el interés del presente trabajo.

La elaboración de significados, como lo afirman Ausubel y colaboradores (1982) es la base del proceso enseñanza aprendizaje, y los significados se construyen cada que el estudiante relaciona en forma “sustantiva y no arbitraria” lo que aprende con lo que ya conocía. Por eso el currículo de Bioética juega un papel fundamental para lograr los objetivos del proceso formativo, como lo define el autor Nelson López (1995) en su propuesta de un currículo alternativo, y es precisamente el currículo de bioética que pretende facilitar el desarrollo de un juicio moral en el estudiante de medicina, el cual se presenta bajo seis estadios descritos por Kohlberg (1945) y permite una visión holística y atención más humanizada del paciente.

La investigación cobra importancia para las universidades en la medida en que permita por un lado, realizar un diagnóstico de la situación de la bioética en la institución, a partir de la percepción de los estudiantes, y por otro, contribuir al mejoramiento de los contenidos curriculares como a sus estrategias de enseñanza aprendizaje, lo que significa asumir la bioética en el proceso de formación con una visión integral.

La labor investigativa se llevó a cabo con los médicos internos de una Universidad de la ciudad de Medellín Colombia, quienes aportaron información no sólo desde la condición de estudiantes, sino también desde su práctica clínica. Tuvo como perspectiva metodológica lo cualitativo en tanto interesa el significado, el comportamiento, las emociones y sentimientos de los estudiantes frente a su relación con el currículo de bioética, de ahí que se haya asumido un enfoque hermenéutico, descriptivo-interpretativo en tanto que se busca comprender los significados generados en los estudiantes mediante técnicas de registro y recolección de la información como son la entrevista, y la revisión documental del currículo de Bioética, permitiendo un análisis por comparación.

Palabras claves: bioética, elaboración de significados, relación médico-paciente, micro currículo.

## **ABSTRACT**

There in the acts of medicine a tendency to prioritize scientific rationalism at the expense of human sensibility, and a little link of speeches that have to do with the integral own nature and spirit of the university curricula, which has affected the

provision of medical services humanized, as it finds its highest expression in the depersonalization of the doctor - patient, despite the presence in the medical curriculum in bioethics as a bridge that links the human with the new developing technology and advances in medicine.

In this sense, the next job Humanization of medical research: meaning making from micro Bioethics curriculum focuses on academic effort to elucidate the meanings that medical students under the bioethics curriculum. Hence the question: What are the contributions of bioethics curriculum in the development of meanings related to the humanization of medical records in medical students? Is the concern of this investigation.

The development of meaning, as affirmed by Ausubel et al (1982) is the basis of the teaching-learning process, and the meanings that are constructed each student connects as "substantive and not arbitrary" what you learn with what we already knew. So the bioethics curriculum, plays a key role in achieving the objectives of the training process, as defined by the author Nelson Lopez (1995) in its proposed alternative curriculum, and it is precisely the bioethics curriculum that aims to facilitate the development of a moral judgment on the medical student, which is presented in six stages described by Kohlberg (1945) and allows a more holistic and humane care of the patient.

The investigation becomes important for universities to the extent that it allows one hand, a diagnosis of the situation of bioethics in the institution, from the perception of the students, and secondly, to help improve the curricula and their teaching and learning strategies, which means taking bioethics in the training process with a holistic view.



The research was carried out with medical interns from University of Medellin Colombia, who provided information not only from the condition of students, but also from their clinical practice. Methodological perspective had as much interest in the qualitative meaning, behavior, emotions and feelings of the students in front of his relationship with the bioethics curriculum, hence it has taken a hermeneutic approach, interpretative content while it seeks understand the meanings generated by students recording techniques and data collection such as interviews, document review and Bioethics curriculum, allowing analysis by comparison.

Keywords: bioethics, meaning making, doctor-patient relationship, micro curriculum.

## INTRODUCCIÓN

La medicina es una actividad profesional que hace parte de un contexto socio-político, cultural y económico, y que toca un aspecto relevante en la vida de una sociedad: La salud. Donde uno de los principales actores es el médico, en quien la sociedad en general y el paciente en particular depositan toda su confianza. Por eso este actor debe contar con el mejor juicio moral y una buena capacidad en la práctica clínica. Estos dos aspectos son permeados directamente por la universidad desde las diferentes áreas planteadas en los currículos, siendo el primero de ellos el que más afecta la relación médico-paciente.

Una relación que se establece desde el mismo momento en que el paciente pisa los centros hospitalarios, pero que para efectos de este ejercicio hoy adquiere su más diáfano rostro: la bioética. Su presencia desde los discurso microcurriculares, ha incidido en los procesos de formación de cientos de estudiantes que pasan varios años por los claustros universitarios, y que albergan el sueño de ser 'alguien' en el ámbito de lo social y cultural de una sociedad que reclama en todos los ámbitos el establecimiento de unas relaciones sociales en la que prime el respeto y el reconocimiento en su dignidad del 'otro'.

Ella, la bioética, ha sido la preocupación actual y de ahí el interés de esta investigación, toda vez que en su centro se halla la discusión por la vida humana y su relación con los avances y ejecución de la tecnología en la medicina. Lo que ha implicado un ejercicio de modificación y fortalecimiento de los planes curriculares en cuyo centro no sólo esté la prevalencia por lo académico, sino la necesaria discusión, reflexión y puesta en escena de nuevas dinámicas que reivindiquen la formación de las comunidades de futuros médicos, que le apuesten a una nueva relación con quienes

constituyen la figura de 'pacientes' en tanto seres humanos, que a diario se convocan para solicitar la atención médica en procura de su bienestar. De ahí la importancia que la bioética aporte un significado para reforzar o cambiar los valores culturales que trae el estudiante de medicina en procura de un acto médico humano que tenga en cuenta la condición sociocultural del paciente, de tal forma que se despliegue sobre él una relación de inclusión y trato digno.

En este sentido, este trabajo marca una tendencia actual. Las actuaciones educativas en materia de la salud, especialmente las de formación superior que ya han tenido contacto con los pacientes, pues es el escenario ideal para relacionar lo aprehendido en las clases de bioética con la práctica cotidiana. Además, estas actuaciones le apuestan a desarrollar líneas de discusión y análisis a esta problemática que coadyuven al levantamiento de propuestas de reconocimiento y fortalecimiento de aquellos elementos o contenidos, así como de sus procesos de aprendizaje que hacen de la formación médica un acto humano. No obstante, para tener éxito en cualquier estrategia que gire en torno a esta propósitos se hace perentorio un profundo conocimiento del problema, y esto no es siempre fácil de obtener. Se hace necesario por un lado discernir, entre los comportamientos que constituyen una clara violación ética en el servicio médico generando conflictos en la relación paciente-médico y, por otro, cuáles son los alcances del desdoblamiento de los discursos que en el marco del micro currículo de bioética se llevan a cabo durante el proceso de formación de los médicos y cómo es acogido en el imaginario de los estudiantes en tanto, *elaboran significados* que modifican o reafirman unos valores que se traen desde la infancia para influenciar los procesos de formación humana de una práctica que pronto tendrán que asumir.

Ahora bien, una elaboración de significados desde un carácter epistémico señalaría categóricamente que el sujeto (alumno, aprendiz) construye significados al mismo tiempo que le imputa un sentido a lo que aprende y no está determinado únicamente por los conocimientos previos y la relación con los nuevos, sino con el sentido que le otorga a éste y a la actividad de aprendizaje; es por eso que la elaboración de significados es el elemento principal del proceso enseñanza/aprendizaje.

Los autores Ausubel, Novak, y Hanesian, (1982) sostienen que cuando realizamos relaciones “sustantivas y no arbitrarias” entre lo que aprendemos y lo que ya conocemos, estamos formando significados.

Piaget, sostenía que completando el nuevo material de aprendizaje con los esquemas que ya poseemos de la comprensión de la realidad, se da el aprendizaje. Es así como los esquemas previos que poseemos los vamos modificando y quedan reformados para futuros significados, cuando la información nueva no se integra a los esquemas previos posiblemente no se generan significados y se convierte en una repetición memorística que solo servirá para un examen y se olvidará fácilmente.

En este orden de ideas este estudio se ha diseñado con el rigor y fundamento de las ideas de la investigación, parten de ubicar unos antecedentes que configuran el problema en el momento actual del sistema de salud del país y de la ciudad. No sólo se precisan allí las experiencias que han dado lugar al reconocimiento de un problema que si bien se vislumbra a menor escala, no deja de ser social, pues está implicada la figura del médico, con todo su acumulado de saberes y los permanentes avances científicos que en materia de la medicina se están desarrollando, e igualmente, se traen a colación los diversos estudios y eventos que se han desarrollado en el país y en la región y que tienen en su centro la reflexión por los asuntos éticos en medicina, pero también con la

necesaria literatura que regule la relación entre lo científico y lo humano en el marco del ejercicio médico

Esta indagación teórica preliminar da como resultado y en coherencia con la mirada en los diferentes contextos reales de la salud, el plantear un problema como búsqueda investigativa que consolide y oriente todas las iniciativas e ideas que sobre este asunto se fueron configurando en el marco de la investigación. De ahí que la idea de precisar *las características de los significados que tienen los estudiantes de medicina del contenido e implementación del currículo de bioética en la Universidad*, se convirtió en el acicate que de principio a fin iluminó el desarrollo de este ejercicio académico y que dio lugar al planteamiento del objetivo general como de los específicos.

Esto exige desde luego precisar varios procesos. Primero, el procesos por el cual el sujeto elabora los significados, y es con el trabajo de Ausubel y col (1976), donde se da toda la importancia al proceso de construcción de significados como el pilar fundamental del proceso enseñanza/aprendizaje; segundo, el proceso por el cual se desarrolla el juicio moral en los individuos, basados en la teoría del psicólogo Norteamericano Lawrence Kohlberg (1945), citado por Pérez Olmos, I. y Dussán-B, M. (2009)<sup>1</sup>, quien describe seis estadios para el desarrollo moral y el paso de una etapa a la siguiente es considerado un aprendizaje, por consiguiente más capacidad de reflexión moral, el tercer proceso está representado por el análisis curricular, en el que se tiene en cuenta las necesidades del contexto en aspectos sociales, tecnológicos, científicos, biológicos, éticos y productivos, entre otros. Pero, fundamentalmente, centra su desarrollo en los criterios pedagógicos y teóricos para el diseño y estructuración de un currículo en la dirección de la bioética y por último los procesos que se presentan en

---

<sup>1</sup> Validación de la prueba Defining Issues Test con estudiantes de Medicina en la Universidad de El Rosario, en Colombia.

los Nuevos Ambientes de Aprendizaje (NAA), que durante los últimos años en la literatura científica pedagógica se han desarrollado y que están vinculados con la revolución en las comunicaciones y la informática y el impacto de éstas en la enseñanza escolar y en la transmisión de saberes en general. Allí su centro de interés está dado por la pretensión de estimular la creación de una situación educativa centrada en el alumno y que fomenta su auto-aprendizaje, así como el desarrollo del pensamiento crítico y creativo en el marco de esta problemática que se convoca.

Estos procesos llevan ineludiblemente a reflexionar sobre cuáles pueden ser las funciones de los médicos que les permita trascender ese primer acto de generar bienestar físico a sus pacientes, es decir, la bioética que asume al médico como lo que es: *ser humano*, en cuyo interior se han de desplegar todas las actividades con una alta capacidad de mejorar al mismo tiempo sus aspectos sociales y culturales. Para finalizar este apartado relacionando la bioética en el camino de la relación paciente-médico, en cuyo centro está la reflexión por el papel de la ética y su relación con la salud, con la vida y desde luego, con lo humano. Es decir, una vez más se halla en primer orden la ineluctable recuperación y presencia de los discursos bioéticos como escenarios fundamentales en los que se han de inscribir los diversos desarrollos tecnológicos y científicos de la medicina.

La metodología utilizada en el análisis de estos procesos fue de corte cualitativo y enfoque hermenéutico, lo que facilitó interpretar los conceptos de un grupo de estudiantes internos de una facultad de medicina de la ciudad, lo que implicó realizar entrevistas hasta la saturación de los datos, el cual se logró con diez estudiantes entrevistados, esa información recolectada tuvo en cuenta el programa *Atlas ti*, que permitió hacer relaciones y desglosar la información para su análisis y reflexión; así

como el desarrollo de las conclusiones y sugerencias para la Institución Educativa pilar de la investigación.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Una de las grandes causas de la crisis del sistema de salud colombiano, sin duda, tiene que ver con la forma como se presta el servicio. Y una de ellas, tal vez de marcada connotación, lo constituye el alto grado de fraccionamiento con que éste se presta y la incidencia que tiene no sólo en la calidad de vida, sino en la creciente deshumanización en que se ve envuelto el usuario que está en procura de mejorar su estado de salud. Quizá nadie ha escapado a esa magra experiencia desde el mismo momento que solicita una cita. Vendrán con un poco de suerte expediciones a laboratorios, largas esperas para una cita con el especialista y toda una eternidad para pedir una autorización y poder ser intervenido. Desde luego y en virtud al derecho a la vida consagrado en la Constitución Nacional, esto no debería ser así, pues como lo señala El Tiempo (1998): “Si bien la Ley 100 de 1993 ha ampliado la cobertura de los servicios de salud especialmente entre los más pobres, la ha deshumanizado y por lo tanto ha afectado su calidad. Esa deshumanización se refleja en el deterioro de las relaciones doctor-paciente ya que el primero se ve sometido a la presión de atender el mayor número de usuarios al menor tiempo posible para obtener unos ingresos económicos tanto para él como para la institución prestadora del servicio que lo contrata”.

No obstante, esta expresión de *deshumanización* que se percibe y experimenta en el sistema de salud, tiene otros escenarios que infortunadamente la fortalecen. Y no son propiamente los consultorios y las salas de emergencia de las distintas entidades prestadoras de salud, entre otros, sino, para sorpresa de muchos, comienza con la selección de los estudiantes que aspiran a realizar esta carrera. En Colombia, en algunas

universidades, la selección de los aspirantes estriba en una prueba de conocimientos técnicos y no suelen tener en cuenta su vocación de servir a los demás.

Esta última tendrá que ser un elemento importante a la hora de organizar una cohorte de médicos. Ahora bien, ¿Qué entendemos por vocación? Marañón (2007) al respecto afirma que la vocación es: “la voz, voz interior, que nos llama hacia la profesión y ejercicio de una determinada actividad” y, un poco más adelante, agrega: “La vocación genuina, pudiéramos decir ideal, es algo muy parecido al amor. [...] una pasión que tiene las características del amor, a saber: la exclusividad en el objeto amado y el desinterés absoluto en el servicio”. “La Medicina es una de las profesiones que en mayor medida requiere una fuerte vocación”, pues sin ésta es imposible asumir la misión propia del médico: cooperar con el paciente a la realización óptima y digna de éste como persona humana.

Todo ello va creando unas condiciones que hoy por hoy se convierten en caldo de cultivo para el desarrollo de las diversas expresiones de deshumanización del servicio médico en nuestro país.

Algunas instituciones de Educación Superior en Salud como lo plantea Martínez (2008) en su artículo las humanidades en la formación del médico:

Pretenden que, a través de la enseñanza de discursos en cuyo centro está el hombre- la antropología-, está la pregunta por la trascendencia humana-la filosofía- y, la necesaria reflexión por la relación ética y la vida- la bioética-, se formen médicos con capacidades humanas y alta sensibilidad ante las necesidades de los demás, sin que por ello haya mediado una discusión colectiva sobre la intensidad de estos discursos en el proceso de formación de los futuros médicos, pues sigue su presencia supeditada a la intensidad de una cátedra más en el pensum.

Y como si fuera poco, su desarrollo está desprovisto de lo que se ha dado en llamar el *curriculum oculto*; es decir, considerar todas aquellas manifestaciones de conductas, de gestos, de omisiones, de miradas de aprobación o reprobación que reflejan la verdadera actitud y posición de los especialistas sobre determinado tema, ya



que estos serán los modelos a seguir por los estudiantes. Además, de ir generando una cosmovisión o una manera de pensar por parte de los estudiantes y de establecer relaciones a futuro con el paciente.

Así mismo, influyen en la deshumanización del acto médico la instrucción del conocimiento científico técnico sobre la formación integral y la tecnificación de la relación médico-paciente, que a decir de Nuñez (2008):

El proceso de superespecialización y ultra tecnificación en las ciencias médicas va unido al deterioro de la relación médico – paciente, lo cual se ha evidenciado a través de la despersonalización y deshumanización de la atención sanitaria, que a su vez agrava el estado de insatisfacción de la mayoría de las personas que demandan los servicios de salud.

El paciente al iniciar una relación con su médico puede terminar con la orden de infinidad de exámenes sin tomarse la molestia de sentarse a discutir con él sus inquietudes psicofísicas, o en el peor de los casos, su escasa y precaria vida se le va en una especie de ‘tour médico’ que sin resultados positivos le afectará su salud mental. Y como si fuera poco, la tendencia actual de formar médicos súper especializados en áreas determinadas deteriorando la prestación integral y fortaleciendo la fragmentación del servicio de salud. Se asiste a un momento histórico en el que aquella figura individual ha ido cediendo terreno ante la medicina de equipo, donde un conjunto de profesionales ejerce sus cuidados sobre un mismo enfermo, que es visto por muchos a la vez, por lo que se llega de nuevo a una medicina deshumanizada donde el enfermo es visto como un objeto, sin que se llegue en una mayoría de los casos a profundizar con él en un plano humano, como lo decía Ebrí Torné (1998).

La comercialización de la salud actual se convierte en otro elemento, igualmente, influyente en la mirada deshumanizante de la salud en Colombia, toda vez que se ve al paciente como un cliente y al galeno se le califica por la cantidad de pacientes que ve y no por la calidad de la atención, así mismo, el profesional puede cambiar su diagnóstico si está contratado por vinculación o prestación de servicios. Y

en este marco mercantil, muchos laboratorios de medicamentos han contribuido a deteriorar esta relación ya que ofrecen incentivos económicos a los profesionales, lo que ha incidido en la relación con el paciente, pues en su afán de conseguir ‘incentivos’ atentan contra la integridad física y económica del paciente.

Por otro lado, en las Entidades Promotoras de Salud (E.P.S.) se ha impuesto un lenguaje de mercadeo<sup>2</sup>, que lo torna no sólo agresivo, sino deshumanizante, al prevalecer el valor comercial en el ámbito de la salud. No se habla de pacientes sino de clientes, productividad, gerencia, costo-beneficio; es decir, todo un orden de términos que se haya más en el orden del capital. Siendo esta última idea la que le da sentido a las políticas de explotación del personal médico con salarios denigrantes, horarios extensos, falta de insumos, poca inversión en los servicios, medición de la calidad por producción cuantitativa y no cualitativa, además de múltiples formatos para diligenciar, por parte de quienes ostentan la administración pública del sistema de salud en el país.

Este panorama de crisis actual en la prestación del servicio de salud ha creado grandes tensiones en la relación médico-paciente, ya que, por un lado, el saber médico es cuestionado y puesto en duda frente la mirada del paciente y ello trae consigo la desmotivación hacia los tratamientos médicos complicando así, los niveles de su enfermedad al igual que las relaciones comunicativas entre el médico y paciente, configurando en este último una actitud demandante y poco colaboradora. Por otro lado, el médico pierde status social y profesional, credibilidad, autonomía del servicio, desmotivación por el ejercicio médico y desde luego, una alta incidencia en la calidad de la prestación del servicio de salud.

---

<sup>2</sup> La comercialización de la atención de la salud modifica en forma drástica la concepción misma de la moral social, al reemplazar el imperativo hipocrático, que busca siempre el beneficio del paciente, por un esquema económico que somete el acto médico a los objetivos de lucro de la industria y al poder del mercado. En tal esquema, el proceso de decisión se sustrae del ámbito intelectual y científico de la profesión médica y pasa a manos de la burocracia administrativa de la corporación, convirtiendo al médico en un operario de la infraestructura corporativa creada con ánimo de lucro.

Ahora bien, ¿qué papel ha jugado el currículo de bioética, su presencia e implementación en la formación humanista de los futuros médicos? ¿Ha tenido o no alguna incidencia, en tanto proceso de enseñanza- aprendizaje en los niveles de crisis humanista que expresa el servicio de salud? ¿Cuáles son las características de los significados que tienen los estudiantes de medicina del contenido e implementación del currículo de bioética en la Universidad?

Algunas universidades ofrecen los cursos de bioética en los primeros semestres del programa de medicina, con créditos mínimos, lo que significa, por un lado, ser poco valorado y, por otro, ser considerado como un curso de “relleno” por los mismos estudiantes, sumado a esto, se encuentra la poca preparación idónea de quienes asumen su implementación. En coherencia con ello y en perspectiva al proceso de enseñanza y aprendizaje, se observa que el desarrollo de los contenidos está matizado por *la clase magistral*, lo que los torna sumamente teóricos generando desidia y poca motivación en la comunidad estudiantil para asumir los cursos, hecho que, sin duda, no alcanza a impactar en el proceso de formación del futuro médico con respecto, por ejemplo, a las rondas médicas y en la relación médico- paciente. Y se observa asimismo que, las aulas de clase *muchas veces* carecen de una infraestructura apropiada para el desarrollo del proceso de aprendizaje, lo que fortalece el poco ingenio e imaginación con que se ha de enfrentar el currículo de bioética por parte de los docentes cuando se hallan en el ejercicio profesional. A esto se le suma, que en diversas ocasiones la enseñanza de los cursos de bioética *pueden estar* matizadas de sesgos ideológicos por parte de los docentes con una clara influencia en las discusiones y reflexiones que es necesario llevar a cabo ante la problemática médica que está en juego, lo que resta importancia a la participación crítica y propositiva por parte de la comunidad estudiantil de la salud.

En este sentido, la investigación *La Humanización del acto médico: elaboración de significados desde el micro currículo de bioética*, parte de reconocer el papel preponderante de los estudiantes en este proceso, toda vez que constituyen un referente de gran importancia en la transformación curricular, en tanto sujetos activos y protagónicos en su proceso formativo. Así mismo, cabe resaltar que la investigación es de carácter básico y no propositiva, porque buscamos develar los aportes del Microcurrículo al objeto de estudio y en ningún momento se pensó que fuera una investigación propositiva o aplicada, esperamos que en futuras investigaciones se puedan desarrollar las sugerencias que surgieron del análisis propio de esta investigación.

## **OBJETIVOS**

### **GENERAL**

Develar los aportes del microcurrículo de bioética en la elaboración de significados relacionados con la humanización del acto médico, en estudiantes internos de medicina de una universidad de la ciudad de Medellín.

### **ESPECÍFICOS**

- Describir las características del microcurrículo que apuntan a generar un sentido humano.
- Interpretar las opiniones de los estudiantes internos de medicina acerca de la relación del microcurrículo y la elaboración de significados orientados a la humanización del acto médico.
- Contrastar la relación de los significados generados por los estudiantes y el microcurrículo de bioética.

## JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo investigativo, parte de reconocer la importancia que tiene para el sistema de salud del país y especialmente, de la ciudad de Medellín, la discusión y reflexión de las relaciones que se establecen entre el paciente y el médico en el marco del acatamiento de conceptos inherentes a la condición humana como son sus derechos básicos; sean estos, para el paciente, el derecho al respeto por el dolor y a ser tratado en aras de mantener su existencia y por lo tanto, sus sueños, así como el derecho a ser informado de su situación de salud y, para el médico, el derecho a ser reconocido en su sapiencia para asumir la responsabilidad del cuidado del paciente. Ambos, en tanto figuras que se convocan en espacios propios para la aplicación de la medicina son reconocidos como sujetos que integran una sociedad, de ahí su permanente búsqueda por el desarrollo y cuidado de su personalidad y a ser respetado en su integralidad, el uno con la formación médico-científica y el otro, con el anhelo de su bienestar.

Por otro lado, el sistema de la prestación y atención en salud en Colombia se halla en crisis y los recursos económicos que garantizan la prestación del servicio se esfuman en carruseles de corrupción, sacrificándose millones de usuarios de una prestación básica y digna, esta relación paciente-médico, igualmente, expresa la crisis de la salud en nuestro país. Quizá entren a ‘engrosar’ este cúmulo de expresiones ya críticas, considerados por algunos como de *cuidados intensivos*, pero no por ello menos importante de esa realidad que hoy sume al país en un quebranto insoslayable. Centrar la investigación en esa diádica relación es, sin duda, un motivo aleccionador para quienes apostados ya en el ejercicio profesional de la salud ven como a diario se tensionan las relaciones con aquellos que son objeto de su naturaleza médica, pero también será un escenario de reflexión para quienes vislumbran sus sueños como *salvadores de vidas* y que hoy se hallan en las academias de la ciudad. Para uno y otro, (médico en ejercicio y estudiante médico) este trabajo académico será un espacio para el

reconocimiento y búsqueda de alternativas orientadas al enriquecimiento de las propuestas curriculares centrada a la formación del médico.

Pero también será el reconocimiento y la re-significación en la relación de la presencia de la figura de *paciente*, que cargado con todo su dolor y deseos de vivir busca presurosamente *el pharmakon*<sup>3</sup> que le devuelva su bienestar, pero que lo único que encuentra es un galeno que sin despegar la pantalla del sistema lo saluda, o que tiene que enfrentar tediosas jornadas de espera para una consulta, después de haber soportado varios intentos en vano para la consecución de una cita médica o con un especialista, o soportar la frialdad de la noticia ante el avance de su enfermedad. Para nadie es un secreto que constituirse en paciente ante este sistema de salud es una cuota de dolor y padecimiento garantizada en nuestro medio. Muchos son los estudios que liderados por el mismo sistema de salud en el país así lo corroboran, tal el realizado por el Programa de Salud de la Defensoría del Pueblo<sup>4</sup>, sobre el grado de satisfacción de los usuarios con los servicios que les prestan las entidades de aseguramiento a la cual se encuentran afiliados<sup>5</sup>. Un global que recoge desde la solicitud de la cita, la atención en la consulta externa, la orientación en la prescripción médica hasta la búsqueda de médicos especialistas, entre otros<sup>6</sup>.

De ahí la importancia y pertinencia de la investigación puesto que el ejercicio del profesional de la salud en Colombia atraviesa una crisis de credibilidad por parte de

---

<sup>3</sup> El término *Phármakon* (Palabra griega) tenía variados significados, que incluyen: "remedio", "cura", "veneno", "antídoto", "droga", "receta".

<sup>4</sup> En esta encuesta los usuarios manifestaron su inconformidad frente a los servicios recibidos mediante quejas que siguen siendo las mismas de las encuestas en años anteriores, como son la oportunidad en las citas, la accesibilidad a los programas de promoción y prevención y la falta de información entre otros.

<sup>5</sup> Esta encuesta constituye la más grande de este tipo realizada desde el año 2000 en el país, pues abarca más de 469 municipios y cerca de 17.000 usuarios que suministraron la información entre el 1º de julio de 2008 a 30 de junio de 2009. Cuyo índice global de satisfacción, llamado también ISUS, en esta encuesta fue de 66,2 sobre 100, decreciendo en más de 1,2 puntos al del año 2005 (67,7).

<sup>6</sup> Otra investigación que también soporta el déficit en la calidad de los servicios de salud teniendo en cuenta su estructura en cuanto a disponibilidad y accesibilidad, el nivel técnico de los mismos y la humanización de los servicios, los usuarios manifestaron que debe haber igualdad en la prestación de los mismos, un trato adecuado, y contar con los recursos necesarios para ser atendidos, las percepciones de dichos usuarios se enmarcaron en una debilidad en la prestación de los servicios de salud.

los pacientes, generando con ello los problemas de deshumanización en la relación paciente-médico.

Este ejercicio investigativo, permitirá explorar algunas inquietudes que enriquecerán el análisis y ampliarán el abanico interpretativo de la investigación con una clara incidencia en los currículos de bioética, los proyectos y políticas educativas de las universidades. Por ejemplo, la relación paciente –médico en el marco de los derechos humano está anclada a la concepción que tienen de ellos los diversos discursos sobre los cuales versa el currículo y desde luego, las Instituciones de carácter Superior; en otras palabras, cómo piensan o conciben, por un lado, al sujeto –estudiante- que inicia la carrera de médico y por otro, al paciente en el marco de la educación colombiana. Ello obliga preguntas de carácter pedagógico, ¿Cómo están formando las instituciones educativas al hombre de hoy en la perspectiva de su profesión?, ¿Cómo son y qué relación tienen los discursos que componen el currículo de bioética con respecto a la pedagogía de los Derechos Humanos?, ¿Qué piensan los estudiantes acerca de la presencia de este componente humanista en su formación médica científica?, ¿Las Instituciones Educativas de carácter superior contribuyen a crear ambientes de enseñanza-aprendizaje para las problemáticas propias de la salud en el país?, ¿Qué papel juegan los docentes en la promoción, difusión y formación de los derechos del paciente?

Sumar respuestas en virtud del trabajo no será un punto de llegada, por el contrario, constituirá el punto de partida para pensar y reflexionar sobre esas acciones que pueden ser alternativa para enfrentar los grandes vacíos en la relación paciente-médico y que hoy contribuyen a fortalecer el momento de crisis de la prestación del servicio en salud; lo que lo convierte en un tema de actual interés para la comunidad académica del profesional de la salud de la ciudad, pues concita, en tanto resultados, el

desarrollo de esfuerzos académicos, humanos e institucionales para la configuración de escenarios de debate y discusión en aras de levantar alternativas frente a una problemática que desbordó las aulas institucionales.

Así, mismo, esta investigación cobra importancia para la universidad en la medida en que permite realizar un diagnóstico de la situación actual del currículo de bioética en la institución, cuyo ejercicio partirá de reconocer el protagonismo de sus estudiantes en medicina, pues su percepción frente al problema constituirá insumos de análisis e interpretación final, que coadyuvará en la pretensión de incidir los contenidos curriculares, así como en los procesos de enseñanza-aprendizaje de los mismos. De tal forma, que la bioética alcance ribetes de relevancia en los procesos de formación integral de los futuros médicos. Y en los docentes en ejercicio, una apuesta al mejoramiento continuo de sus discursos y sus formas de llevarlo a cabo al interior de la institucionalidad, en aras de fortalecer la discusión abierta, reflexiva y crítica de sus discentes frente a reales casos de la experiencia médica en el que se halla en juego la relación humana con el paciente, y desde luego, esto creará mejores ambientes de aprendizaje entre los docentes y sus estudiantes.

Para finalizar estas líneas justificadoras, es perentorio insistir en que se trabaja en una misma dirección: ahondar en la reflexión académica y posibilitar con ella, mediante un análisis de resultados y recomendaciones, al enriquecimiento de nuevas y prolijas miradas de un problema que por muy sutil que se exprese, no deja de incidir en la crisis del sistema de salud que enfrenta el país, y que aún más preocupante, ahonda una sintomatología de violencia que rebasa todos los rostros posibles. Por tanto, los esfuerzos de las instituciones educativas que velan por la profesionalización en este ámbito, han de formular propuestas en el marco de planes de acción e implementarlas, previa discusión y consenso, inicialmente, en la Institución Educativa que hoy ha



servido de referente de la problemática, pero que de igual forma, puedan ser replicadas en el contexto de la salud y educación de la ciudad. Sin dejar de desconocer la importancia que tiene para la consecución del éxito de la investigación, el concurso serio, riguroso y constante de quienes apuestan a superar un escaño más de formación enriqueciendo de paso su vida y de aquellos que le apostaron con su sapiencia a orientar cada una de las inquietudes que depararon cada encuentro de academia, todo ello desde luego, justifico este reto.

## MARCO TEÓRICO

### CONSIDERACIONES GENERALES

#### EVOLUCIÓN HISTÓRICA, TEÓRICA Y PRÁCTICA DE LA BIOÉTICA

La bioética<sup>1</sup> como discurso que se inscribe en el marco de la práctica médica, parte de considerar, por un lado, la necesaria reflexión sobre la ética misma: concepto e implicación con el ‘otro’ y, por otro lado, la ética en virtud de la vida, y que tiene su mirada retrospectiva en la presencia del médico griego Hipócrates (460- 370 a.C.), quien realizó sus escritos de los cuales posteriormente se extrajo el juramento hipocrático, hecho tan significativo que aún hoy en día, un médico al graduarse jura solemnemente respetarlo.

La imagen de Hipócrates y las reflexiones ineluctables que la historia ha deparado acerca de la naturaleza humana que le asiste en su ejercicio al galeno cobran fuerza hoy en día, y quizá de manera permanente, por el cúmulo de experiencias que matizadas de ‘horror’ constituyen un craso desconocimiento a la dignidad del paciente. Sólo basta un breve repaso a la historia para quedar estupefactos y significar el legado de Hipócrates<sup>2</sup>, que en su actitud prístina posibilitó pensar el ideario humano en virtud del ejercicio médico.

Recuperar la historia en su esencia; es decir, de aquello que fue permite, sin duda, insistir en un tema que a todas luces es un acontecimiento ético para quienes se

---

<sup>1</sup> El mayor componente conceptual de la bioética lo recoge, sin duda, la idea de ética. Que no es más que una parte de la filosofía que trata la moral y las obligaciones del hombre. Viene del griego *Ethos* = conducta o comportamiento y corresponde al conjunto de normas morales que guían nuestro comportamiento (*Moral* = del latín *Mores* = costumbres).

<sup>2</sup> Alrededor del siglo VI después de cristo aparece el Juramento de Asaph el cual en su contenido es similar al juramento hipocrático, más adelante entre los años 1165 y 1190 Marmónides escribió la Plegaria del Médico donde se implora a Dios para que ilumine y ayude al médico en su práctica. Solo hacia el año 1865 aparece la obra “Introducción a L’étude de la Medicine Experimentale”. escrita por Claude Bernard, quien fue de los primeros científicos preocupado por los dilemas éticos en la investigación con seres humanos. Tomado de internet el 10 de agosto de 2012, Breve historia de la Bioética, [www.observatoriobioetica.com/informes/breve.html](http://www.observatoriobioetica.com/informes/breve.html).

hallan del lado de salvar o mantener la ilusión de sus pacientes: su bienestar. Por eso la historia no hará que experiencias humanas como las que a paso seguido mencionaremos pasen en vano cuando se trata de recuperar en su esencia humana la relación médico paciente, pues allí estuvo como característica la violación de principios éticos, sobresalen entre estos casos:

El médico militar norteamericano Walter Reed, en 1900, expuso voluntarios con consentimiento, a picadura de mosquitos con sangre de pacientes infectados con fiebre amarilla, o el caso de estudio de sífilis en 1898 por el dermatólogo Albert Neisser, quien inyectó suero de pacientes sifilíticos a un grupo de prostitutas sin consentimiento. La reflexión de estas experiencias dio lugar a la elaboración de las normas prusianas (1900) y alemanas (1931), en cuyo interior se establecía el consentimiento, la relación riesgo/beneficio y la necesidad de estudios previos en animales. A pesar de este esfuerzo, 200 médicos en la Alemania nazi experimentaron con seres humanos en los campos de concentración, desde tres áreas: raciales, tratamiento de heridas de guerra, sobrevivencia y rescate. Esto llevaría a la creación del Código de Núremberg (1947)<sup>3</sup>, al terminar la segunda guerra mundial buscando trazar las: “Normas éticas acerca de la experimentación en seres humanos”.

Ya en 1964, la Asociación Médica Mundial patrocinaría la redacción del Código de Helsinki, que establece las normas para la investigación médica en seres humanos con fines diagnóstico/terapéuticos. En 1966 se crean los comités de ética/investigación en el instituto nacional de salud norteamericano. Dos años más tarde (1968), se redacta el Informe Belmont, en el que se establecen los “Principios éticos y

---

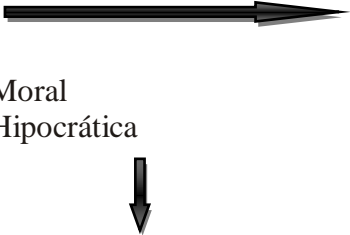


<sup>3</sup> Código Núremberg, Helsinki. Tomado de internet el 29 de marzo de 2011, de: *Ética, Bioética y Legislación en biotecnología. Legislaciones éticas ... redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=127012923007*

Guerra García, Yolanda M. *Ética, Bioética y Legislación en biotecnología. Legislaciones éticas Internacionales. Más allá del código de Núremberg*, Revista Latinoamericana de Bioética, vol. 8, núm. 13, julio-diciembre, 2007, pp. 80-87. Universidad Militar Nueva Granada, Colombia

guías para la protección de los sujetos humanos en investigación” elaborado en E.U, y en el mismo país para 1974 el congreso aprueba la “National Reserch Act” configurando así la “National Comisión for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research”<sup>4</sup>.

## LA ÉTICA EN EL EJERCICIO MÉDICO, ALGO DE HISTORIA

En el siguiente cuadro se ilustra de manera sucinta, lo que puede ser, quizá, tres grandes momentos en el que hace presencia y consolidación la reflexión de la ética y su relación con la práctica médica. Una mirada realizada por Carmen Cecilia Malpica<sup>5</sup>:

I Grecia Antigua Ética subordinada a la lógica	 <p>Moral Hipocrática</p>	Médico que conoce (Filósofo)
II. Edad Media Ética subordinada a la religión	Códigos Deontológicos	Médico que cree (Sacerdote)
III. Edad Moderna Y Contemporánea		Médico que decide y construye. (1910) Modelo Biomédico (Flexner) Positivista – Reduccionista. (1946) Modelo Científico-Social, OMS – IVSS. (1970) Sanitario-Humanístico
IV. Post flexeriana En el umbral del futuro	Bioética 	Médico que conoce y cree
	<b>SABER      HACER      Y</b> <b>SENTIR</b>	

Fuente: Malpica, G., 2005

Partiendo del cuadro la autora precisa que:

<sup>4</sup> A pesar de estos esfuerzos por mantener el principio ético por encima del ejercicio médico cientos de casos posteriores tuvieron lugar años más tarde, y tienen lugar hoy en día.

<sup>5</sup> Malpica, G.C. (2005). Revista Educación en Valores. *Reflexiones sobre el problema de la enseñanza y aprendizaje en bioética como disciplina para comprender la medicina compleja*. Recuperado el 7 de junio de [dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1455626](http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1455626).

La cultura occidental pasa por la sucesión e interpretación de tres grandes paradigmas: 1) Naturalista helénico; 2) Cristiano medieval; 3) Racional moderno; y el perfil del médico que se relaciona a cada uno de ellos, serían los siguientes: 1) Médico filósofo; 2) Médico sacerdote; 3) Médico caballero, emergiendo el de beneficencia como modelo para asumir la responsabilidad moral del médico con los matices correspondientes según la filantropía griega, la caridad religiosa y la deontología moderna.

Este cuadro además resalta la influencia del momento histórico-social en el comportamiento ético del médico, definiendo así su perfil y modelo a través de los tiempos.

Se podría estar ante un concepto inicial de Bioética, pero el origen del término “Bioética” se remonta a la década de los 70 cuando Van Rensselaer Potter, biólogo molecular y médico especializado en oncología, hace una reflexión moral (-ethos-sobre las ciencias biológicas-bios-) acuñando el término “Bioética”, mencionado en su artículo “Bioethics the science of survival” (Potter, 1970), y desarrollado en su libro “Bioethics: Bridge to the future” (Potter 1971). Potter identificó una ruptura entre el saber científico y el saber humanístico y propone la bioética como un puente entre la cultura científica y la humanística. A este respecto Einstein años antes ya había consignado su reflexión: “No basta con enseñar a un hombre una especialidad. Aunque esto pueda convertirlo en una especie de máquina útil. No tendrá una personalidad armoniosamente desarrollada. Es esencial que el estudiante adquiera una comprensión de los valores y una profunda afinidad hacia ellos. Debe adquirir un vigoroso sentimiento de lo bello y de lo moralmente bueno. De otro lado con la especialización de sus conocimientos más parecerá un perro bien adiestrado que una persona armoniosamente desarrollada. Debe aprender a conocer las motivaciones de los seres humanos. Sus ilusiones y sus sufrimientos, para lograr una relación adecuada con su prójimo y con la comunidad”.

Estos dos científicos, Potter y Einstein, resaltan la importancia del aspecto humano en relación con lo técnico-científico, demostrando con ello que a pesar de lo especializado de un profesional siempre necesita para que pueda aportar a la sociedad: “Una nueva ética científica que combina la humildad, la responsabilidad y la competencia, que es interdisciplinaria e intercultural y que intensifica el sentido de la humanidad” (1998).

## **LA BIOÉTICA EN COLOMBIA**

Como el término bioética es relativamente reciente, para hablar de la historia de ella se debe empezar hablando de ética y para una mejor comprensión se ha dividido en periodos.

**Periodo Colonial (1492-1820):** para este periodo el desarrollo político, económico y social se encontraba determinado por el catolicismo de Europa del siglo XV; influenciados por los dogmas católicos y la ideología Tomista y se prolongaría en el Nuevo Reino de Granada durante cuatro siglos, los valores de este periodo inducían a la sumisión, austeridad, resignación y obediencia.

**Periodo Republicano (1820 – 1840):** durante estos años aparecen las ideas propias de la ilustración con elementos como la libertad individual, la igualdad, la democracia y el racionalismo, en oposición al teocentrismo medieval del periodo anterior

**Periodo Regeneración (1840 – 1920):** para este periodo con la llegada de la revolución industrial se hace necesario la mano de obra con disciplina y obediencia; se vuelve a la religión católica como guía de la educación, se crea la constitución de 1886 y el concordato de 1887 que determinan la enseñanza de la educación moral y religiosa (católica) obligatoria en el sistema educativo Colombiano.

**Periodo Moderno (1920 – 1960):** en estos cuarenta años ocurre una ruptura de la enseñanza tradicional (La moral y el dogma católico) y se pone el interés en la interioridad y la esencia del ser humano, las facultades del alma y la teología.

**Periodo Contemporáneo (1960 hasta el presente):** empieza la pedagogía basada en la instrucción por encima de la educación; los estudiantes terminan con sobrado conocimiento técnico y poca educación ética, se relega la individualidad, el desarrollo de la autonomía intelectual, y la capacidad crítica para enfrentar la institucionalización de la subalternidad y la dictadura tecnocrática convenida a los intereses del capital transnacional.

En Colombia desde los años 60 se hablaba de ética médica, aparecen artículos en periódicos y revistas sobre el tema, pero es realmente entre los años 1975 y 1978 que empezó el verdadero interés por la relación entre lo humano y lo anatómico-clínico o bioética, empleando el término acuñado por Potter. Fue principalmente en la facultad de medicina de la Universidad Pontificia Bolivariana de Medellín donde se dio a conocer la bioética en el país, algunos docentes de esta universidad con el apoyo del Presbítero Guillermo León Zuleta, tomaron la decisión de realizar un cambio en la enseñanza de la ética médica hacia la bioética. Es, precisamente, el presbítero Zuleta quien lidera la llegada de este discurso (bioética) a Colombia, e introdujo, además, una especialización sobre este tema en el área de la Biogenética; para 1985 es invitado por el doctor Ramón Córdoba a dictar una conferencia sobre bioética en la sede de la Academia de Medicina de Medellín, constituyendo así el primer evento de esta magnitud en la academia del país.

La presencia del presbítero en Colombia da lugar a una serie de cambios no solo en la mirada, sino igualmente, en la puesta en escena de este tema, así lo señala Naranjo Ramírez:

En agosto de 1986, el Pbro. Zuleta, fue vinculado como capellán a la Facultad de Medicina de la UPB de Medellín y se ocupó de coordinar el área de ética médica durante el decanato del Dr. Manuel José Velásquez Restrepo (nombrado decano de dicha Facultad el 7 abril de 1986), e introdujo un cambio en el enfoque a los programas de la misma, para lo cual contó con el apoyo de los médicos Ramón Córdoba Palacio, Norman Harry Hinestrosa y Mario Montoya Toro, para obtener como resultado la estructuración del primer pensum de bioética en la Facultad de Medicina de la UPB en 1987, el cual se convirtió en el primero del país. Se pasa así, de la ética médica a la bioética médica, *ad experimentum*. El nombre de Ética Médica se conserva un tiempo más, porque todavía se miraba con desconfianza la Bioética, pues en el medio no se sabía qué era realmente.

A partir de esto, la facultad de medicina de la UPB se convierte en pionera del tema, teniendo como base los principios morales éticos y científicos dirigidos a humanizar la salud. En 1986 se comienzan, por un lado, a dictar cursos de cualificación docente y, por otro, a impartir los cursos de bioética, lo que dio lugar con el paso de los semestres a constituirse pioneros de este tema.

Para el año 1987<sup>6</sup> se lleva a cabo una reunión organizada por la escuela Colombiana de Medicina a la cual acudieron todos los docentes de ética médica del país. El objetivo era compartir experiencias sobre su enseñanza y evaluar la posibilidad de unificar el currículo de medicina para las universidades; sin embargo, esto último no fue posible dada la diversidad de enfoques sobre la enseñanza de la ética; lo que posibilita dar a conocer la experiencia de la UPB<sup>7</sup> en esta materia liderada por el presbítero Zuleta.

---

<sup>6</sup> Es importante señalar que entre 1976 y 2003 incluso, se llevó a cabo una serie de actividades académicas por connotados médicos y pioneros de las discusiones en Colombia de los temas de bioética, dando lugar a la creación de instancias rectoras de los estudios bioéticos, entre ellos el Centro Colombiano de Ética y Bioética (CECOLBE) y el Centro Nacional de Bioética (CENALBE), así como a innumerables reflexiones sustentadas en diversos artículos de revistas prestantes en el ámbito de la medicina, y que hoy por hoy siguen generando aportes a la concepción de bioética.

<sup>7</sup> Para 1989 la Universidad Pontificia Bolivariana ya había hecho el cambio completo del currículo en la Facultad de Medicina, se había aprobado en las distintas instancias de la universidad y se había presentado de forma oficial a Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME), convirtiéndose así en la primera en el país que pasaba de enseñar ética médica a enseñar bioética médica en 4 semestres, con la distribución que se ha mantenido hasta hoy. También se incluyó la bioética médica en los estudios de los residentes, que se mantiene actualmente, aunque en este último caso (los residentes) se ha reducido a seminarios.



## **COMPONENTES LEGALES DE LA BIOÉTICA**

Ante la gran preocupación por estudiar o analizar la bioética, acompañada del desarrollo tecnológico de la misma, diferentes disciplinas o ciencias como el derecho, se han visto involucradas de manera tal, que la bioética constituye un punto de partida de análisis y reflexión ética a los innumerables problemas que en la vida diaria tiene que enfrentar el médico en virtud de su relación con los pacientes.

La bioética reflexiona y cuestiona a todo participante activo o pasivo en el ámbito de la medicina, como investigador, directiva del área de la salud, como universidad, entidad pública y privada, o como sociedad, etc., sobre alternativas a los problemas, postura a tomar, actividades inmediatas y mediatas; no obstante, la normatividad y su ejecución se convierte en un referente de apoyo de tipo legal o jurídica en la que la mayor de las veces, justifica o sustenta dichas acciones el galeno.

A lo largo de la historia se ha diseñado y desarrollado una normatividad que poco a poco mejora y se afina en aras de una aplicación ideal y justa, recopilada en documentos jurídicos y cuya función es orientar sobre temas bioéticos, y con mayor énfasis en aquellos de carácter internacional con incidencia en los derechos humanos.

Desde el momento en que Van Potter (1970) crea y emplea por primera vez el término Bioética, paralelamente se impulsa con mayor propiedad los derechos de los pacientes mediante la presentación de normas legales que a la par de los nuevos y permanentes avances en ciencia médica coadyuva a legislar los casos otrora controvertidos y complejos de asumir.

La bioética, en su aspecto jurídico, ha pasado por todo un proceso, en el que ha quedado registrado desde las primeras normas legales, casos particulares excepcionales, acontecimientos históricos, creación de entidades reguladoras de normas internacionales, etc. que han contribuido hasta nuestros días al fortalecimiento de la normatividad (véase anexo B).

En Colombia la ley más reciente que tiende a regular y defender los principios bioéticos, fue creada en enero del 2010, con la formación del Consejo Nacional de Bioética, de la cual se extrae ahora el fragmento más relevante que tiene que ver con la humanización del acto médico.

Ley 1374 de 2010<sup>8</sup>(Fragmento)

Por medio de la cual se crea el Consejo Nacional de Bioética y se dictan otras disposiciones.

El congreso de Colombia

DECRETA:

ARTICULO 1°. Objeto. La presente ley tiene por objeto crear el Consejo Nacional de Bioética, CNB, determinar su integración, funciones, organización y financiación.

ARTÍCULO 2°. Consejo Nacional de Bioética. Créase el Consejo Nacional de Bioética identificado por la sigla CNB, como organismo asesor y consultivo del Gobierno Nacional, quien propenderá por establecer un diálogo interdisciplinario para formular, articular y resolver los dilemas que plantea la investigación y la intervención sobre la vida, la salud y el medio ambiente, así como la construcción e implementación de políticas en los asuntos referentes a la Bioética.

PARÁGRAFO. En el desempeño de sus competencias el CNB tendrá los siguientes principios:

a) La prevalencia, indivisibilidad y la inviolabilidad de los derechos humanos y de las garantías fundamentales, según lo contemplado en la Constitución Política y en los acuerdos internacionales firmados por el país.

---

<sup>8</sup> El Congreso de Colombia. (1981) Ley 23 del 18 de febrero: por la cual se dictan normas en materia de ética médica. Recuperado el 5 de marzo de 2011, de [www.encolombia.com](http://www.encolombia.com)

- b) La valoración de la dignidad de la persona humana y el respeto por el pluralismo étnico, religioso, de género y cultural.
- c) La búsqueda de la erradicación de la pobreza y de la marginación así como la reducción de las desigualdades sociales y regionales.
- d) La promoción del bien general, sin perjuicios de origen, raza, sexo, género, color, credo, y edad.
- e) La atención del derecho a un medioambiente equilibrado.
- f) El carácter aconfesional del Estado Colombiano.

República de Colombia - Bogotá, D. C., a 8 de enero de 2010.

Dada

ÁLVARO URIBE VÉLEZ

En esta intención de promulgar leyes, diferenciando el derecho como tal y lo moral se toman en consideración para los siguientes elementos:

El Alcance social, El Derecho va detrás de la sociedad y sus actividades o costumbres que se llegan a instituir en la sociedad y son estas las que requerirían una regulación legal, por ejemplo, la regulación del aborto fundaba una necesidad social, según los legisladores, por la abundante frecuencia en la que se presentaba, supuestamente, se practicaban en España con peligro para la vida de la madre, 300.000 abortos clandestinos, y 10.000 más de mujeres que se iban a Londres con el fin de realizarlo allí.

El conocimiento de la realidad sobre la que se va a legislar; y es aquí donde calza la bioética porque los datos que aporta la investigación científica y tecnológica requieren una constitución en ciencia básica (embrión, genoma, clonación) y en biotecnología (respirador artificial, unidad de diálisis, incubadoras neonatales, etc.).

El Aspecto moral. Se sabe que el Derecho no busca la perfección del ser humano ya que su objetivo es la ejecución de la justicia y una convivencia en paz y armonía de la humanidad. Si se cuestiona la alternativa moral que ha dominado en el derecho, se resume en la idea de que en los convenios internacionales, declaraciones y constituciones de cada nación se reconocen, de forma expresa, la moralidad como límite del ejercicio de los derechos. La posible formulación de muchas teorías éticas: realistas, idealistas, utópicas. En lo que concierne al derecho, se debe considerar que el ordenamiento jurídico reglamenta relaciones con la capacidad de transformarse en otro, la finalidad es señalar los conductos jurídicos apropiados para que las relaciones interpersonales sucedan en un marco de orden para evitar el conflicto de intereses.

Con todos estos aportes y elementos, que contribuyen a la orientación y adecuada constitución o decreto de leyes, se pretende orientar, respaldar y guiar el ejercicio médico en su continua práctica profesional.

Sumado a esto, la recomendación para que este enfoque jurídico (leyes y normas) sea dictado en una asignatura específica necesaria dentro del currículo, tanto en foros, conferencias, especialidades, postgrado y principalmente, a partir del ejemplo de los docentes en su propio ejercicio profesional y académico, es dado por la Resolución de la Asociación Médica Mundial sobre la inclusión de la ética médica y los derechos humanos en el currículo de las escuelas de medicina a través del mundo<sup>9</sup>, y que en su espíritu plantea:

Considerando que la ética médica y los derechos humanos forman parte integral del trabajo y la cultura de la profesión médica, y considerando que la ética médica y los derechos humanos forman parte integral de la historia, la estructura y los objetivos de la Asociación Médica Mundial, Por lo tanto, se resuelve que la AMM recomiende firmemente a las escuelas de medicina a través del mundo que la enseñanza de la ética médica y los derechos humanos sean incluidos como curso obligatorio en los currículos.

---

<sup>9</sup> Adoptada por la 51ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, Tel Aviv, Israel, octubre 1999

Se deduce entonces, la importancia de ampliar y actualizar esta mirada jurídica no solo en los profesionales activos sino con mayor énfasis en los estudiantes de medicina, en pro de la apropiación de sus deberes como médicos, concientizar la grandeza de ellos y los derechos de su comunidad profesional, de manera que la ambición de esta profesión demande la extensión no solo a la persona sino a la sociedad en general.

### **BIOÉTICA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: UNA MIRADA INTERNA**

La medicina, como muchas otras profesiones, considera que las personas encargadas de impartir conocimientos médicos, deben estar dotadas éticamente para ejercer sus actividades; a pesar de ello, muchas universidades sólo se dedican a formar sus estudiantes en aspectos meramente médicos, dejando a un lado la formación en actitudes éticas, generando de esta manera que los pacientes en muchas ocasiones se sientan vulnerados en sus derechos y creen que los médicos constantemente cometen faltas graves que atentan contra el bienestar de los pacientes. Afortunadamente, la idea de creer que los médicos traen consigo las capacidades éticas que les permiten pensar siempre de forma adecuada ha evolucionado con el paso de los años, ahora se piensa en una formación más completa donde se favorece tanto el profesional como el paciente, quien refleja en la sociedad la satisfacción de contar con servicios integrales y de calidad.

La introducción de la bioética al país, se entendió como una ampliación de la ética que hasta el momento se enseñaba a los estudiantes de medicina, con la implementación de esta se buscaba enfrentar los dilemas que la nueva tecnología y el desarrollo de los medicamentos traía. De acuerdo a las necesidades, muchos plantearon

brindarle a la bioética un papel de mayor importancia al que tenía la ética tradicional ya que esta brindaba la posibilidad de generar un servicio médico más humano.

La sociedad actual depende de las condiciones ofrecidas por las instituciones del Estado, detrás de estos estamentos se esconden los derechos humanos orientando la relación médica en una dirección horizontal donde tanto el médico como la medicina no tienen control de sus aspectos fundamentales, en muchas ocasiones se ven sometidos por otras fuerzas que los subordinan a cumplir con tareas que van más allá de sus capacidades, ambos campos han perdido autonomía, y ahora se preguntan por el rumbo que tomará la libertad científica, en un universo que avanza cada día de forma más acelerada, donde la tecnología se constituye en una herramienta que podría ayudar a solucionar muchos problemas, el médico se ve enfrentado a estar directamente relacionado con estos avances, cuestionando de este modo su quehacer científico.

Más allá de una interferencia, ahora se trata de una interacción entre la sociedad y la objetividad científica, donde es más constante poner en entre dicho la objetividad del médico, sin embargo, es difícil decidir donde comienzan los conocimientos científicos y donde terminan los intereses de la humanidad. Ahora ser médico es enfrentarse a una crisis, donde debe responder por sus avances, elevar sus capacidades y ser cada día más serio y responsable en su humanismo, esto lo lleva a realizar sus acciones un poco menos confiable, mas empírica donde puede flaquear el rigor científico, pero mejora el acercamiento a los pacientes.

Hoy, los profesionales de la salud cuentan con guías especializadas en la prestación de los servicios que les permiten decidir sobre la manera de realizar diagnósticos y disponer sobre los tratamientos acordes con las necesidades de los pacientes, estas estrategias apuntan a proteger tanto al médico como a los usuarios con

el fin de evitar problemas legales que disminuyan la calidad del servicio. Sin embargo, estas aún presentan algunas deficiencias que cuestionan su funcionamiento y resultados.

El mundo enfrentado a la globalización trae cada día nuevas transformaciones, la medicina no es ajena a estos cambios y el acto médico se constituye en uno de los aspectos que reclama un profundo análisis. Actualmente es la bioética la encargada de examinar la forma como interviene la tecnología en la medicina.

Como lo manifiesta Fernando Sánchez Torres en su documento: “Antecedentes y estado actual de la bioética en Colombia”:

Colombia no está a la zaga de los adelantos científicos y tecnológicos. Si no los origina y los produce, si los compra y los usufructúa. El advenimiento de la nueva tecnología está a la orden del día. La medicina basada en computadoras, en reacciones nucleares o en el efecto sanar no es extraña: modernos centros asistenciales, privados y estatales, cuentan con sofisticados aparatos diagnósticos y terapéuticos, como la tomografía computarizada, la resonancia magnética o la litotripsia extracorpórea.

La bioética como agente de intervención entre el avance de la ciencia y las prácticas médicas, es la encargada de regular los métodos y las practicas que se hacen de estos avances en relación con los pacientes. En muchos lugares del mundo la bioética rige el tratamiento que se le da a la información de los pacientes, el consentimiento informado de estos, la intimidad, la información contenida en las historias clínicas, los trasplantes, el aborto, la salud mental y otras enfermedades que éticamente merecen tratamiento especial porque vulneran la vida de las personas.

Andrew C. Vargas (1990), en su libro, ” Bioética, Principales Problemas”, hace referencia a una serie de hechos que atentan contra la vida y la moral de las personas, entre los que destaca los métodos anticonceptivos y la fertilidad humana.

En Colombia se brinda mayor atención a lo relacionado con el trasplante de órganos, proceso que actualmente se realiza en diferentes clínicas del país, lo cual ha llevado al gobierno a reglamentar este tipo de actividades generando diferentes leyes

que regulan la donación, extracción y utilización de órganos. La reproducción humana es otro de los temas que genera polémica de tipo ético entre la sociedad, pues es en este aspecto que la tecnología y la investigación han generado mayores avances y Colombia no ha sido ajena a ellos, en muchos centros del país se practican técnicas de fertilización y reproducción, las cuales actualmente no cuentan con normas legales regidas por el gobierno que vigilen de cerca la forma como se realizan este tipo de procedimientos, es así como los médicos y las instituciones se acogen a las reglamentaciones de tipo mundial.

En relación con los pacientes en estado terminal se ha avanzado en el tratamiento que las clínicas les brindan a estos, aunque en algunas ocasiones haciendo caso omiso del sufrimiento del paciente, prevalece la idea de sostener la vida hasta agotar las esperanzas, sometiendo a estos a tratamientos y maniobras pudiendo generar falsas expectativas entre los familiares. A partir de este tipo de manifestaciones han surgido grupos encargados de hacer respetar la voluntad de los pacientes que manifestaron en algún momento tener una muerte digna.

El aborto al igual que muchas otras prácticas es un tema de gran discusión y que actualmente en el país está despenalizado por una sentencia de la Corte Constitucional. Considerado éticamente como una forma de asesinato va directamente en contra del derecho a la vida y contraataca la moral y las prácticas éticas tanto de los médicos como de los pacientes que acuden a él.

Otra de las enfermedades que es tratada éticamente en Colombia es el Sida. La persona que posee esta enfermedad debe ser notificada de ello. Los pacientes con Sida tienen todo el derecho de poseer un tratamiento digno de su enfermedad, no deben ser abandonadas ni relegadas por las instituciones prestadoras de servicios de salud y muchos menos por el Estado quien está en la obligación de brindar todos los medios



necesarios para soportar el padecimiento, tomando en cuenta las medidas suficientes para evitar la propagación de la enfermedad.

La implementación de la bioética, va más allá de los adelantos y ejecución de la tecnología en la medicina, sus orientaciones se desarrollan en aspectos de tipo epistemológico en los cuales se manifiesta la conducta humana, y en cuestiones de tipo ontológico reveladas en los criterios acerca del principio y final de la vida. Es una ética laica racional, pluralista, mínima y dinámica que avanza al ritmo de la ciencia y la modernidad en busca del bienestar y la justicia. La bioética hoy se transforma de acuerdo al universo, a los requerimientos de la humanidad y acorde a las necesidades y reclamos de la misma.

## **REFERENTES CONCEPTUALES**

Este acápite centra su desarrollo en explicitar aquellos elementos teóricos considerados nodales para el desarrollo de este ejercicio investigativo. En esta dirección se plantean los aportes del psicólogo norteamericano Kohlberg, en lo que tiene que ver con el concepto de estadio en el marco del proceso de maduración biológica y humana por la que pasa toda persona, iniciando con las actitudes “primarias” adquiridas tempranamente, y las actitudes “secundarias”, que se adquieren más tardíamente y que son más fáciles de modificar, a través de los “conocimientos” y las “habilidades”. Luego viene la idea de significados y sentidos en educación y más concretamente, su relación con quien aprende en el aula o fuera de ella; es decir, su lugar en la investigación pasa por comprender unos procesos de aprendizaje que se dan en el aula para y desde el estudiante a propósito de la asignatura de bioética.

En coherencia con lo anterior, se plantea el concepto de Nuevos Ambientes de Aprendizaje (NAA), que durante los últimos años en la literatura científica pedagógica se han desarrollado y que están vinculados con la revolución en las comunicaciones y la informática y el impacto de éstas en la enseñanza escolar y en la transmisión de saberes en general. Allí su centro de interés está dado por pretender estimular la creación de una situación educativa centrada en el alumno y que fomenta su auto-aprendizaje, así como el desarrollo del pensamiento crítico y creativo en el marco de esta problemática que se convoca. Y muy a propósito de esto, se destacan unas líneas complementarias que abordan el análisis curricular en el que tiene en cuenta las necesidades del contexto en aspectos sociales, tecnológicos, científicos, biológicos, éticos, productivos, entre otros. Pero, fundamentalmente, centra su desarrollo a los criterios pedagógicos y teóricos para el diseño y estructuración de un currículo en la dirección de la bioética, todo ello

encaminado a la construcción del individuo y la transformación de la realidad en que se halle.

## **EL COMPORTAMIENTO Y LAS NUEVAS ACTITUDES, UN PROCESO DE MADURACIÓN**

El trabajo investigativo *humanización del acto médico: Elaboración de significados desde el microcurrículo de bioética*, parte de considerar que si bien no se han realizado muchas investigaciones en esta perspectiva, la preocupación con relación al tema ha aumentado, y en este sentido, algunos trabajos abordan este concepto con gran propiedad; además, proponen nuevas formas de afrontar la enseñanza de la bioética con el fin de mejorar la actitud de los estudiantes y crear sentido de responsabilidad, lo cual ayudará a crear un ambiente de confianza, respeto y confiabilidad entre el médico y los pacientes.

La medicina es una profesión fundamentada esencialmente en formar personas capaces de atender a otras en los aspectos clínicos y sociales, lo que la impele a implementar en su currículo nuevas asignaturas que fomenten en la comunidad estudiantil una reflexión relacionada con la forma como deben enfrentar los nuevos avances que la tecnología ofrece a la medicina y cómo debe ser el vínculo con las personas que acuden a los servicios de salud.

Las funciones de los médicos estriban en brindar bienestar físico a sus pacientes, además busca que éstos durante una consulta se sientan abrigados en otros aspectos de orden socio-cultural. Estas actividades médicas deben ser humanas y de calidad, lo que exige a las instituciones impartir una formación científica, técnica y humana.

Debido a las demandas de la sociedad, los planes y programas de estudio relacionados con la parte médica se renuevan y perfeccionan de manera permanente desde diversos aspectos, de allí se creó la necesidad de impartir lo que en un principio se llamó ética, hoy bioética en los currículos de medicina de las universidades. Este

nuevo nivel de educación tiene la misión de formar médicos con actitud de transformación dirigida en beneficio de la comunidad, logrando así satisfacer las necesidades de las personas saludables y enfermas.

El énfasis en incorporar al currículo en la formación de médicos la ética y el profesionalismo está sustentado en la premisa que este último tiene como objetivo la transformación personal que se da en las etapas iniciales de la formación médica de cada estudiante; esta transformación se logra una vez que los estudiantes de medicina se redefinen a sí mismos como médicos y aceptan su nuevo rol de interacción con la sociedad.

Para que exista una atención médica con calidad es necesario que exista también una educación de calidad, es por ello que en muchas ocasiones se piensa en replantear los métodos de enseñanza para mejorar la formación de los futuros profesionales en salud, con la implementación de nuevos métodos de enseñanza que favorezcan el aprendizaje y hagan sentir al estudiante como el centro del proceso de formación y donde desarrolle su pensamiento científico y ético. Para tener médicos eficaces es indispensable valorar la moral, las actitudes y las cualidades, pero es el docente quien descubre, explota y forma estas habilidades en sus estudiantes. Los nuevos programas deben contribuir a crear en los futuros egresados la capacidad de poseer una misión específica dirigida a cuidar la salud de la comunidad en general, a respetar la dignidad de las personas, su profesión, y mantener un compromiso solidario frente a las necesidades de todos.

Las instituciones deben estar en capacidad de crear y construir valores en sus estudiantes, promover actitudes y principios éticos que le ayuden a potenciar la relación con sus futuros pacientes, a poseer una actitud de respeto en el manejo de los problemas de carácter bioético que se pueden presentar en su quehacer, a respetar los límites éticos

de sus investigaciones, a tener un juicio crítico al momento de tomar decisiones, a entender los avances de la ciencia más en beneficio de la sociedad que en el propio y a promover los resultados que de sus investigaciones puedan resultar.

Puede decirse que en los procesos educativos intervienen dos factores, la enseñanza y el aprendizaje, formar es transmitir algo a alguien que a su vez lo coge para sí y lo pone en práctica en su vida; durante muchos años se pensó que la parte importante era la enseñanza, se hacía énfasis en transmitir los conocimientos, como si se tratara de un programa radial, donde el receptor es un actor pasivo.

Actualmente las cosas han cambiado, el aprendiz dejó de ser un ser quieto, pasivo y se vio la necesidad intrínseca de ser un ente activo, se entiende que, cuando un médico le explica algo a un paciente, lo interpreta y procesa de forma diferente a la que el médico pretendía transmitir. Como ejemplos se pueden mencionar innumerables situaciones, solo por mencionar algunas: cuando se le dice al paciente que el medicamento es por ocho días y él se toma ocho al día, cuando se le mandan gotas para tomar por una conjuntivitis y ella se las aplica en el ojo, se ordena óvulos o supositorios y la paciente se los toma vía oral, etc. De ahí que se debe dar más importancia al mensaje transmitido, que al sujeto que lo recibe, en este sentido el proceso de enseñanza y aprendizaje toma gran valor, no queriendo decir con esto que enseñar sea más fácil que aprender, por el contrario, aquel que enseña tiene la tarea de analizar a quién está transmitiendo su mensaje para poder determinar la forma de hacerlo.

En los sujetos existen tres procesos de aprendizaje, las “actitudes”, las “habilidades” y los “conocimientos”. Las actitudes se aprenden desde la primera infancia de la vida, en la medida que repetimos los actos, estos se van convirtiendo en hábitos y determinaran las actitudes. Así el hombre en la forma que va viviendo se va haciendo a sí mismo y desarrolla su personalidad y carácter moral para toda la vida.

Pero no todos los hábitos son iguales, algunos son más agudos que otros, los de mayor agudeza son los que forman el carácter de una persona y dejara huella en su actitud ante el mundo y la vida. Estas actitudes se forjan desde antes del ingreso a la universidad, y no quiere decir que no se formen actitudes nuevas o no se puedan modificar las ya formadas, aquí es donde juega su papel el docente al buscar modificar las actitudes preformadas y generar otras nuevas también llamadas actitudes secundarias.

Según el psicólogo norteamericano Kohlberg las personas pasan por 6 estadios en el proceso de maduración biológica y humana, iniciando con las actitudes “primarias” adquiridas tempranamente, y actitudes “secundarias”, que se adquieren más tardíamente y más fáciles de modificar, a través de los “conocimientos” y las “habilidades”, así estos actos terminarían también formando las actitudes morales, sabiendo que las actitudes en parte se tienen implícitas y en parte se adquieren.

<b>Seis estadios de crecimiento moral, según Kohlberg</b>		
<b>Estadios preconconvencionales o egocéntricos</b>	1. <u>Heteronomía</u> 2. <u>Individualismo</u>	moral heterónoma
<b>Estadios convencionales</b> deseo de ser aceptados y el compromiso responsable	3. <u>Expectativas interpersonales</u> 4. <u>Sistema social y conciencia</u> empieza la autonomía moral	moral autónoma
<b>Estadios postconvencionales</b> están regidos por grandes principios morales	5. <u>Contrato social</u> 6. <u>Principios éticos universales</u>	

Por su parte, James Rest (1979), psicólogo Estadounidense: afirma que para que el sujeto sea capaz de identificar problemas morales y realizar juicios acertados, debe desarrollar cuatro componentes: Sensibilidad Moral, Razonamiento Moral, Motivación Moral y Carácter Moral, para que sea una persona madura y correcta para toda la vida.

En este sentido, puede decirse que los valores morales, los cuales van a definir la posición moral y a su vez ética en la vida, están determinados por formaciones implícitas o primarias y otras secundarias que pueden ser modificadas de acuerdo a los razonamientos y la motivación que se posea. Gran parte de estas modificaciones están mediadas por los currículos en las facultades de medicina y son los docentes los que tiene la batuta a través de la deliberación para incidir cabalmente en los estudiantes de medicina que los conduzca a asumir conductas y comportamientos altamente éticos, en aras del bienestar del paciente.

La deliberación es el método ideal para formar en bioética porque facilita a los estudiantes de la salud desarrollar actitudes éticas imparciales, por medio de reflexiones auto desarrolladas y comparadas con las del grupo, evitando ser adoctrinados por algunos docentes, pero a su vez teniendo otros puntos de comparación evitando la neutralidad absoluta, haciendo de la bioética un modo de ser y no una moda.

### **AMBIENTES DE APRENDIZAJE**

El ambiente de aprendizaje debe permitir que la vida, la naturaleza y el trabajo ingresen al entorno, como materias de estudio, reflexión e intervención para que sea posible superar las trabas históricas que se han dado en los procesos de enseñanza y aprendizaje. Durante los últimos años en la literatura científica pedagógica, ha aparecido el concepto de Nuevos Ambientes de Aprendizaje (NAA), muy vinculado con la revolución en las comunicaciones y la informática y el impacto de éstas en la enseñanza escolar y en la transmisión de saberes en general. Con estos nuevos ambientes de aprendizaje se ha buscado estimular la creación de una situación educativa centrada en el alumno y que fomenta su auto-aprendizaje, así como el desarrollo del

pensamiento crítico y creativo, además estimula el trabajo en equipo cuando se utiliza la tecnología de punta para desarrollos teóricos e investigaciones colaborativas.

Entender los ambientes de aprendizaje desde la interdisciplinariedad complejiza las interpretaciones que sobre este tema pueden proponerse, ya que posibilita nuevos enfoques de estudio y brinda unidades de análisis distintas para el tratamiento de los problemas educativos. Todo esto ofrece un marco conceptual con el cual comprender mejor la acción pedagógica para poder intervenirla con mayor pertinencia. Es importante hacer una precisión, no todos los ambientes de aprendizaje son válidos para cualquier modelo educativo en la perspectiva de lograr la excelencia académica, por eso el espacio forma parte inherente de la calidad de la educación: los ambientes de aprendizaje deben estar directamente relacionados con el territorio en el que están insertos.

En la actualidad la escuela y la universidad han perdido importancia si de considerar la formación y la educación de los jóvenes se trata, ya no digamos de su humanización. Afortunadamente hemos reconocido que la escuela no es la única entidad que forma a los jóvenes, pues son múltiples los ambientes culturales y sociales que transmiten conocimiento, valores y conductas. Por ejemplo podemos ver como los grupos urbanos de pares, los medios tecnológicos y de comunicación, la familia, entre otros, influyen considerablemente en la formación de todos los ciudadanos, tanto jóvenes como adultos. En algunos casos se consideran fuentes de diversión, misterios y magia.

El ambiente de aprendizaje debe trascender entonces la noción simplista de espacio físico como contorno natural, y debe abrirse hasta un punto que ponga en consideración las diversas relaciones humanas que aportan sentido a la vida de los habitantes de un lugar en particular; debe recoger imaginarios, representaciones, ideales,



tradiciones y, de manera especial, la relación con el entorno natural. En esta perspectiva se trata de un espacio de construcción significativa de relaciones sociales y culturales afincadas en un territorio particular. Pensar en una escuela cuyos ambientes en el aula tomen en consideración las interacciones entre sujetos vistos como totalidades, que vaya más allá de lo cognoscitivo y que se preocupe por considerar los sentimientos y deseos relacionados al proceso de aprendizaje, persiguiendo que la trasmisión formativa vaya más allá de las respuestas correctas y del sí o no, y tome en cuenta los errores evitando propiciar la farsa y la obediencia servil, debe servir para que se incentive la sinceridad y la rectitud en los deseos de los sujetos.

Los nuevos ambientes de aprendizaje exigen al alumno una actitud favorable, que participe activamente en la construcción de las reglas que lo han de regir a él y a sus compañeros, precisión en las reglas de participación, que se le enseñe a participar a partir de preguntas como qué se puede hacer, qué no se debe hacer, por qué y para qué participar, cómo proceder. Así mismo, el docente debe ser claro en el momento de exponer la meta, los objetivos y los propósitos de la invitación que les hace a sus estudiantes para adentrarse en el mundo del conocimiento; como lo hace la ética médica. Además, la ayuda que brinda debe ser la necesaria y la oportuna para el estudiante para que tenga espíritu crítico y reflexivo ante los casos expuestos.

Los nuevos ambientes de aprendizaje también exigen del maestro que se ocupe responsablemente de la planeación previa de sus clases y de la guía y orientación a los alumnos hacia el logro de una competencia. La información debe ser la necesaria y suficiente, ni más ni menos y en el momento oportuno, pues no se debe perder de vista que el proceso educativo está centrado en la formación de un ser humano para la vida; la información para defenderse en la sociedad como adulto y ciudadano muchas veces la va adquiriendo en su proceso de crecimiento de acuerdo a las necesidades pertinentes.

El docente, también debe hacer una contextualización de lo que se aprende sin olvidar que su rol principal lo debe cumplir como facilitador del aprendizaje que se preocupa por la creación de un ambiente de comunicación horizontal, asertiva y de cooperación, más que por hacer de supervisor o polizonte.

Existe un proceso de escolarización tan robotizado y mecanizado que no ayuda a fomentar el pensamiento crítico y creativo como en la ética médica que es tan significativo, en el cual el territorio es una cosa fría y que poco dice, donde el papel del docente se resume en un conformismo a la hora de aplicar y cumplir lo que los planes y programas establecen. Lo que se visualiza en las aulas es un paralelismo entre los intereses de los docentes y de los alumnos, los cuales además de ser diferentes, en muy pocos casos tienen como meta la calidad de la educación, la verdadera formación de los alumnos y el crecimiento profesional.

Modificar el ambiente del aula para situarlo como ambiente de aprendizaje exige visualizar al aula como un modelo de convivencia que cuente con una propuesta democrática que incentive la construcción participativa y solidaria de alternativas pedagógicas, curriculares, administrativas, culturales y sociales. Todo esto debe orientarse a la mejoría de los ambientes de convivencia institucional y de la comunidad educativa en general; se pueden desarrollar estrategias metodológicas y formas de concertación que favorezcan la formación integral y promuevan la socialización y la humanización en la escuela para lograr así una verdadera calidad en la educación.

Las propuestas pedagógicas en la actualidad deben estimular el aprendizaje autónomo sin olvidar que las características de este tipo de aprendizaje están centradas en el fortalecimiento de procesos constructivos, acumulativos, auto-regulados e intencionales. El aprendizaje autónomo requiere una excelente disposición de materiales y herramientas tecnológicas y se produce en un contexto particular, interactivo y

cooperativo. Es un modelo de aprendizaje que actúa como proceso activo, cooperativo, progresivo y auto-dirigido, que apunta a encontrar significados y construir conocimientos a partir de las experiencias de los alumnos en situaciones auténticas y reales.

Desde esta perspectiva de análisis el rol del alumno se propone diferente, pues se le observa como responsable de sus propios procesos cognitivos. Del mismo modo la posición del docente es transformada, puesto que deja de ser la única fuente de información y de autoridad convirtiéndose en un activo participante de la comunidad de aprendizaje, pues define un clima estimulante en el plano intelectual, que funciona como modelo para la definición y solución de problemas.

## **PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE UN CURRÍCULO ALTERNATIVO**

El currículo no es la única herramienta para que se produzcan los cambios a nivel educativo, pero juega un papel importante en el logro de los propósitos educativos.

Expresado en términos de Nelson López (1995):

La importancia asignada al currículo alude dos dimensiones del proceso de formación: por una parte, la que enfatiza su utilidad como medio en la búsqueda, producción y difusión del saber, y de ahí su estructuración en planes y programas específicos que tienden a caracterizar la formación de recursos humanos en diferentes áreas del conocimiento, de otra parte, la que permite desarrollar y perfeccionar las capacidades y potencialidades humanas en la compleja tarea del ser y quehacer cultural, que se expresa a través de la denominada cara oculta, subyacente o latente del proceso curricular.

Por otro lado, al realizar un análisis curricular se debe partir de unas necesidades del contexto en aspectos sociales, tecnológicos, científicos, biológicos, éticos, productivos, entre otros. Todo esto debe ir encaminado a la construcción del individuo además de la transformación de la realidad donde se encuentre.

En este sentido, toda construcción curricular alternativa según Nelson López debe construirse a partir de algunos requerimientos, entre ellos se destacan: el proceso

de elaboración permanente y colectiva, innovación e investigación, debe garantizar la permanencia social y académica, debe ser participativo, flexible, práctico e interdisciplinario, por último debe ser evaluado constantemente.

Además de los requerimientos mencionados anteriormente, el autor en su propuesta curricular define otros componentes que complementan la elaboración de un currículo, entre esta la definición del objeto a transformar, el propósito ideal de formación, la definición de las actuaciones de los egresados, la definición del propósito de formación, los núcleos temáticos, bloques programáticos, la integración de nuevas disciplinas, la participación de la comunidad y por último la adecuación de las estrategias pedagógicas.

En su texto, el autor asume el currículo como un proceso de búsqueda permanente de conocimiento que permite integrar la teoría y la práctica, para avanzar en la integración, la comprensión y la interpretación de las labores académicas, es así como define las características que debe poseer un currículo que pretenda convertirse en factor de transformación de la realidad, estas son:

#### **PERTINENCIA**

Se trata de generar situaciones que le permitan al alumno una visión crítica de su propia realidad y la apropiación de los problemas mediante la creación de estrategias, se debe tener en cuenta la finalidad, las necesidades del contexto, al igual que el desarrollo individual y colectiva.

#### **PARTICIPACIÓN**

Los esquemas curriculares deben estar orientados socialmente, cada persona debe concientizarse de la contribución social, inculcando en ellos la problemática local, nacional e internacional.

#### **FLEXIBILIDAD**

Los currículos no pueden ser estáticos, deben ser flexibles, porque en la actualidad los avances tecnológicos, los nuevos métodos y sistemas, sumado a los planes de desarrollo en sus diferentes estancias entre otros hacen que el currículo deba adaptarse a estos nuevos retos.

#### ENFOQUE SOCIAL

El currículo debe responder a las necesidades de los educandos, integrando lo social y cultural y trasladar los aprendizajes a los contextos, locales, regionales y nacionales.

#### ENFOQUE INVESTIGATIVO

La investigación se convierte en un factor muy importante en la formación profesional del educando, ya que además de aportar conocimiento, posibilita la adaptación del proceso educativo a la realidad social.

#### PRACTICIDAD

El currículo debe proporcionar la capacidad de integrar los conocimientos teóricos con la aplicabilidad de los mismos a contextos específicos.

#### INTERDISCIPLINARIEDAD

El currículo debe hacer posible la interdisciplinariedad y sobrepasar el pensamiento de una sola disciplina.

#### ENFOQUE INTER-INSTITUCIONAL

La estructura curricular no debe ser aislada dentro de una institución educativa, debe integrarse con otras instituciones con el fin de compartir experiencias, aprovechar los recursos y favorecer la actualización.

#### TOTALIDAD E INTEGRALIDAD

En éste aspecto es importante destacar la división de asignaturas que tiende a desagregar la realidad. Otro aspecto es que en algunas ocasiones se plantean procesos

únicos para acceder al conocimiento. El hombre que se forma en la actualidad debe tener la capacidad de integrar la multiplicidad de información que recibe.

Todas estas características buscan formar un espíritu capaz de reflexionar, construir y criticar un proceso curricular, también expresan las aspiraciones de la comunidad educativa, cada vez más sometidas a pruebas de calidad, y se asuman conceptos de autonomía, pertinencia y democracia como las rutas por las cuales se dirijan las labores académicas hacia destinos de integridad y sociabilidad.

### **BIOÉTICA EN EL MÉDICO COMO SER HUMANO**

Esencialmente la medicina es una profesión fundamentada en formar personas capaces de atender a otras en aspectos clínicos y sociales, lo que la ha obligado a implementar en su currículo nuevas asignaturas que fomenten en sus estudiantes una reflexión basada en la forma de enfrentar los nuevos avances que la tecnología ofrece a la medicina y el vínculo con las personas que acuden a los servicios de salud, quienes cada día ven desplazar sus derechos fácilmente y se convierten en víctimas de errores causados por profesionales con grandes capacidades científicas pero necesitados de estrategias que favorezcan sus relaciones con los demás.

Las funciones de los médicos se basan específicamente en brindar bienestar físico a sus pacientes, pero además de la parte física se busca que los pacientes durante una consulta sientan que así como sanan sus problemas corporales podrán adquirir de su médico la capacidad de mejorar al mismo tiempo sus aspectos sociales y culturales. Estas actividades médicas deben ser de calidad, por ello hoy en las instituciones se busca formación científica, técnica y humana, la última es, quizá, la que toma mayor peso debido al carácter deshumano permanente en la medicina impartida en la época actual. Hoy la humanidad exige centros educativos médicos dotados de capacidades

científicas, pero sobre todo más agradables, y esto se ve reflejado en el bienestar de la población.

Las prácticas médicas se remiten en muchas ocasiones a problemas de tipo moral, lo que exige que los profesionales de la salud deben tener una reflexión ética constante en el desempeño de su labor, por esto cada día es más común escuchar hablar de ética médica, bioética, humanismo de la salud y relación médico paciente.

Indudablemente, no puede negarse la estrecha relación existente entre las prácticas clínicas y la condición moral de quien la práctica, parte de esta actitud moral se ve reflejada en la relación del médico con sus pacientes, con el otro, sus problemas, sus dificultades físicas y sociales, en este caso el objetivo del médico será proporcionar tranquilidad a esa persona que acude en busca de su ayuda.

Actualmente las prácticas médicas confrontan acerca de la formación ética y moral de los profesionales de la salud. A pesar de los esfuerzos que realizan las universidades en mejorar la ejecución de sus planes de enseñanza y aprendizaje, muchos estudiantes coinciden en afirmar que su formación ética y moral la han adquirido a través de la formación que les han brindado en sus familias, por medio de la religión practicada durante el transcurso de sus vidas y por diferentes sucesos sociales y culturales ocurridos en sus diferentes momentos, donde más que poner en práctica conceptos vistos en las aulas, han optado por tomar decisiones donde influye su carácter personal, mas no los contenidos impartidos por los docentes, quienes en muchas ocasiones hacen ver los contenidos como propuestas irrefutables donde prima lo planteado por el docente sobre la reflexión del estudiante.

Hoy el médico ya no interviene solamente entre el nacimiento y la muerte, sino desde antes del nacimiento y hasta después de la muerte, se le plantean problemas sobre el sentido de la vida humana, en suma se halla ante situaciones en las cuales no

responde solo como médico, sino como persona humana. Los profesionales en medicina deben preguntarse por la visión del mundo que tienen hoy, la consideración como seres éticos que tienen de las otras personas y sus capacidades religiosas conscientes de su trascendencia. El problema se presenta en entender el saber y poder que este ejerce sobre las personas. Lo que se pone de manifiesto es el ser humano y los valores que lo humanizan, aquí es donde interviene la sociedad para garantizar los derechos y la autonomía de las personas, para mediar conflictos entre derechos, asegurar la convivencia de las libertades, proteger a cada uno y evitar el peligro de la deshumanización de la cultura.

Debido a tantos desarrollos de la tecnología, hoy más que nunca se ve amenazada la calidad de vida de las personas; además está la preocupación por el futuro de la vida misma, la manera como ésta comienza, su desarrollo y el fin de la misma. La bioética en medicina no pretende ser un juez sino una mediadora, no se trata de dar respuesta a unos problemas del médico, hoy no basta solo con la ética profesional, los problemas tienen raíces interdisciplinarias y sociales, en esta relación, está en juego el futuro de la sociedad. La responsabilidad del médico no debe limitarse solo a lo clínico, en la relación de los médicos con sus pacientes, debe prevalecer un sentido humanista, esta tarea es de todos, una tarea de educación y civilización, no debe quedar solo en manos de especialistas, debe estar en manos de todos.

La bioética está planteada con unas características de secularidad, globalidad, interdisciplinariedad y prospectiva (Gracia, 1992). Así mismo, técnica, ciencia y ética. Las decisiones en bioética deben ser humanas y éticamente responsables. La preocupación por los problemas de hoy, plantean una bioética articulada con la antropología.



Cada hombre como ser espiritual, además de ser consciente de sí mismo es único, singular y diferente a los demás, por encima de ser un algo, un qué, una cosa, el hombre es fundamentalmente un alguien, un ser individual y personal; es decir, una existencia singular y única, por todo lo demás las acciones psíquicas de las personas tienen un carácter intencional.

En este sentido habrá que decir que las acciones por ser intencionales están dirigidas a los objetos como realizaciones de sujetos. El mundo está formado por hechos y por objetos, además de valores que son creaciones de la humanidad. Los valores son cualidades a priori, anteriores a las cosas valiosas, cuya esencia hacen posible cuando alguien los realiza en la realidad. (Conocimiento-Dios-corazón-espíritu), en este caso el espíritu se define como la capacidad que tiene el hombre de hacer objeto de conocimiento todo lo que está fuera de su conciencia. Los valores son intangibles, hacen parte de la psique del sujeto, no ocupan un espacio y no se pueden medir ni tocar, a diferencia de los bienes que son medibles, palpables y ocupan un espacio físico. El hombre va realizando su esencia, su espíritu conforme va realizando sus valores, los cuales constituyen el dominio que le es privativo y peculiar. Las personas son valiosas porque son portadoras de valores. Solamente la conducta humana puede ser objeto de calificación moral. A este respecto Juan Masià plantea:

En el mundo moderno el ser humano es concebido como un ser producto de artefactos y bienes de consumo. Vivimos en un mundo dominado por las máquinas, creaciones eminentemente humanas, a las que el hombre se ha esclavizado, pero la culpa no es ni de la técnica, ni del artefacto, sino del hombre. El que el hombre moderno viva para la máquina no significa que sea su enemiga. De lo que puede cuidarse el hombre actual no es tanto de la máquina que el mismo ha construido, sino de la máquina en la que el mismo tiende a convertirse por la mecanización de su vida interior que lo llevara a transfigurarse en una entidad sin alma y sin libertad”.

## LA BIOÉTICA Y LA RELACIÓN MEDICO PACIENTE

Es menester iniciar estas líneas diciendo que el progreso científico de hoy, y sobre todo el progreso de las ciencias de la vida, es uno de los más notables de la época actual. Significa una puesta en escena de la inteligencia humana y un desafío permanente de ésta sobre la muerte, pero también habrá que decir, que constituye en los albores del presente siglo, un desafío sobre la vida misma. En este sentido, por un lado, celebramos que una pareja, por ejemplo, diagnosticada estéril tiene hoy posibilidades de fecundación con la ayuda de la tecnología procreativa. El embrión, cuyas anomalías genéticas sólo podían detectarse después del nacimiento, puede ser hoy sometido a pruebas durante el estado prenatal y su consiguiente tratamiento. Es posible diagnosticar la enfermedad de *Huntington*, enfermedad neurodegenerativa, a una persona joven con apariencia de perfecto estado de salud, puesto que hoy, el test genético permite hacerlo; pero, por otro lado, la vida humana e incluso el mismo concepto de vida, son puestos en tela de juicio por el progreso de las ciencias biológicas y el desarrollo de las tecnologías biomédicas y genéticas.

Muchos son los casos y, sin duda, innumerables en el que se halla en juego las ‘bondades’ de los avances tecno-científicos en virtud de la preservación de la vida. Muchos son los casos en el que ésta, la vida, sale airosa ante la franca y perseverante presencia del rostro de la muerte.

Una vez más se halla en primer orden la ineluctable recuperación y presencia de los discursos **bioéticos** como escenarios fundamentales en los que se han de inscribir los diversos desarrollos tecnológicos y científicos de la medicina, pues de no hacerlo así, las repercusiones en la salud física y mental serán aún más devastadoras en las poblaciones mundiales y ampliaría la brecha entre los límites del costo beneficio que tienen hoy los desarrollos de la ciencia médica sobre lo humano. No obstante está preocupación, es menester señalar que la reflexión que hoy se pretende iniciar acá, si

bien mantiene como elemento cohesionador la bioética, en tanto concepto y reflexión que ha de colocar como punto de partida la relación triádica ciencia- medicina- vida, es y será la relación paciente-médico. Es decir, la reflexión estribará sobre las preguntas, ¿Cuál es el rostro bioético en la relación paciente-médico de hoy? ¿De qué bioética hablamos? ¿Es necesaria su discusión?

Partamos, entonces, por reconocer que el hecho o la actividad que convoca la relación paciente –médico pasa por aspectos de naturaleza humana: la voluntad o el deseo que tienen los seres de ‘*permanecer o estar bien*’ en asuntos físicos, psíquicos o del ‘alma’, pues sin esa condición muy rara vez el ser humano podría valerse de *sí mismo* para llevar a cabo los procesos básicos dados a la vida del hombre en la tierra y, sin los cuales su propia existencia no podría elevarse a la categoría de dignidad. Estos procesos alguna vez señalados por Hannah Arendt en su texto *La Condición Humana*, lo constituyen *la idea de Labor, Trabajo y Acción*. Es la lógica natural a su propia existencia y la manera digna para acceder a sus más grandes y loables utopías: su permanente transformación cultural como una forma de enfrentar su efímera presencia en tanto mortal. Por eso, esta voluntad de permanecer en ‘bienestar’ es la que lo coloca en un *continuum* ejercicio de ser diferente y de expresarse de manera diferente ante la sociedad: psicólogos, docentes, ingenieros, médicos, zapateros, amas de casa, mecánicos, conductores, electricistas, sociólogos, biólogos, etc, y cuando el estar en sociedad por las condiciones que se encuentra de dificultades en virtud del ‘malestar’ del momento se reconfiguran y se convocan en paciente-médico en una sala de consulta. Es decir, es el encuentro de dos seres humanos que bajo el pretexto de la enfermedad se abren en una relación que les endilga responsabilidades de carácter ético; por un lado, el galeno asistido por el acumulado de su saber ha de procurar ‘correctamente’ la superación de la ‘enfermedad’ y por el otro, el paciente, con la

voluntad de ‘sanar’ ha de confiarle todo la experiencia de su crisis de salud como forma, igualmente, ‘correcta’ de orientar en la búsqueda de la génesis de su mal.

Lo anterior abre una perspectiva en la relación y más allá del proceso comunicativo necesario e inevitable, lo que tiene lugar es una relación de carácter humano/científico. Es decir, es un “vínculo entre las ciencias médicas y las humanidades” como alguna vez lo expresará Potter retomado por Mendoza Carrera Enrique.

Un vínculo que trasciende las frías y calculadas ciencias de laboratorio médico para colocarse al servicio de la humanidad, pues muchas son las experiencias que han trascendido para significar que estamos frente a una crisis de valores que ha tocado las puertas del laboratorio, del consultorio médico, de los hospitales, de las entidades que regulan o controlan la entrega de los medicamentos, de quienes tienen a su cargo la labor de asignar citas especializadas y no especializadas, pero que igual pasa por los tiempos de atención médica y los tiempos de ‘espera’ para ser atendidos en tanto ‘paciente’. Es una experiencia que trasciende actitudes, lenguajes, tratos, decisiones, entre otros aspectos, colocando al ‘enfermo’ ante un panorama realmente desolador y en cuyo seno se hallan cientos de mujeres y hombre, niños y adolescentes, marginados y no marginados del país.

Este panorama, entonces, y en el marco de este ejercicio académico hace pensar en una ineluctable y diferente mirada por la relación paciente –médico y una apuesta al ejercicio de ser profesional de la salud, en la que se coloque en su centro el respeto a la vida y la reivindicación de que ésta tenga una categoría digna más allá de su condición ‘temporal’ de enfermo. Un panorama que invita a la recuperación de la reflexión por la ética en la salud, lo que es mejor, a apostarle a significar la bioética como un asunto inherente al ejercicio de la recuperación de la vida, por ello cobran importancia las

palabras de Mendoza cuando plantea que: “En el momento actual de la historicidad de la medicina, la bioética es un área de reflexión filosófica sobre las implicaciones éticas de las relaciones entre el ser humano y el fenómeno de la vida en general y de la vida humana en particular”.

Su importancia estriba en que coloca la bioética como un asunto de reflexión filosófica en tanto posibilidad que tiene el ser humano (paciente-médico) de pensarse, de conocerse, de saberse; es decir, una reflexión que sale de él (o de ellos) y vuelve a él (o a ellos) pero re-significados, re-contextualizados y por lo tanto, transformados en virtud de la vida. Pensar, por ejemplo, en la condición de médico implica volver al lugar prístino que dio origen a su figura y al fundamento de su actividad. Por un lado, está el carácter filantrópico matizado de servicio a la humanidad a través de la amistad y la camaradería, legado griego como lo hace notar Pedro Laín Entralgo (1998) en su texto, *La relación médica en la sociedad modernizada*: “Los griegos nos dieron la clave: el médico es amigo de su arte a través de la filantropía, y amigo del enfermo a que ha de atender –o camarada suyo- a través del amor al hombre y de su amor a la medicina” (pág. 206)

¿Qué nos queda? ¿Acaso el recuerdo nostálgico que alguna vez constituyó la fuente de inspiración de una de las profesiones más nobles de la humanidad y que hoy es arrasado no tanto por el momento secular del hombre moderno, sino por saberse enajenado por las fauces de su poder de señorío al doblegar la naturaleza misma mediante los grandes avances científicos que la medicina ha procurado? Un poder que viene significando, a juzgar por el momento en que se encuentra el médico y las políticas de salud en nuestro país, un distanciamiento afectivo y efectivo con el paciente.

En este sentido habrá que preguntar, Qué ideas se tiene del paciente, qué ha sido de la relación con el enfermo, cómo han adquirido contenido y figura el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad hoy por hoy. A qué le apuntamos a configurar, o qué se viene configurando en los centros hospitalarios, sus laboratorios, centros de cirugía, consultorios médicos, recepción de citas y despachos de fórmulas, acaso revivió el espíritu de Skoda, como lo retoma Laín (1983) en su texto cuando concebía al enfermo como: “La suma de un objeto científicamente cognoscible y una persona desconocida” o bajo la lupa de San Martín: “La suma de un objeto científicamente cognoscible y una persona compasible”. O reivindicar la presencia de la literatura cuando desde su papel didáctico era posible pensar al paciente como: “la suma de un objeto cognoscible y una persona conocida y amiga”.

Así entonces, la idea de paciente en Skoda y San Martín gira en torno a un sujeto que ha perdido su propia esencia, entendida en términos de Roa (1998), en *La deshumanización de la medicina*: “como el hecho de estar dotado de un mundo interior afectivo, racional, libre e individual”, y que va a ser fundamental para darle vida a la relación paciente- médico. Se habla acá de una ‘despersonalización’ de la misma relación, que no es más que otra cosa que la lógica de la razón en virtud del análisis para emprender la resolución de los ‘males’ que aquejan al paciente, esto es, asumir al enfermo como si fuesen objetos sobre los cuales es perentorio aplicar ‘un medicamento’ que le procure la cura, sin ser mínimamente indagado por lo que *Es*. El mismo Roa muy bien ilustra esta idea cuando remite a algunos médicos del siglo XX, por ejemplo, Von Leube quien señala: “El tiempo dedicado a hacer un buen interrogatorio es tiempo perdido para un buen diagnóstico”. Se instala una relación fortuita en el marco de la enfermedad que no constituye el rostro humano del paciente sino que lo disuelve en la lógica de la medicina.

Recuperar, entonces, al sujeto paciente-médico en su esencia es volver por la reflexión bioética como un elemento connatural al ejercicio del galeno en los diferentes escenarios en que se halle. Es recuperar, por lo pronto, desde la ficción bajo la presencia de Flaubert, Balzac y Benito Galdós, entre otros, ese legado, que siempre desde la condición de literatos pensaron como ideales supremos de la humanidad, no en vano T. Todorov (2003) lo plantea: *“la literatura existe en tanto posibilidad de decir lo que el lenguaje común no ha sido capaz de decir”*. La literatura habla de nosotros a pesar de nosotros proponiendo de manera permanente la necesidad de volver por las actitudes éticas de nuestros ejercicios profesionales, de devolverle el rostro humano al dolor, a la muerte, a la vida. Es tornar la mirada por el humanismo que de verdad dé sentido a la enfermedad y además la ahuyente, como lo plantea, e insistimos en Roa (1998): *“y para ello supone darle paso al humanismo, que es el estudio del hombre no sólo como ser natural –por supuesto indispensable-, sino en su totalidad de ser cultural trascendente. El humanismo no sólo tiende a conocer sino a comprender al hombre en su realidad íntima”*.

Esta última noción acerca del enfermo y su relación con el médico abre un halo de esperanza en la búsqueda de aunar esfuerzos interpretativos en torno a una de las más grandes problemáticas que ahonda la crisis, que bien puede ser por una carencia en el individuo o porque se esté presentando una transformación de los valores a nivel social, pues se halla en juego permanente el sujeto, su dignidad y su vida misma. Pero lo más importante es que apunta a enriquecer y reivindicar la discusión por el carácter ético de las actividades de la medicina en su más mínima expresión: paciente-médico. Es decir, centra toda su dinámica en rescatar la bioética como eje natural del ejercicio profesional del galeno e ir en búsqueda del ‘sentido’ que le han dado a su labor.

## **METODOLOGÍA**

### **MEMORIA METODOLÓGICA CONSTRUCCIÓN DEL OBJETO DE INVESTIGACIÓN**

Inicialmente la idea del tema a investigar surge de la experiencia laboral de los integrantes del equipo dedicados a trabajar en el área de la salud, en la que se observa una reiterada deshumanización en el trato con los pacientes y el entorno de ésta. Cuando se empezó a recolectar información acerca del tema, el equipo de trabajo concluye que el eje temático es muy amplio y tiene diversos tópicos para abordar que no cabrían dentro de un solo objetivo principal, fue entonces que se tomó la iniciativa de empezar a delimitar el objeto de estudio, con los aportes de los compañeros y docentes de maestría a los cuales el grupo de investigación fue muy receptivo. En este momento, se une al equipo una licenciada en matemáticas y dada la línea de fundamentación de la maestría, se decide enfocarse en el micro currículo de bioética de los programas de medicina que tienen las universidades. Se empieza entonces a construir el objetivo, cuya primera pregunta plantea la diferencia existente entre un micro currículo y un currículo en la elaboración de los programas educativos.

En el momento de la construcción del objetivo general de la investigación, derivado de la pregunta se enfocó en la enseñanza de la bioética en medicina. Al exponer el proyecto ante los docentes y los demás integrantes de la maestría, este objetivo inicial pasa de ser algo global y genérico a un objetivo más claro y conciso. No solo es importante evaluar la forma en la que se transmite el conocimiento, sino profundizar en el contenido del micro currículo que se está dando en las universidades para tener una base estructurada sobre la



cual orientar la investigación. Se tenía una divergencia entre realizar la descripción del currículo o del micro currículo y fue cuando una docente de la maestría, conocedora del tema, realizó algunas aclaraciones pertinentes en cuestión de términos, finalmente se tomó la decisión de hacer énfasis en el micro currículo de bioética.

Dada la multicausalidad que genera la deshumanización, y la necesidad de sintetizar el objeto en solo una de ellas, se renuncia a profundizar en los otros motivos que podrían ser un complemento importante para las conclusiones a las que se llegaron como el síndrome Burnot, el costo de la salud, las extenuantes jornadas laborales, la primacía del razonamiento científico sobre el humanismo, entre otras.

Finalmente, se concluyó que el objetivo general podría ser: *Analizar los aportes del currículo de bioética a la elaboración de significados relacionados con la humanización del acto médico.* Sin embargo, la dificultad que ahora enfrentábamos era definir si era correcto utilizar la palabra analizar. Algunas personas recomendaron que lo más conveniente sería utilizar el término develar, partiendo del enfoque de la investigación que es de carácter hermenéutico, a través de una revisión bibliográfica, opiniones y aportes de diferentes expertos en la problemática que se nos presentaba, acordamos que las recomendaciones precisas debían ejecutarse llegando a la siguiente conclusión: *si nos referimos a develar estaremos consientes de los límites, las metas concretas hacia las cuales nos dirigimos, a descubrir los significados que elaboran los estudiantes de medicina cuando acceden a las clases de bioética en su formación como médicos.*

## **CONSTRUCCIÓN DE REFERENTES CONCEPTUALES Y DEL SISTEMA CATEGORIAL**

Una vez definidos la pregunta y los objetivos de la investigación se debe establecer un sistema categorial que facilite desglosar esta compleja propuesta, para después construir desde la hermenéutica una síntesis de los temas abordados. Podemos decir que esta investigación se basó en tres términos fundamentales que son: la *Bioética*, la cual busca a través del micro currículo generar un *Significado* en los estudiantes de medicina, que ayude a *Humanizar* el acto médico.

Al momento de construir los referentes conceptuales, se tomaron en cuenta diversos autores sin fundamentar la elección de estos ni extraer el aporte puntual que tenían a la investigación, lo que generó un exceso de información difícil de articular y sintetizar. Ante el obstáculo emergente, se decidió, entre los investigadores, recurrir a personas expertas en bioética en Antioquia como el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad en estudio, a la asesoría de los docentes y a la construcción de ética y bioética realizada en las universidades quienes orientaron la elección de autores y la bibliografía en general.

Otra de las estrategias utilizadas, fue que cada uno de los integrantes del equipo definió un autor representativo de acuerdo a las categorías del sistema y de acuerdo a este se elaboró los escritos y los análisis necesarios que fortalecieron lo que hasta el momento se había construido, así se logró encontrar un rumbo más definido que ubicó a todos en campos diferentes pero dirigidos a una meta común. Este tipo de actividades ayudó a comprender que el trabajo en equipo, planificado y realizado correctamente conduce a resultados óptimos que hasta el momento se ha aprovechado.

Para la organización coherente de la información recolectada se optó por las fichas de contenido y las notas de campo, de manera que se pudo articular el objetivo con los textos y demás investigaciones previas consultadas. El análisis de la información se hizo por medio del *software atlas ti*, la organización de los códigos permitió acceder a todos los conceptos claves especificados en nuestro sistema categorial, de igual forma, facilitó la contrastación que se logró entre lo dicho por los estudiantes en las entrevistas y los contenidos planteados en el micro currículo de bioética.

## **ENFOQUE METODOLÓGICO**

Dado el objeto de investigación, desde el inicio se pensó en darle un enfoque cualitativo, sin embargo, al construir el instrumento de investigación, se encontraron algunas variables cuantitativas lo que no quería decir que la investigación fuese cuantitativa lo que generó una confusión acerca del método elegido. Por tanto, se derivaron preguntas como ¿Debe elegirse un tipo de investigación cualitativa?, o ¿Dado el resultado de la prueba piloto de una recolección de información por medio de auto entrevistas donde los resultados fueron si y no, sería una investigación cuantitativa?

Mientras se atravesó por estas interrogantes, la dirección de la maestría vio conveniente proporcionar a cada grupo de investigación una asesora metodológica, aparte del asesor temático o principal el cual se asignó al inicio del segundo semestre de la maestría, así que, en la primer asesoría con la docente metodológica asignada y una reunión posterior con el asesor principal, se adquirieron argumentos propios y pertinentes para tomar una decisión unánime entre los integrantes de la investigación. La investigación siguió siendo de corte cualitativo con datos cuantitativos.

Respecto a la prueba piloto, se tienen dos aprendizajes importantes. En primer lugar, se incluyó residentes de pregrado de diferentes universidades, sin embargo, se encontró que era indispensable tomar en cuenta solamente a estudiantes de la misma universidad formados bajo el mismo currículo para obtener conclusiones basadas de los mismos esquemas de enseñanza. Lo anterior se evidenció en la tabulación de la prueba piloto, cuando las respuestas de los estudiantes hacían referencia al micro currículo de cada universidad.

Por otro lado, se entregaron las encuestas a las personas para que las respondieran en cualquier momento lo que dificultó la recuperación de las mismas y por ende, la recepción de la información. Fue muy interesante esta lección, porque desde ese momento nos interrogamos si fuese mejor hacer las entrevistas, para evitar sesgos en la información y así se hizo.

Otra de las confusiones presentadas al inclinarse solo por la investigación cualitativa, es que se pensó inicialmente que esta era rígida y sistemática. El aprendizaje obtenido al respecto es que en una investigación cualitativa cada avance o fase se va ejecutando constantemente y es alimentada de manera transversal; es decir, en todo el proceso de la investigación.

## **ESTRATEGIAS DE INVESTIGACIÓN PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DE DATOS**

Al momento de emprender la recolección de información para una investigación, se presentaron algunos factores externos que pueden hacer inviables las metodologías propuestas. Para plantear la forma en la que se construyeron los datos, se debió tomar en cuenta las limitaciones de los entes externos a la investigación, sociales, políticas y económicas, pues en ocasiones hay información restringida de difícil acceso que puede ser no indispensable para alcanzar exitosamente los objetivos. Además de las consideraciones éticas y las directrices de los sitios donde se desarrolló la investigación.

Por ejemplo, la aplicación de la observación participante en las rondas médicas fue negada por la universidad argumentando que en dicha observación si se le informaba a los participantes acerca de la observación había un sesgo, y si no se les informaba incurriamos en una falta de tipo ético (referida al consentimiento informado). Por otro lado, el observar un cierto grupo de estudiantes no garantiza la confiabilidad de la observación.

Ante tales dificultades, se vio la necesidad de llegar a un consenso por parte de los investigadores, y fue así que se discutió la relevancia de la observación participante como un factor determinante o no para el análisis de la investigación, o a la posible renuncia de la misma y desechar uno de los objetivos específicos. Se concluyó que era posible cumplir con el objetivo y finalidad de la investigación prescindiendo de la observación participante, ya no siendo un análisis por triangulación sino por contraste (entrevista versus revisión documental).

Así mismo, se tuvo la iniciativa de realizar la investigación en una universidad de la ciudad pero no se dio la autorización pertinente ya que había una investigación muy similar

en curso. Esto dificultó el progreso de nuestra investigación; sin embargo, fue motivo para buscar otra opción, al poco tiempo y haciendo uso de los recursos humanos que se podían contactar, se abrió otra posibilidad muy útil en otra universidad en la cual se logró la autorización y aún mejor el apoyo necesario, ya que su Comité de Ética de la Investigación reconocía el aporte significativo para su institución educativa de los hallazgos que la presente investigación les podría brindar una vez finalizada la investigación.

### **ORIENTACIONES ÉTICAS**

El equipo de la investigación fue complementario, pues dada la diversidad de experiencias y profesiones de sus integrantes, se pudo construir un objetivo claro y se desarrolló de forma teórico práctico lo que generó una gran ventaja.

Sin embargo, las condiciones de trabajo no se clarificaron desde un principio lo que generó inicialmente confusiones, desacuerdos y ciertas dificultades. Un equipo de trabajo interdisciplinario debe, ante todo, tener reglas y parámetros establecidos desde un principio y sobre los cuales los integrantes deben comprometerse y respetar a lo largo de la investigación, para así optimizar los aportes, los recursos y las ventajas que genera la unión de varias áreas del conocimiento en pro a un mismo objetivo.

Se han tenido grandes satisfacciones con la investigación puesto que cada vez que se presenta a diferentes grupos, se reciben buenos comentarios de la misma, lo que hace que se continúe con mayor ahínco y motivación. Por otro lado, a nivel personal cada uno de los integrantes ha desarrollado capacidad de tolerancia, respeto por los pensamientos del otro y por los ritmos de trabajo de cada uno siempre y cuando no interfieran en el proceso investigativo.

Otro motivo que nos inspiraba a seguir adelante con nuestra investigación, es el contacto con los estudiantes en las entrevistas, valoramos su capacidad crítica, su deseo por ir más allá del tema, lo anterior se ve evidenciado cuando se proponen nuevos temas para mejorar el micro currículo. Así mismo, cada uno de los integrantes está consciente de la importancia de un buen trabajo en equipo para el logro de objetivos.

Es esencial tener el criterio propio y la conciencia de grupo, ya que el escuchar tantos aportes de las personas externas a la investigación, puede hacer que se entre en confusión, pero finalmente el grupo toma sus propias decisiones.

Por último, resaltamos el grado de compromiso y madurez de los integrantes del equipo para finalizar con altura la investigación.

## **METODOLOGÍA**

Este proceso investigativo es de corte cualitativo, porque se interesa en el comportamiento, las emociones y sentimientos de los estudiantes internos de medicina. Además tiene un enfoque hermenéutico, descriptivo-interpretativo que busca comprender los significados generados en los estudiantes mediante técnicas de registro y recolección de la información como la entrevista y la revisión documental del microcurrículo de bioética, permitiendo un análisis por contrastación.

## **POBLACIÓN DE ESTUDIO Y MUESTRA**

Para esta investigación la muestra se realizó por saturación de datos, hasta poseer la información necesaria, por lo que se consideró que la toma de la muestra no debería

hacerse por medio de datos estadísticos, de ahí que se recolectó información hasta considerarse suficiente para iniciar el análisis de la misma.

## **INSTRUMENTOS**

La elaboración de los instrumentos se basó en los fundamentos considerados relevantes para los objetivos que se buscaban. Los instrumentos fueron validados en una prueba piloto realizada en 7 estudiantes de internado que cumplían una rotación por la Clínica de 4to nivel de complejidad de la ciudad de Medellín, en el mes de septiembre de 2011, llevando a un replanteamiento de éstos y obligando a realizar una nueva prueba piloto en el mes de octubre (Ver anexo N°1).

La técnica de registro y sistematización de la información utilizada para esta investigación fue la revisión documental, aunque encontrar referencias escritas sobre el tema tratado se convirtió en una tarea algo difícil, debido a la poca documentación existente al respecto, se logró recopilar en libros, artículos, revistas y una exhaustiva búsqueda en la web, la información necesaria para desarrollar los temas correspondientes a la misma.

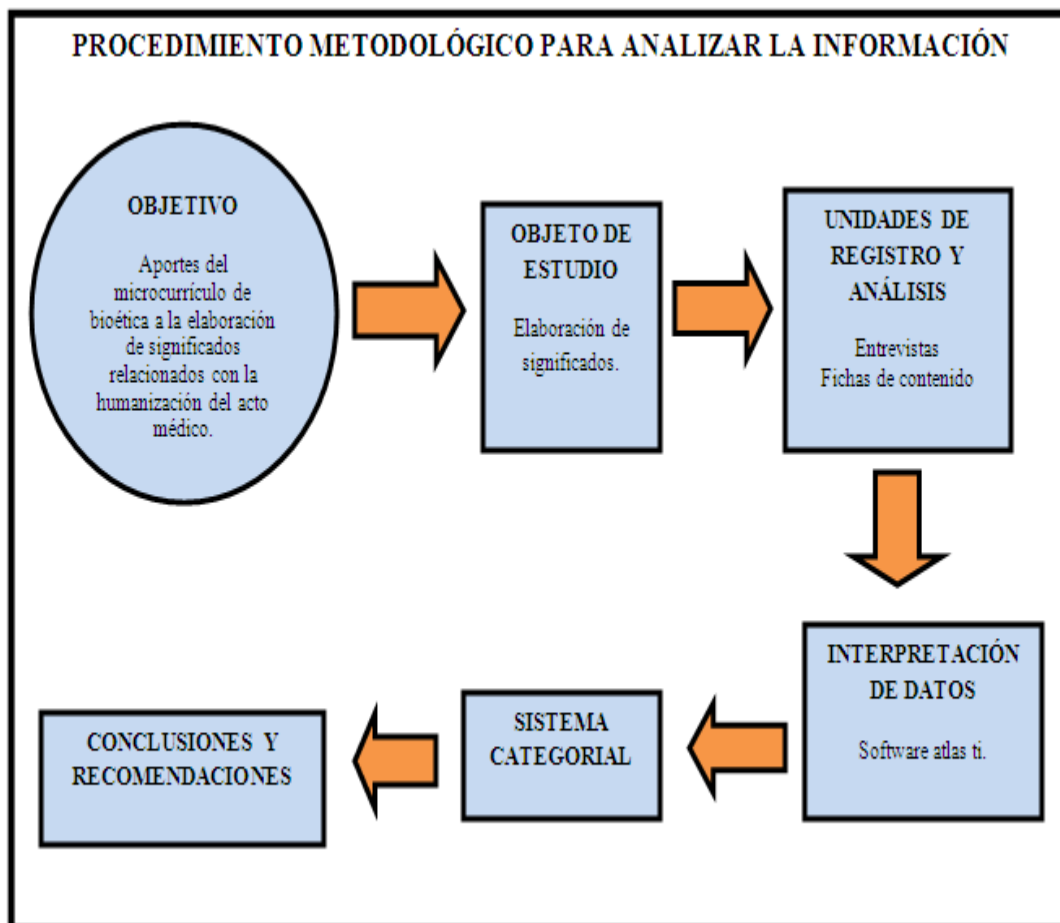
## **PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO**

### **ANÁLISIS DE LOS DATOS**

El análisis de los datos se fundamentó en primer lugar en los objetivos propuestos para la investigación, posteriormente, se entrevistaron 10 estudiantes internos de medicina, la información brindada por los mismos se transcribieron para ser ingresados al *software atlas ti*, mediante el cual se realizó una codificación minuciosa basada en el sistema categorial.



Los códigos que surgieron se analizaron y se obtuvo con mayor exactitud los primeros y más relevantes hallazgos a partir de una familia de 12 códigos que fueron los tomados inicialmente, a partir de estos se extrajeron cuatro donde se recogían los análisis de los estudiantes en cuanto a los contenidos del microcurrículo y los aportes que éste hace y les permite elaborar significados que se reflejan en su práctica médica.



### **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Dentro de las consideraciones éticas tomadas en cuenta por los investigadores del presente proyecto de investigación son las siguientes:

- a) Según la resolución N° 8430 de 1993, esta investigación se considera sin riesgo. Por tal motivo, se solicitó ante el Comité de Ética de la Escuela de Ciencias de la Salud de la universidad donde se iba a llevar a cabo la investigación, la autorización para tomar el consentimiento informado de manera verbal y no escrita.
- b) Los investigadores se comprometieron a mantener la confidencialidad y respetar los criterios de privacidad de las personas que iban a ser encuestadas, así como el
- c) anonimato de la institución en la cual se iban a realizar, si la institución así lo consideraba.
- d) Respetando el criterio de autonomía, los participantes estuvieron en plena libertad tanto para participar como retirarse de la investigación sin explicación alguna.
- e) Los investigadores se comprometieron a tratar en igualdad de condiciones a todos los participantes y retroalimentar con la información académica a la institución donde se iba a realizar la investigación a través de la presentación de resultados a las personas que la institución considere pertinente.

### SISTEMA CATEGORIAL

Categorías de primer orden	Categorías de segundo orden	Categorías de tercer orden	Categorías de cuarto orden	Coherencia sistema categorial - instrumento diseñado para la recolección de la información
Bioética relacionada con la generación de significados y la humanización del acto medico	Características del micro currículo de bioética	Concepciones de bioética		
		Propósito de formación		
		Justificación del micro currículo de bioética dentro del pensum		
		Enfoque metodológico de la asignatura de bioética		
	Elaboración de significados de los estudiantes teniendo en cuenta el microcurrículo bioética	Importancia de la bioética en la formación como médico		PREGUNTA 1, 8, 9
		Papel y función de bioética en medicina y en el médico como ser humano		PREGUNTA 2, 3, 5, 10, 11
		Bioética y la relación médico – paciente	Conceptos de bioética – practica medica	PREGUNTA 4
		Ambientes de formación		PREGUNTA 6, 7

## **HALLAZGOS Y ANÁLISIS DE RESULTADOS**

### **CAPITULO 1**

#### **CURRÍCULO DE BIOÉTICA, UNA BRECHA ENTRE EL PLANTEAMIENTO Y LA REALIDAD**

Los avances tecnológicos y científicos permiten manipular la vida desde antes de nacer y hasta después de morir, manipular el ADN, controlar los nacimientos, sostener un paciente en coma o con muerte cerebral y otra serie de nuevos conocimientos que traen consigo una cantidad de nuevos problemas humanistas. Hasta hace pocos años, algunas ramas de la ciencia como la sociología, la psicología, la antropología, nos daban pautas de conocimiento sobre estos cambios, pero los avances modernos son de tal magnitud que estas áreas no logran dar solución a tantas incógnitas, pero en especial no logran definir ¿Cuál es el sentido de nuestra vida?

Son los valores y el mismo ser humano que se balancean en la cuerda floja. Y es por eso que se necesitan las regulaciones y legislaciones hechas y aplicadas por la sociedad para preservar una vida humana digna. Interviene la sociedad como garante de la autonomía y los derechos de los individuos y así evitar la deshumanización de la cultura. Se hace necesario entonces tomar decisiones a diarios de toda índole, médicos, legales, políticas, administrativas y sobretodo, humanas y éticamente responsables.

Se puede decir que hay dos formas de poner en práctica la bioética, la primera o automática donde se toman los datos y se define si es bueno o malo, si está permitido o está prohibido. La segunda forma implica reflexionar sobre ¿Qué es lo que nos

humaniza? Necesitamos entonces recurrir a la bioética para que nos ayude a tomar las decisiones más apropiadas frente a los avances de la ciencia. Aquí radica la importancia de la bioética en la formación del médico, al ser ese faro, esa luz que lo guía a un desarrollo tanto en lo personal como en lo profesional.

### **COMO APRENDER BIOÉTICA**

Luego de un análisis y una reflexión psicopedagógica de la enseñanza de la bioética se concluye que solo generando significados en los estudiantes de medicina se podrá influir en sus aspectos humanos, al ser los significados el elemento central del proceso de enseñanza/aprendizaje, siguiendo a Ausubel y colaboradores (Ausubel, Novak y Hanesian, 1983), quienes sostienen que se genera significado cada que realizamos relaciones “sustantivas y no arbitrarias” entre lo que se está aprendiendo y lo ya aprendido, lo que conocemos de experiencias previas. Por su parte Piaget sostiene que es integrando el nuevo material de aprendizaje a unos *esquemas* que ya poseemos de *comprensión de la realidad*. Es decir que tenemos unas bases previas a la universidad sobre las cuales se va asimilando el nuevo conocimiento a la vez que se va modificando para futuros significados, futuros aprendizajes, si esto no sucede no se tiene aprendizaje significativo y se convertirá en una repetición memorística la cual solo será útil para un examen, una lección, un trabajo pero se olvidara pronto.

### **SIGNIFICADO Y SENTIDO**

Este proyecto de investigación señala la pertinencia de explorar algunos conceptos que en el ámbito de la educación se han desarrollado y que hoy, se hace perentorio dilucidar en aras de encontrar por un lado, caminos interpretativos en el marco de este ejercicio académico, y por otro, puntos de encuentro y desencuentro en la relación que establecen los estudiantes de medicina, de tal forma, que coadyuve a la

construcción de significados de unos discursos que atravesados por la linealidad del pensum, enfrentan como parte de su proceso de formación.

En este sentido, se destaca el develamiento de categorías conceptuales que se inscriben en esa estrecha relación propia del acto educativo como lo es la relación estudiante/profesor y su ineludible escenario que configura el proceso de enseñanza y aprendizaje que los convoca. Un escenario atiborrado de vicisitudes y de bondades que conviene señalar en tanto faro que guiará la descripción y análisis de esta labor investigativa. Interesa, entonces, centrar la atención en el desarrollo de estas líneas en conceptos que son inherentes al proceso de formación y que hoy encuentran en connotados teóricos importantes desarrollos sobre lo que se ha de comprender como significado en educación y más concretamente, su relación con *quien aprende en el aula o fuera de ella*; es decir, *la elaboración de significados desde el currículo de bioética como posibilidad de humanizar el acto médico*, pasa por establecer el lugar desde el cual se decantará la idea de *significado de unos actos educativos o mejor, de unos procesos de aprendizaje que se dan en el aula para y desde el estudiante* a propósito de la asignatura de bioética.

Es así que atribuir significado al acto educativo por parte del estudiante implica que ‘aquello’ que han consolidado en virtud de las experiencias cotidianas con el saber, con lo cultural, con lo social, con la relación dialógica permanente con el ‘otro’, se hayan sido movilizadas, *in-estabilizadas* o mejor, detonado por los contenidos que se convocan como objetos de aprendizaje en el aula, que en este caso, lo constituiría el pensum de bioética. ‘Aquello’ es la referencia ineluctable a lo que se conoce en materia cognitiva como ‘saberes previos’, es la experiencia cultural depositada a través del ejercicio permanente de conocer y que hace parte del *patrimonio cultural* en las mentes de quienes se consolidan como sujetos aprendientes. Su reconocimiento por parte del

docente es vital, pues a decir de Coll es urgente destacar (1997): “La importancia para el aprendizaje de los conocimientos previos que los alumnos deben tener y la necesidad que éstos lo relacionen con los contenidos objeto de aprendizaje para poder atribuir significado; es decir, para conseguir realizar una representación personal de éstos”. La importancia de esta idea radica en el hecho que los significados que se le endilgan a la relación sujeto/discurso docente o sujeto/contenidos cobran vigencia en virtud de la comprensión e interpretación que los estudiantes hacen de sus actos médicos, de cada una de las asignaturas que estructuran el currículo de Bioética, de cada una de las experiencias que reciben de sus pares académicos y no pares, de cada una de las experiencias que por reflejo les llega o se hacen presentes en sus contextos de formación, familiar o social, pero sobre todo, en el aporte que realicen éstos a los esquemas de conocimiento que traían; es decir, si hay o no aporte, ampliación o reformulación de estos saberes de los cuales se precisaba antes de las nuevas informaciones o conocimientos.

Pero un elemento fundamental para que haya atribución de significado en la mente del estudiante, es que ello está relacionado, y muy estrechamente, con el valor o reconocimiento que el docente realice de estos esquemas de conocimiento<sup>1</sup> que caracterizan al estudiante.

Quizá constituya un pleonasma plantear que asumir un proceso de aprendizaje es, sin duda, en cualquier nivel de escolaridad universitaria, un esfuerzo individual por empezar a ser ‘otro’ en la sociedad. Una especie de deseo inherente y humano lo atraviesa, lo moviliza, le impele de manera constante, pero más allá de ese deseo, de ese acto voluntario y por qué no, autónomo, está la idea de una ‘imagen’ que se configura en ese sujeto que aprende, y por lo tanto, una imagen que lo representará en todos los

---

<sup>1</sup> De acá en adelante EC

escenarios sociales en que haga presencia. Es la imagen que de una u otra forma lo va a implicar; es decir, lo concita a reconfigurarse de manera permanente en ese rol de estudiante, de futuro profesional.

Los significados ya no van a depender necesariamente de los esquemas de conocimiento, sino que van a ser determinantes para su consecución aspectos que están fuera de ello, a saber, lo afectivo, lo motivacional y el papel que logre llevar a cabo como protagonista de su propio proceso de formación; es decir, superar las barreras históricas de un sujeto pasivo al interior del proceso de aprendizaje planteado en el aula de clase, y aún más importante, la lectura que realice el docente en esta materia. A este respecto ya Claparède (1932) y Dewey (1947), retomado por Coll habían señalado la tarea: “La necesidad y el interés, se crean y se suscitan en la propia situación de enseñanza/aprendizaje”. He ahí el papel, al menos uno, fundamental que ha de cumplir el docente, el que le re-direccionará su contexto dentro o fuera de clase, “en el que revise no sólo algunas tareas que le compete, sino los contenidos que se enseñan y las maneras de organizarlo y presentarlos”, acota Coll.

En esta medida el estudiante interpretará su proceso de aprendizaje como un bien común, como un escenario compartido en el que sienta a la vez interlocutor válido, interesante y con convicción en su participación y en lo que empieza a ser nuevo para él. En el que de verdad se sienta implicado en esa tarea, para que cobre sentido todo aquello que se cruza en el ámbito educativo al cual pertenece y permanece en aras de su Formación. Esto será una señal de respeto por lo que sabe, y una manera de potenciarlo e incidirle en su autoestima. Tan necesaria para que empiece a crecer.

Pero aún más importante a ello es que según ‘Ausubel y otros’, se construye significados, se construyen conocimientos en la medida en que cada vez seamos capaces de establecer relaciones ‘sustantivas y no arbitrarias’ entre lo que aprendemos y ya



conocemos. Acá es menester preguntar a propósito del tema que centra nuestra atención en este trabajo investigativo, si la relación establecida entre los estudiantes de medicina y el pensum de Bioética está atravesada por asuntos ‘arbitrarios’, es decir, impuestos, o de sumo cumplimiento o, por asuntos que son ‘vitales’ para la formación del futuro médico.

Como quiera que sea, y esa será una labor mediata al desarrollo de este trabajo investigativo, es que los Significados en contextos educativos se enriquecen por la presencia de uno y otro autor que en su momento histórico hicieron presencia y aún hoy retumban como un eco en nuestras mentes, sea el caso del aporte dado por Piaget en el terreno de los significados: “Se podrá decir que construimos significados integrando o asimilando el nuevo material de aprendizaje a los esquemas que ya poseemos de comprensión de la realidad”, pero que a su vez se tornan prolijo por la presencia de conceptos como *acomodación*, *diversificación* en el que se halla implicado la construcción del Significado en la mente de los discentes.

Ahora bien, llama la atención las condiciones o criterios que se han esbozado para que el contenido de un saber sea realmente significativo. Esto es sin duda importante, pues coadyuva al ejercicio de desentrañar la mirada que en materia de significados le atribuyen o no los estudiantes de medicina al pensum de Bioética. Se habla acá, entonces, que el material que se va a aprender por parte del alumno tiene que ser *potencialmente significativo*.

En suma, todo parece indicar que el alumno construye significaciones al mismo tiempo que atribuye sentido a lo que aprende, de tal manera que las significaciones que finalmente construye a partir de lo que se le enseña no dependen sólo de los conocimientos previos que posea y de su apuesta en relación con el nuevo material de

aprendizaje, sino también del sentido que atribuye a éste y a la propia actividad de aprendizaje.

Para este proyecto se realizó una comparación entre los conceptos manejados en el currículo y los absorbidos por los estudiantes para poder interpretar la aproximación que tiene el currículo a generar significados en los educandos, analizados desde varios aspectos:

- Las condiciones intrínsecas del contenido, ya que este debe tener una lógica, un significado en sí mismo, un alto componente psicológico significativo para el aprendiz. Si el contenido es vago, poco estructurado será difícilmente asimilado por el alumno.

Respecto a esta condición se encontró que el currículo tiene toda una estructura montada para llevar de una manera lógica al estudiante a la formación de un criterio bioético coherente. De igual forma, el sentido que le da el estudiante a la bioética la sitúa en un punto estratégico para ellos, porque le posibilita algo que no está en ninguna otra asignatura: “ver más allá de lo físico y posibles soluciones a los dilemas que enfrentan a diario en la práctica”; sin embargo, no dependerá solo de esto, sino también de la forma en que dichos contenidos sean presentados a los alumnos y esta parte depende mucho del docente

- Las condiciones relativas están apoyadas en una actitud favorable para aprender significativamente, en una disposición a relacionar el nuevo aprendizaje con los significados ya construidos, con los conocimientos previos. Si hay una intencionalidad alta el estudiante encontrará muchas relaciones entre lo nuevo y lo que ya conoce, pero si por el contrario es baja solo memorizará lo aprendido de carácter mecánico y repetitivo. Dando una mirada al currículo encontramos que plantea aspectos de mucho significado psicológico para el estudiante como son los valores morales, las

habilidades relacionales y emocionales en lo personal y lo social, pero sin dejar de lado los conceptos desde la religión, la filosofía y el derecho. Por su parte el estudiante plantea más significatividad psicológica desde los modelos que estuvieron en la carrera, siendo claros en enfatizar que no existe un modelo íntegro, solo recogen algunos aspectos del modelo para integrarlo a las bases que traen desde su formación del hogar. A pesar de ello se nota una clara tendencia a privilegiar los principios bioéticos sobre otros como los religiosos, demostrado al enunciar temas como la planificación familiar y la eutanasia tomando una postura clara sobre el buen morir, incluso así lo prohíba la religión.

- La actitud positiva, y dispuestos a aprender esbozada en el currículo, es apoyada íntegramente por los estudiantes como un requisito fundamental, además refieren que la asignatura se puede ganar sin necesidad de darle un significado, pero también se puede aprovechar y generar significados que le den un sentido a la vida personal y social.

- Relaciones sustantivas entre lo nuevo y lo que ya conocemos. Respecto a este apartado en el currículo se encontró un desarrollo estructurado desde la antropología y la biología analizando el desarrollo histórico y epistemológico de la bioética hasta llegar al contexto contemporáneo, intentando ubicar al estudiante en los dilemas bioéticos más frecuentes. El estudiante, por su lado, le da mayor relevancia a la formación adquirida en los grupos sociales, la familia y a todas las experiencias adquiridas en otros contextos diferentes a la universidad, en aquellos lugares según ellos adquirieron las bases y los valores que los llevaron a definirse como son en la actualidad, sin negar que la bioética hace aportes muy importantes que van integrando en su formación, dependiendo si lo comparten o no.

- Si la bioética enseñada promueve el desarrollo personal. Para ello el currículo de la universidad estudiada se mueve dentro de una perspectiva personalista que busca formar criterios bioéticos en los estudiantes, para que valoren la dignidad humana y logren el equilibrio entre *Responsabilidad y Libertad*, pero encontramos que no está llenando las expectativas de algunos alumnos *quienes con expresiones como “Unos si, otros les vale huevo” (Entrevista n° 08), “No nunca me dieron la libertad” (Entrevista n° 02) o “al escoger esta Universidad escoges una formación cristiana” (Entrevista n° 09)*, demuestran su inconformidad con la formación dada en este microcurrículo.

- Tener sentidos, intenciones y motivaciones. Este es quizás de los puntos más importantes en el momento de un aprendizaje generar significado, y si bien es cierto que la intención del currículo de bioética es formar buenos médicos, también es cierto que se debe dar en el momento y con técnicas y estrategias apropiadas. Según los estudiantes la parte práctica es relevante, y de mucho valor, y en el currículo no aparece ninguna clase práctica programada, lo más cercano son los casos clínicos, ellos solicitan programar rotaciones por la clínica del dolor, reuniones con familiares de pacientes terminales, mujeres postaborto, charlas de planificación familiar pero desde la ética, porque es allí donde mayor significado y sentido tiene el curso de bioética.

- Otro ítem a tener en cuenta es que el aprendizaje no sea memorístico, como se explicó al principio desde el autor Ausubel y col. sostienen que cuando el aprendizaje no genera significado se vuelve memorístico, y si vemos las denuncias de los estudiantes donde dicen “Uno estudia más por requisito que por el aporte” o cuando solicitan “Que no sea solo teórico, que fuera más práctico” se puede deducir que la forma de presentar las clases es de tipo magistral, y están llenando poco el sentido de la bioética en medicina en algunos estudiantes.

## CAPITULO 2

### AMBIENTES DE APRENDIZAJE

En la enseñanza de cualquier área es necesario un ambiente propicio orientado a desarrollar los objetivos propuestos determinados por el docente con base en un micro currículo previamente diseñado. Dicho ambiente va más allá de la transmisión de conocimientos en el aula de clase. Es decir, confluyen otros aspectos como son: el contexto en general, las relaciones humanas, los factores internos y externos que propician la interacción social, además, se plantea que en la actualidad el aprendizaje debe estar permeado por la interacción y la interactividad. Cuyo eje primordial es centrar el aprendizaje en el alumno generando el pensamiento crítico y reflexivo que le permita tomar decisiones acertadas en la práctica en el caso concreto de los estudiantes de medicina

A continuación se plantearán las opiniones generadas por los estudiantes respecto a lo planteado en el micro currículo de bioética de la facultad de medicina. Para empezar el micro currículo de la universidad tiene como base el contexto actual para la generación de temáticas que permita dar respuesta a los desafíos actuales y a su vez orienten al estudiante en la toma de decisiones, las cuales son necesarias en el quehacer del médico. Sin embargo, según lo expuesto por los estudiantes y partiendo de los retos que plantea el sistema de salud actual, los casos clínicos planteados desde las clases de bioética deben incrementarse y partir de realidades que se ajusten al contexto real. Lo cual se pudo evidenciar en la siguiente cita: “Entonces me parecería bueno

analizar más casos clínicos, que no sea solamente tan teórico, sino que fuera más práctico de que se presentara un caso clínico, y en un momento dado usted como actuaria o que haría con este paciente” (*Entrevista n° 07*).

Por otro lado, las relaciones humanas proporcionan sentido a la existencia lo cual se evidencia en una construcción planteada por los estudiantes, mediante los aportes que les realizaron los docentes en la formación, manifiestan que tomaron para sus vidas los aspectos positivos de los docentes y los aspectos negativos los desecharon en la medida en que no querían ser como ellos, los estudiantes tomaron lo que consideraron importante. Por otro lado, las personas que trabajan en la facultad como secretarias, directivos, docentes, generaron un trato adecuado y especial a los estudiantes lo cual fue manifestado por ellos. Poseen un alto sentido de pertenencia y se identifican con la cultura institucional al resaltar la formación de la universidad por lo cual se sienten orgullosos en su quehacer como médicos. Además, los estudiantes reconocen otros factores externos que influyen en su formación como son: las personas de los sitios de práctica, las experiencias de la vida diaria que se adquieren desde la niñez y en los espacios como el colegio donde obtuvieron herramientas de supervivencia y adaptación. Otra frase de otro de los estudiantes también será iluminadora:

La universidad tiene una parte no por el curso de bioética, sino por las experiencias mismas de la universidad. Mi familia es aproximadamente un 70 a un 80% porque son las personas que compartí la mayor parte de mi vida, de mi infancia los que estuvieron en mi crianza, los que me mostraron lo que era bueno y lo que era malo, los que me dijeron que hacer y qué no hacer, el colegio también, pero yo ya llego a la universidad en una edad donde ya soy una persona adulta. Entonces decir que la universidad fue el factor determinante no lo creo, porque yo ya llegue adulto a la universidad (*Entrevista n° 08*).

Otro factor primordial en los ambientes de aprendizaje es la participación activa del alumno es en su proceso formativo, basado en la autonomía. Según el planteamiento del currículo priman las estrategias didácticas como son los conversatorios y los seminarios, permitiendo la participación activa del estudiante, pero por parte de los estudiantes esto no se refleja puesto que manifiestan que las clases son muy teóricas, primando la magistralidad, y como si fuera poco, consideran que los docentes deberían ser más flexibles cuando se trata de opiniones diversas. Los nuevos enfoques de aprendizaje, plantean que las metodologías deben propiciar un ambiente de interrelación docente- estudiante, donde se permita la autoreflexión y evaluación de las situaciones porque más adelante en su vida laboral deberán enfrentarse a casos reales. Por otro lado, el tratar el Aprendizaje Basado en Problemas sería de gran utilidad al plantear diversos casos con múltiples soluciones para dar respuesta a una situación determinada. Lo anterior puede evidenciarse en la siguiente frase: “Pienso que las modificaciones que se le deben hacer a la clase de bioética es que sea un poco más interactiva. La clase generalmente es magistral. Pienso que debería haber más participación de los estudiantes”. (*Entrevista n° 07*)

En cuanto al trabajo en equipo la participación de los estudiantes a veces se torna con temor a la burla de los compañeros o a que el docente no comparta lo que dicen y se imponga el criterio de éste. Lo cual se evidencia en las siguientes frases: “Yo opino que más que el profesor lo que influye en que las personas contengan las ideas y no expongan lo que piensan son los mismos compañeros por el miedo al qué dirán, y que se diga esto y a nadie le guste, entonces me van a gozar, me van a poner un sobre nombre, o van a hacer de uno el hazme reír” (*Entrevista n° 05*) “Los profesores son

muy me parece a mí, con muchas barreras entonces no dejan al libre criterio de uno, sino que hay muchas barreras” (*Entrevista n° 05*).

-



### CAPITULO 3

#### TRIBUTOS DE LA BIOÉTICA A LA FORMACIÓN DEL MÉDICO

Para poder definir la importancia de la bioética en la formación del médico, tendremos primero que responder las siguientes preguntas sobre ella: ¿Es una guía para el desarrollo personal del médico? ¿Desarrolla en él las capacidades de decisión análisis y confrontación? ¿Le permite adquirir habilidades y actitudes que fortalezcan la conciencia? ¿Le presenta los principios bioéticos como una alternativa de formación del sentido? ¿Le amplía el horizonte para una mirada holística del paciente que apunte a mejorar la calidad de vida de la sociedad? Dentro de la investigación se realizó una contrastación entre las respuestas del currículo y los conceptos dados por los alumnos a estos interrogantes.

El currículo contextualiza al estudiante en la modernidad donde vivimos, en un mundo deshumanizante que pone en riesgo social y moral al médico, por eso la necesidad de entrenar al estudiante para que tenga una visión clara de la realidad y se forme un criterio racional, pero bien lo dicen los estudiantes “no depende solo de las clases, se necesita un compromiso personal y tener buenas bases de humanización desde el hogar”, (*Entrevista n° 08*) de lo contrario, la bioética les sonará a palabras en el aire que se las lleva el viento y asiste a clase solo por cumplir un requisito, y les quedarán muchos interrogantes que aparecerán ya cuando estén en la práctica de su profesión.

En cuanto a la capacidad de decisión, análisis y confrontación, el currículo busca formar un criterio racional y una metodología de análisis y discernimiento axiológico racional sin embargo de ello los estudiantes perciben que quedan vacíos, los cuales ellos

ven como “Falencias y le toca aprender sobre la marcha” (*Entrevista n° 01*), además piden analizar casos que los pongan a prueba en la toma de decisiones.

Para saber cuáles son las habilidades y actitudes que fortalecen la conciencia desde estos dos actores y siendo conscientes que es imposible abarcar todos los temas de bioética en un currículo, se puede decir que el currículo de bioética aporta mucho a mirar más allá de lo biológico, a considerar cada paciente en su mundo, pero si se quiere tener una mirada holística del paciente, se debe intentar llenar los vacíos arriba mencionados, que pueden llegar a ser muy frecuentes en la práctica, como son: el paciente demandante, dar una mala noticia, manejar la conspiración de silencio.

Al mismo tiempo se encuentra que la universidad ofrece elementos que facilitan la reflexión sobre las costumbres sociales para ayudar al estudiante el discernimiento entre el bien y el mal. Es de esperar que las intenciones de un médico no se salgan de los principios bioéticos, y las orientaciones del currículo se establecen desde aspectos de tipo epistemológico que se manifiestan en lo ontológicos buscando el bienestar del paciente; sin embargo, los estudiantes plantean que la formación debe ir más allá de lo ontológico y darle el verdadero sentido al médico, como es la vida humana. En estos aspectos es donde más convergen las opiniones de los estudiantes y lo establecido en el micro currículo, tanto en los principios de beneficencia, benevolencia, respeto, responsabilidad, confianza y confidencialidad, como en los temas del aborto, eutanasia y secreto profesional.

Todos los principios propenden por una vida digna del ser humano y hacen parte del objetivo de asumir una mirada holística ante el paciente, pero no la que plantea el currículo que más bien es una mirada interdisciplinar desde todas las ramas de la medicina, sino la mirada holística planteada por los estudiantes, la cual va más allá de lo biológico y proponen mirar al paciente en su contexto, con su familia y su grupo social,

alguien con problemas físicos, pero a la vez necesitado de acompañamiento, y esto no lo da una pastilla. Cuando el estudiante relaciona contexto familiar, grupo social, problemas físicos, acompañamiento, deja claro que está pensando en calidad de vida y lo refuerza diciendo que se debe abordar su parte humana, acompañar al paciente terminal y ayudarle a un buen morir. Por su parte, el currículo propone buscar una vida humana digna desde los conceptos antropológicos.

-

## CAPITULO 4

### BIOÉTICA Y LA RELACIÓN MEDICO – PACIENTE, EN EL UMBRAL DE LO HUMANO

La relación médico –paciente en el marco de la bioética como reflexión central de uno de los aspectos nodales propios de este trabajo investigativo, pasa por considerar a manera de esbozo analítico y como primer momento del ejercicio interpretativo, por lo menos, las siguientes categorías conceptuales que la sustentan no como imaginario sino como configuración de experiencias reales y en cuyo seno avivan la necesaria relación con las percepciones expresadas por los estudiantes de medicina frente a una de las asignaturas que hace parte del proceso de formación profesional y que tiene como característica fundante la reflexión por lo humano. Estas categorías, entonces, se mueven por el terreno de *lo holístico* en la figura del galeno, *el vínculo entre ciencia y humanidad*, lo que exige un diálogo permanente para destacar como categoría el elemento de *la comunicación*, aparece igualmente en ese rastreo investigativo un elemento que se torna valor agregado, pues no es más que las *influencias externas* que de una u otra forma marcan notable incidencia en esa relación médico- paciente abrigados por los discursos de la bioética; así mismo, se halla el *respeto por la vida y su dignidad* y desde luego, la *responsabilidad ética* que se encuentra en todo el ejercicio médico. El siguiente cuadro ilustra, a manera de síntesis, el cruce de las categorías que es posible en virtud del análisis recoger a propósito del currículo de bioética y los significados que los estudiantes de medicina le han asignado a él:

<b>RASGO</b>	<b>MICROCURRÍCULO</b>	<b>ESTUDIANTES</b>
Mirada holística	Abordaje del paciente desde la interdisciplinariedad	Visión integral del paciente
Vinculo ciencia humanidad	Busca relacionar el conocimiento técnico, científico y humanístico con su práctica médica.	Reconocen la relación entre la parte científica y lo humano
Comunicación	Aplicación del consentimiento informado y la elaboración de la historia clínica	Reconocen el respeto, la confidencialidad y la confianza en el acto médico.
Valor agregado	La ética brinda la oportunidad de formar en los estudiantes una mejor expresión de servicio al cuidado de los seres humanos más frágiles: Los enfermos	Reconocen que se debe ayudar al paciente en una entrega total por parte del médico
Respeto por la dignidad y la vida	Respeto por la dignidad y la vida, el secreto profesional y los componentes éticos en la relación médico –paciente	Reconocer el respeto como una constante en su práctica diaria
<b>RESPONSABILIDAD ÉTICA</b>	Discernimiento axiológico racional	Reconocen la importancia de la responsabilidad ética

En este sentido, se esbozarán unas primeras ideas en las cuales se tendrán en cuenta estas categorías, todo ello, vale la pena reiterar, en el marco de la relación médico –paciente, veamos:

1) Mirada Holística

No sobra recordar en la instancia de este ejercicio señalar esa impronta holística que ha caracterizado al ser humano, pues por un lado, está el carácter filantrópico matizado de servicio a la humanidad a través de la amistad y la camaradería y, por otro, que tal actividad le ha concitado de manera permanente la reflexión filosófica en tanto posibilidad que tiene el ser humano (paciente-médico) de pensarse, de conocerse, de saberse; es decir, una reflexión que sale de él (o de ellos) y vuelve a él (o a ellos) pero re-significados, re-contextualizados y por lo tanto, transformados en virtud de la vida. Es decir, es un asunto propiamente bioético. En este orden de ideas, y en

correspondencia con lo hallado desde los estudiantes, a éstos les queda claro que el abordaje al paciente exige una visión integral (aspecto religioso, social, económico, familiar, inclinación sexual, área física y espiritual), e imposible contemplarlo fragmentado o escindido, es menester asirlo como un todo; máxime cuando éste busca al médico para su restablecimiento en general o sea, en procura de ‘sanar’ todos los males que le aquejan. Pero igual son conscientes que las políticas y manejos de entidades como las EPS, obstaculizan y limitan muchas veces su ejercicio médico. Lo que coloca en riesgo esa mirada holística e integradora con que se ha de asumir la relación paciente- médico.

Así mismo, consideran que el micro currículo de bioética desde el discurso contempla la mirada al paciente por especialidad, cuando toma en cuenta al paciente desde casos crónicos, de discapacidad, rehabilitación, terminales, infectados, VIH (sida), pacientes de ginecología, cirugía, geriatría y de investigación. Hecho que se enriquece por el énfasis que hace en los dilemas éticos que se pueden presentar en un mundo contemporáneo posibilitando de esta manera la reflexión, el análisis y las diversas discusiones como escenarios de formación; no obstante, el micro currículo queda corto quizá no por sus contenidos, sino por la ausencia de profundización de los temas tratados durante el curso de bioética, y que éste se desarrolle de manera más activa y aplicable en su quehacer profesional diario.

## 2) Vínculo ciencia – humanidad

Se habla acá de este vínculo como una experiencia que ha de trascender actitudes, lenguajes, tratos, decisiones, entre otros aspectos, y que reconfiguren, por fin, la imagen desolada y decrepita del ‘enfermo’. Una relación humanismo medicina que

supere las frías y calculadas paredes de laboratorio médico, del consultorio para colocarse al servicio de la humanidad. Idea que para los estudiantes no es ajena ni extraña, por el contrario, reconocen la relación que debe existir entre la parte científica (bioética, conocimiento sustantivo de la enfermedad, tratamientos) y la parte humana (formación humanística desde el hogar, creencias religiosas, aspecto espiritual) de cada médico en su ejercicio profesional. Tomar en cuenta no solo el tratamiento para la enfermedad, sino también el buen manejo de casos polémicos como la experimentación en seres humanos y manipulación genética.

Para el micro currículo el humanismo personalista, es una opción que posibilita la formación de un médico capaz de brindar un mejor servicio a su paciente. Asimismo, el micro currículo busca que el alumno relacione el conocimiento científico, técnico y humanístico con su práctica médica, tome en cuenta los cuidados paliativos al paciente terminal, considere la imperativa y digna atención de casos como el inicio de la vida.

Señalan igualmente, pero en otra perspectiva del discurso, que si bien reconocen el vínculo de ciencia y humanidad, los principios de bioética inmersos en el micro currículo deben aplicarse en virtud de proyectos de investigación de tal forma, que genere no en el discurso, sino en el levantamiento de miradas investigativas una mayor cohesión y apropiación de principios ético inalienables; esto hará del micro currículo un ejercicio más real y a tono con las potencialidades de las situaciones médicas que sin duda encontrarán. Ejercicios investigativos que centren su atención en asuntos tan ‘sensibles’ como la eutanasia y la correcta elaboración de la historia clínica. En esencia, la bioética debe considerarse a partir del discurso, lo que significa que si bien éste es importante para generar o iniciar la reflexión, se alimenta, ineluctablemente, de las observaciones rigurosas, académicas y científicas en contextos propios de ‘decir algo nuevo’, de ‘despuntar la novedad’ reflexiva en virtud de asuntos que serán cotidianos en

el ejercicio médico; de ahí que re-significar la dinámica de elaborar la historia clínica y por qué no de ‘formular medicamentos’ implica en esta última, distanciarse de la relación histórica de economía y negocio que la ha atravesado, pues tantas veces se formula ‘más pensando en el porcentaje o incentivo que dejará al médico y obviamente, mantenerse incólume ante el dolor y la realidad que subyace en el interior del ‘otro’ (paciente). Es la prueba permanente de la compartimentación.

### 3) Comunicación

Hablar de esta categoría parte de reconocer la voluntad de todo ser humano de permanecer en ‘bienestar’, actitud que le prodiga colocarse en un *continuum* ejercicio de ser diferente y de expresarse de manera diferente ante la sociedad: por eso hoy se configuran cientos de profesionales en los que se incluyen los médicos, pero que de igual forma y a pesar de su rol profesional no son inmunes a tantas enfermedades ya que por el hecho de ser mortales están en permanente riesgo. Por ello, en algún momento de la vida se reconfiguran y se convocan en paciente-médico en una sala de consulta. Es decir, es el encuentro de dos seres humanos que bajo el pretexto de la enfermedad se abren en una relación que les endilga responsabilidades de carácter ético; por un lado, el galeno asistido por el acumulado de su saber ha de procurar ‘correctamente’ la superación de la ‘enfermedad’ y por el otro, el paciente, con la voluntad de ‘sanar’ ha de confiarle toda la experiencia de su crisis de salud como forma, igualmente, ‘correcta’ de orientar en la búsqueda de la génesis de su mal. Ambos saberes entran en diálogo, es la instancia, quizá por mucho tiempo o por toda la vida, del advenimiento de la comunicación. Una comunicación que a decir de los estudiantes de medicina, se dan en el marco del respeto y la confidencialidad, que debe existir en la toma de datos para la construcción de la Historia clínica, guardar la privacidad e



intimidad de la información brindada por cada paciente a lo largo de la consulta.

Asimismo la percepción de que “muchas veces el escuchar al paciente cura más que la palabras” (*Entrevista n° 06*) lo han llegado a asimilar a través de su propia experiencia.

En este sentido, el currículo busca en los estudiantes expresar conocimiento científico, técnico y humanístico con mayor hincapié en la elaboración de la historia clínica, el informar y pedir su autorización para el examen físico o procedimiento en su persona (consentimiento informado). A pesar de ello, los estudiantes manifiestan la necesidad de pautas frente al uso de la palabra como aliciente ante el dolor o sufrimiento, educar al paciente respecto al cuidado de su salud, acciones ante la conspiración de silencio de la familia ante el paciente o viceversa, y finalmente, el desarrollo desde el programa de unas directrices para una adecuada comunicación con el paciente que vaya desde el saludo, la mirada, el contacto, la entrega de noticias y la despedida. Coinciden en concluir que cada paciente propone un dilema bioético con el cual lidiar.

#### 4) Valor Agregado

Sin lugar a dudas que la discusión propia en la relación paciente médico que nos atañe, pasa por recuperar en su esencia al sujeto paciente-médico, pues no es un asunto propiamente de quien esté enfermo, sino de quien procura la ‘cura’. Es decir, es un asunto de dos que se ven envueltos en escenarios comunes a lo sumo con roles diferentes, pero iguales en su condición de humanidad. De ahí que uno de los valores agregados que propone este ejercicio de repensar la mirada del micro currículo de bioética está centrado en considerar el ideal humanista al interior de la enfermedad, para que le dé sentido, pero además, para que la ahuyente. Ello abre un halo de esperanza en

la búsqueda de encontrar esfuerzos interpretativos en torno a una de las más grandes problemáticas que ahonda la crisis de valores depositados en el ser humano, pues se halla en juego permanente el sujeto, su dignidad y su vida misma. Pero lo más importante es que apunta a enriquecer y reivindicar la discusión por el carácter ético de las actividades de la medicina en su más significativa expresión: la de la relación paciente-médico. Es decir, centra toda su dinámica en rescatar la bioética como eje natural del ejercicio profesional del galeno e ir en búsqueda del 'sentido' que le han dado a su labor.

No en vano los estudiantes identifican el alcance de comprender al paciente, en el mayor grado posible, de su necesidad, el contemplar modelos a seguir en sus docentes les brinda una satisfacción personal que los motivan a mejorar en su labor. A partir de su programa de formación curricular les brinda ese valor asociado a la reflexión en cuyo centro está la persona con su rasgo natural rasgo de humanidad. De ahí que el micro currículo lo conceptualice en su naturaleza, pero sobre todo lo abrigue de ese entramado de derechos en virtud de la vida y la ética, pero en esencia, de los valores que le asisten a partir de los que empieza a ser como profesional y que ha de desplegar en los actos médicos. Así mismo, identifican la necesidad ineludible de 'ir más allá' de la normatividad, pues está es cada vez más rígida y hermética lo que puede incidir en el papel que reconocen de ayudar al paciente, pero que demanda una entrega total en su profesión. De ahí que aúnen esfuerzos hacia el desarrollo de una mayor orientación para 'moverse' ante tales situaciones y lograr contrarrestar el sistema deficiente que caracteriza la salud.

### 5) Influencias Externas

¿Qué se entiende por influencias externas o mejor, por agentes externos? A este respecto habrá que mencionar que las influencias externas o agentes externos no son más que aquellos factores de orden sociocultural y administrativo, así como políticos y económicos que rodean o caracterizan el ejercicio profesional del médico, o de aquel que se vislumbra *ad portas* de su práctica. Ejercen tanta influencia que muchas veces estas se tornan determinantes en las orientaciones y en las dinámicas de los galenos con consecuencias nada alentadoras para el servicio de salud.

Se podría decir a manera de ejemplo, como ciertas políticas de atención al paciente vanen detrimento de una buena prescripción médica y desde luego, de una mejor relación paciente-médico; qué decir, cuando por asuntos administrativos el tiempo de atención juega un papel importante para mantener los ideales de cobertura en los centros médicos y hospitalarios o cuando se insertó el computador en las salas de atención o consultorios médicos, desviando la mirada del médico sobre este artefacto y sacrificándose la del paciente. En atención a esta sumatoria habrá que seguir señalando, por ejemplo, la crisis de la salud y sus consecuencias en la atención y cobertura de los cientos de pacientes del país. En fin, son tantos factores que se le salen al médico de las manos que todos van a repercutir en el sacrificio de la relación paciente-médico.

Es así como los estudiantes en sus períodos de práctica médica consideran por experiencias personales que su desenvolvimiento ideal se ha visto obstaculizado por la presencia de estos factores externos, y que les ha exigido destrezas para desenvolverse ante tales situaciones con el fin de lograr el objetivo trazado. Por lo tanto, solicitan búsquedas permanentes desde el micro currículo de herramientas o recursos que la bioética les puede brindar ante tales o similares eventualidades. Pues el programa recogido desde el micro currículo de bioética sólo centra la mirada ante eventualidades

en algo que han llamado *los dilemas del mundo contemporáneo*; que si bien es importante, se queda corto ante las diversas vicisitudes que en materia de la relación paciente-médico se han de sortear de manera permanente. Y hoy en día los dilemas del mundo contemporáneo pasan por asuntos políticos, económicos, culturales, y desde luego, religiosos.

6) Respeto por la dignidad y la vida

El marco general de esta categoría estriba en que muchos son los casos en el que la vida sale airosa ante la franca y perseverante presencia del rostro de la muerte. Pero así mismo, incontables son los casos en que los desarrollos de la tecnología médica y biológica entran en un contacto directo de manipulación de la misma raza humana colocando en riesgo los preceptos de dignidad y respeto por la vida, por citar un caso reciente y mundial, se puede mencionar la crisis de salud generado por la presencia de ‘*polímeros mamarios*’ o *siliconas BP* colocados a miles de mujeres del planeta que por diversos motivos de salud (contrarrestar el cáncer de mama) o por simple ‘gusto estético’ (proclive al boom de la imagen artificial del consumo) recurrieron al quirófano. Este panorama, entonces, hace pensar en una ineluctable y diferente mirada de la relación paciente –médico y una apuesta al ejercicio de ser profesional de la salud, en la que se coloque en el centro el respeto a la vida y la reivindicación de que ésta tenga una categoría digna más allá de su condición ‘temporal’ de enfermo. Un panorama que invita a la recuperación de la reflexión por la ética en la salud, lo que es mejor, a apostarle a significar la bioética como un asunto inherente al ejercicio de la recuperación de la vida.

Esto no es un secreto cuando son los mismos estudiantes que asumen como como valor regente y supremo el respeto, como una constante en su praxis diaria, más

aún en casos peculiares o particulares como: la orientación en la planificación y embarazo en adolescentes, postura ante el paciente no reanimable, el aborto que coloca en 'jaque' las posturas ideológicas y religiosas, pacientes terminales que renuncian a continuar con el tratamiento. En este sentido, el micro currículo alberga en su seno estos mismos contenidos; además, de la valoración del secreto profesional, la responsabilidad moral ante los pacientes crónicos, los discapacitados, los pacientes terminales, el respeto al cadáver, la dignidad humana, la investigación en seres humanos y los componentes éticos en la relación médico paciente.

Aun abordando temas como los anteriormente mencionados, quedan temas en el 'tintero' sin que se alcance a desarrollar sobre ellos discusión alguna. Quedan sin analizar temas de gran relevancia para el proceso de formación del futuro médico y no se alcanza a tener el suficiente tiempo para que los estudiantes desarrollen su pensar sobre temas tan álgidos como: revisar los errores en el pasado debido a la no aplicación del consentimiento informado al paciente, el empleo idóneo de los recursos a los que se tiene acceso, claridad en el manejo de pacientes de doctrina religiosa muy particular que pone en riesgo su salud generando en el médico impotencia, temas que al no poder ser abordados no hacen posible dilucidar la pregunta: ¿cómo enfrentar tales casos?

#### 7) Responsabilidad Ética

En el trasfondo de toda esta discusión y reflexión propia de la relación paciente-médico en el marco de la bioética se haya sin lugar a dudas, la pregunta por la ética o por lo ético. La pregunta por las implicaciones que subyace a todo acto humano, la pregunta por el 'otro' en su esencia humana. Y como médicos la pregunta por lo que se hace en virtud de la conservación y mejoramiento del bienestar del paciente. También es la pregunta por lo que sé en tanto profesional en formación y por el cómo hacer aquello

que sé, sin que se coloque en juego la dignidad del paciente. Es, desde luego, la recuperación y fortalecimiento del elemento más nodal en el marco de este ejercicio académico: el compromiso ineludible por la responsabilidad ética en el ejercicio profesional.

En este orden de ideas los estudiantes comprenden su responsabilidad ética, implicada en el criterio de confidencialidad ante eventos cotidianos como la historia clínica, su comportamiento ante casos propios de la eutanasia, ante la manipulación genética y su relación con las creencias religiosas e ideológicas atravesadas por el discurso bioético, así mismo, le asiste una responsabilidad ética ante el acompañamiento al paciente terminal y el primado de la no maleficencia. Así como, es de preocupación ética aplicar el principio de justicia y brindar una buena orientación en casos de planificación y embarazo en adolescentes, el manejo del buen morir, el buen vivir, no ejercer un proceso de resucitación en el caso específico de un paciente y saber abordar los dilemas que se presentan en la consideración de un posible aborto. Ahora bien, el micro currículo contempla o comprende todos estos temas además de la conceptualización de la bioética y sus problemáticas emergentes, así como el énfasis en la valoración del consentimiento informado, la responsabilidad, la libertad, la dignidad humana, el trato de pacientes crónicos, la discapacidad, la rehabilitación, los pacientes terminales, los pacientes infectados, los pacientes con VIH sida, los pacientes de ginecología, de cirugía, de geriatría y de investigación.

Pero igual, los estudiantes no dudan en señalar que el currículo de bioética debe asir con mayor importancia esa formación y en la medida de lo posible hacerla retrospectiva en virtud de la formación que desde el hogar se trae, pues es allí el lugar primario por excelencia en el que los preceptos éticos se vienen plasmando y con los cuales arriban los estudiantes al centro educativo. Será un valor agregado en la medida

en que retroalmente el saber previo que tienen sus discentes, pues ya ha sido develado en su práctica profesional.

## BIBLIOGRAFÍA

- Arellano D. A. *Repensar la Educación desde la Actualidad*. La Educación en Tiempos Débiles e Inciertos, editorial: Convenio Andrés Bello, (coord. ANTHROPOS)
- Arendt, H. (1993). *La Condición Humana*. Buenos Aires. Ediciones Paidós.
- Ausubel D. P., Novak J. Helen Hanesian. (1976) *Psicología educativa: un punto de vista cognoscitivo*. Ciudad de México, editorial Trillas
- Calvo M. C. (1999). *Del mapa escolar al territorio educativo*. Editorial Paidós.
- Coll S. C. (1997). *El constructivismo en el aula*. Editorial Paidós.
- Coll S. C. (1991). *Aprendizaje escolar y construcción del conocimiento*, editorial Paidós
- De Espínola, B. (2005). *La formación de competencias clínicas según la percepción de los graduados de medicina de la universidad del nordeste*. Argentina: Educación médica.
- Donato, M., Buonanotte, M., Gelpi, R., Rancich, A. 2008. II Jornadas Científicas de Ciencias de la Salud, organizadas por la Secretaria de Extensión Universitaria y Bienestar Estudiantil y la Secretaria de Licenciaturas y Cursos de la Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, 19 y 20 de agosto.
- Duarte, D., J. (2003). Ambientes de aprendizaje: una aproximación conceptual. Estudios de pedagogía, no.29, p.97-113. ISSN 0718-0705.



Ebrí B. T. (1998). *Análisis histórico de la crisis humanística en nuestra medicina*. Colombia.

Espinola, B; Bluvstein, S; Melis, I. & González, M. 2005. *La formación de competencias clínicas según la percepción de los graduados de medicina de la Universidad Nacional del Nordeste, UNNE, Argentina. Educ. Méd*, vol.8, n.1, pp. 31-37.

Fonseca, M. (2006). *Historia y fundamentos de la bioética, en camino hacia la biopolítica*. Bogotá: UNAL

Galindo, C. G. (1998). *Ecología Humana*. Bogotá: Colección bioética.

Galindo, C. G. S.J. (1998). *Ecología Humana, Una propuesta bioética*. (Editor) Colección Bioética; Pontificia Universidad Javeriana, facultad de ciencias.

Garbi, M. Garcés N. (2010). *Actitudes éticas de los estudiantes y egresados en carrera de medicina con metodologías activas*. 34(1), 43-56.

Gracia, D. (2000). *Fundamentos y enseñanza de la bioética, Ética y Vida, Estudios de Bioética*. Bogotá: El Búho.

Hernández A. J. L. (2002) *Bioética General* ed. Manual Moderno, México D.F. Santa Fe de Bogotá.

Laín E. P. (1983). *La relación médico-enfermos: historia y teoría*. Madrid Editorial Alianza

Lolas, F. (2004). *Diálogo y cooperación en salud, diez años de bioética en la OPS*.

Santiago de Chile: Serie Publicaciones

López J. N. E. (1995). *CURRÍCULO Y CALIDAD DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN COLOMBIA*, Santafé de Bogotá, editorial PRESENCIA.

Masià, C., J., (1998). *Bioética y Antropología*. Madrid. Editorial Comillas.

Mendoza C. E. (2007). *De su mirada estándar, al arte de las humanidades médicas*.  
Editorial ETU.

Naranjo R. G. P., catedrática de la UPB: pionera de la bioética en Colombia, en su texto, *Un breve recorrido histórico en el país*, marzo 2012.

Novaes, M., Novaes, L., Guilhem, D., Stepke, F., Silveira, C., Trindade, E., Komatsu, R., Guiotti, M. (2010). *Actitudes Éticas de los estudiantes y egresados en carrera de medicina con metodologías activas*. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2010, vol.34, n.1, pp. 43-56.

Núñez JJ, Macías LLME (2008). *Reflexiones sobre ciencia, tecnología y sociedad*.  
Editorial Ciencias Médicas. ECIMED. La Habana.

Outomuro, Delia (2008). *FUNDAMENTACIÓN DE LA ENSEÑANZA DE LA BIOÉTICA EN MEDICINA*. *Acta bioeth.*, vol.14, n.1 pp. 19-29.

Perkins, D. (1992). *La escuela inteligente*. BAM.

Piaget, J. (1991). *El nacimiento de la inteligencia*. México: CNCA.

Piaget, Jérôme. (1978). *La equilibración de las estructuras cognitivas: problema central del desarrollo*. Madrid: Siglo XXI.

Restrepo, L. C. (1994). *El derecho a la ternura*. Arango Editores.

Roa A. (1998). *Ética y Bioética*. Editorial Andrés Bello.

Sauve, L. (1994): “*Exploración de la diversidad de conceptos y de prácticas en la educación relativa al ambiente*”, en: *Memorias Seminario Internacional. La Dimensión Ambiental y la Escuela. Serie Documentos Especiales*. Bogotá, Ministerio.

## CIBERGRAFÍA

*Bioética origen y concepto. Nacimiento y desarrollo de la bioética.* Recuperado el 13 de mayo de 2001 de <http://pochicasta.files.wordpress.com/2009/03/concepto-bioetica.pdf> Bussarais. M. (2004) *El aprendizaje ético y la formación universitaria: más allá de la casualidad.* Recuperado el 10 de marzo de 2011, de [campus.usal.es/~revistastrabajo/index.php/1130-3743/article/.../3107](http://campus.usal.es/~revistastrabajo/index.php/1130-3743/article/.../3107)

Centro de Humanización de la Salud (2009). [Recuperado el 13 de mayo de 2011 de www.uelbosque.edu.co/.../revista-colombiana-enfermeria](http://www.uelbosque.edu.co/.../revista-colombiana-enfermeria) [Concepciones del maestro sobre la](http://www.uelbosque.edu.co/.../revista-colombiana-enfermeria) [ética.](http://www.uelbosque.edu.co/.../revista-colombiana-enfermeria) Tomado de internet el 10 de agosto de 2012:

<http://www.uninorte.edu.co/publicaciones/libros-acceso>

[gratuito/concepciones\\_maestro\\_etica/Concepciones del Maestro Sobre la Etica.pdf](http://www.uninorte.edu.co/publicaciones/libros-acceso-gratuito/concepciones_maestro_etica/Concepciones_del_Maestro_Sobre_la_Etica.pdf)

Córdoba P. R. (2007). *El Elemento Ético Religioso en la Relación Médico Paciente.*

Recuperado el 12 de agosto de 2012 de [www.ejournal.unam.mx/rfm/no52-4/RFM052000406.pdf](http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no52-4/RFM052000406.pdf) y

Donato, M. (2008) *¿Los docentes de medicina cumplen compromisos morales con los alumnos?* Recuperado el 28 de marzo de 2011, de [www.unesco.org](http://www.unesco.org)

Drane. J. (2003). *El Programa de Bioética es un organismo técnico.* Recuperado el 7 de marzo de 2011, de [www.paho.org/Spanish/BIO/boletin30.pdf](http://www.paho.org/Spanish/BIO/boletin30.pdf)

El Congreso de Colombia. (1981) Ley 23 del 18 de febrero: por la cual se dictan normas en materia de ética médica. Recuperado el 5 de marzo de 2011, de [www.encolombia.com](http://www.encolombia.com)

Lolas F. (2008). *El Programa de Bioética es un organismo técnico de OPS/OMS*. Recuperado el 10 de marzo de 2011, de <http://www.paho.org/Spanish/BIO/boletin46.pdf>

Malpica, G .C. (2005). Revista Educación en Valores. *Reflexiones sobre el problema de la enseñanza y aprendizaje en bioética como disciplina para comprender la medicina compleja*. Recuperado el 7 de junio de [dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1455626](http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1455626).

Méndez. M.V. *Bioética en Colombia*. Recuperado el 13 de mayo de 2011 de [www.scp.com.co/precop/precop\\_files/modulo\\_5../12-14.pdf](http://www.scp.com.co/precop/precop_files/modulo_5../12-14.pdf)

Mendoza, V. J. Revista latinoamericana de bioética *.Caminos de la bioética en Colombia*. (2006). Recuperado el 9 de junio de 2011 de <http://www.umng.edu.co/docs/revbioetik/vol11/mendoza-vega.pdf>

Otero. E. (2001). *Acuerdos y normas nacionales e internacionales sobre ética médica y bioética*. Recuperado el 5 de marzo de 2011, de [Rtp://revistas.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/viewArticle/](http://revistas.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/viewArticle/)

Sepúlveda, C Gloria. Niño, C. (2010). Comité Local de Ética. ACOFAEN. *Formación en ética para el ejercicio de la enseñanza y la práctica del profesional de*

*enfermería*. Recuperado el 13 de mayo de 2001 de [www.uelbosque.edu.co/.../revista-colombiana-enfermería](http://www.uelbosque.edu.co/.../revista-colombiana-enfermeria)

Sistema de Información Científica. Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Recuperado el 11 de mayo de 2011 de [redalyc.uaemex.mx/](http://redalyc.uaemex.mx/)

Toro. L. (2008). *Educar para humanizar*. Recuperado el 25 de marzo de 2011, de [www.unisimonbolivar.edu.co/rdigital/psicogente/index.php/.../18](http://www.unisimonbolivar.edu.co/rdigital/psicogente/index.php/.../18)

Torres, S. *Antecedentes y estado actual de la bioética en Colombia*. Recuperado el 10 de mayo de 2001 de <http://www.bibliomed.com/biblioteca/paho/bioetica/Cap17.pdf>

Urbina O. (2003). *El Modelo de Actuación de Enfermería y su Valor Humanista*. Recuperado el 20 de marzo de 2011, de [www.imbiomed.com.mx/.../articulos.php](http://www.imbiomed.com.mx/.../articulos.php).

Vila-Coro. M. (2005). *El marco jurídico en la bioética*. Recuperado el 3 de marzo de 2011, de [www.redalyc.org](http://www.redalyc.org)

<http://www.inee.edu.mx>

[http://www.unacar.mx/f\\_educativas/mfaro03/modelo/ambiente.pdf](http://www.unacar.mx/f_educativas/mfaro03/modelo/ambiente.pdf)

# **Anexos**

## **ANEXO A. GUÍA ENTREVISTA DIRIGIDA A ESTUDIANTES INTERNOS DE MEDICINA**

### **EL MICROCURRÍCULO DE BIOÉTICA EN LA FORMACIÓN DEL SENTIDO HUMANO DEL MÉDICO**

1. ¿En qué aspectos de su formación personal y profesional como médico, considera significativa la asignatura Bioética, como componente del plan de estudios?
2. La medicina tiene un alto sentido humano, describa una experiencia personal donde haya aplicado los aprendizajes adquiridos en la asignatura Bioética.
3. Describa 3 situaciones cotidianas donde la reflexión le motivó a reconocer los principios de la bioética.
4. Describa tres temas que considere son fundamentales en el estudio de la asignatura bioética.
5. Cuáles son los principios bioéticos que usted siente que demuestran los docentes, directivos, administrativos y empleados en las relaciones de la vida diaria universitaria.
6. ¿De qué manera las actuaciones del personal de su universidad, le han servido o inspirado para su propia formación bioética?
7. De los siguientes aspectos describa los que considera poco importantes a tener en cuenta en el momento de abordar las necesidades y manejo de un paciente: Religioso, cultural. Social, biológico, económico, familiar, ecológico, sexual, étnico, entre otros.
8. A partir de los aprendizajes de la asignatura bioética, describa los aspectos fundamentales que requieres para la humanización actual del acto médico.



9. Tiene usted observaciones o recomendaciones para mejorar el microcurrículo de bioética y su impacto en la práctica profesional del médico.
10. ¿Por qué considera importante la asignatura bioética en la formación del médico actual?

## **ANEXO B. HISTORIA NORMATIVIDAD EN LA BIOÉTICA**

1970 ARTÍCULO “BIOETHICS, SCIENCE OF SURVIVAL, En este Artículo, publicado en la Revista “Perspectives in Biology and Medicine”, Potter crea por primera vez el término Bioética, de hecho se le conoce como “El padre de la Bioética”, entendiéndola como una nueva disciplina que ha de forjar la unión entre la ciencia y las humanidades o, mejor, un puente entre las ciencias biológicas y la ética. Para él, la supervivencia de la especie humana requiere del desarrollo y mantenimiento de un sistema ético compartido por todos.

PAUL RAMSEY: “THE PATIENT AS PERSON”. La importancia de este libro radica en que impulsó expresamente los derechos de los pacientes desde un enfoque que, hasta ese momento no se había presentado.

1972 STS CASO CANTERBURY VS SPENCE: CONSENTIMIENTO INFORMADO. Jerry Canterbury un mecanógrafo que quedó paralítico y con incontinencia urinaria total, a raíz de una intervención quirúrgica consistente en la extirpación de un tumor localizado en la médula espinal. El Tribunal fundamentó su sentencia en el sentido de que la decisión sobre intervenir o no quirúrgicamente dependía de lo que una persona razonable pudiera entender, por lo que el médico debe informar sobre aquello que una persona razonable y prudente quiere conocer para tomar una decisión sobre su tratamiento. La decisión es, pues, más un asunto del enfermo que del médico.

1973 PRIMERA CARTA DE DERECHOS DE LOS PACIENTES: En este año, la Asociación Americana de Hospitales promulgó la primera Carta de Derechos del Paciente. Por primera vez, un documento recoge de manera explícita el principio de

autonomía, el derecho del enfermo a saber acerca de su enfermedad y a decidir respecto a los posibles tratamientos.

Con ella, el concepto de paciente adulto y autónomo irrumpe de manera definitiva en el campo de la toma de decisiones médicas. Influyó en los textos legales posteriores sobre derechos de los pacientes dentro y fuera de Estados Unidos.

STS: CASO ROSE VS. WADE. Esta Sentencia declaró legal el aborto en Estados Unidos, dando lugar a una gran polémica entre partidarios y detractores.

1974 NATIONAL RESEARCH ACT. El 12 de Julio de 1974, el entonces Presidente de Estados Unidos firmó un proyecto de ley llamado “National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research”, conocido como “National Research Act”.

La creación de la Comisión tuvo su razón de ser por haber salido a la luz pública, dos años antes en una portada del New York Times, los abusos que se habían cometido desde los años treinta a un grupo de personas de color y con poco nivel económico, abusos consistentes en la investigación y seguimiento de la evolución de la sífilis en humanos sin darles tratamiento alguno, ni siquiera cuando en 1941 se descubrió la penicilina. Tales sucesos tuvieron lugar en un pueblo del sur de los Estados Unidos, llamado Tuskegee, en el Condado de Macon (Alabama).

También salió a la luz pública un estudio que se estaba efectuando en la Escuela Estatal de Willowbrook (situada en Staten Island, New York), donde se infectaba artificialmente a niños deficientes con destilados de heces para investigar la hepatitis. A la Comisión se le encomendó revisar la normativa del Gobierno Federal a propósito de la investigación científica con el fin de proteger los derechos y el bienestar de los sujetos humanos, la identificación de posibles abusos, la formulación de principios generales que pudiesen guiar la investigación futura en biomedicina en las ciencias de la

conducta, definió la existencia obligatoria de un Ethical Advisory Board (el primer Comité de Ética formulado legalmente), sentando las bases para la publicación, cuatro años más tarde, del Informe Belmont.

1975 ARTÍCULO PUBLICADO POR KAREN TEEL. En el invierno de 1975, la revista "Baylor Law Review" publicó, entre las páginas 6 y 9 de su número 27, un artículo escrito por la pediatra Karen Teel.

Pocos meses después, en su Sentencia de 31 de Marzo de 1976, el Juez Richard Hughes, del Tribunal Supremo de New Jersey, tenía que decidir sobre la petición de suspender la respiración artificial de una chica en coma profundo, haciéndolo en el sentido de que solicitó que se consultase al Comité de Ética del Hospital en el que se encontraba internada.

Hughes apelaba, entre los Fundamentos de su Sentencia, al mencionado artículo de Teel, que proponía un Comité de Ética integrado por médicos, trabajadores sociales, abogados y teólogos como instrumento de diálogo para la evaluación de diferentes opciones terapéuticas para un determinado paciente.

1976 CASO KAREN ANN QUINLAN. Esta joven de 21 años es, precisamente, la chica que se menciona en el apartado dedicado a Karen Teel, al hablar de la sentencia del Juez Hughes. Se encontraba en estado de coma tras sobredosis de alcohol y barbitúricos. Sus padres adoptivos, católicos, solicitaron la desconexión de la ventilación asistida.

El Juez autorizaría la petición si tras la formación de un Comité de Ética del Hospital se confirmaba el diagnóstico de irreversibilidad respecto al estado cognitivo de Karen, como de hecho así lo hicieron. Se desconectó el respirador y Karen respiró espontáneamente hasta su muerte en 1985. La Sentencia propuso la creación de Comités en los Hospitales para manejar casos similares.

1978 EL “BELMONT REPORT” es el resultado de los cuatro años de trabajo realizados por la Comisión creada por la “National Research Act” .Su estructura y contenido explica que los Códigos éticos (entre los que menciona el de Nüremberg) son insuficientes para ser adoptados en investigación, dado que tienen dificultades para su interpretación y aplicación práctica (la realidad, el caso concreto, es más compleja que lo que dice un Código), razón por la cual “Se hace necesario establecer unos principios éticos amplios que ayuden a interpretar y aplicar ciertas reglas específicas”. Los tres principios con el objetivo de “Proveer un marco analítico para resolver problemas éticos que se originen en la investigación con sujetos humanos”.

1983 BABY DOE. En 1982 nacía en Bloomington (Indiana) un niño con el Síndrome de Down. Un caso más de mongolismo, pero esta vez agravado por un problema severo, aunque no irresoluble, en el aparato digestivo (atresia esofágica). Sin embargo, ante esta situación, los padres deciden que su hijo no sea intervenido quirúrgicamente, lo cual equivalía a dejarle morir. El Hospital donde nació el niño denunció a los padres. El Tribunal reconoció el derecho de estos a decidir no intervenir a su hijo. Mientras tanto, algunos matrimonios pidieron la custodia del niño. La sentencia fue recurrida pero el niño muere ese mismo día.

En 1983 nace una niña con una espina bífida y mielomenigocele. Los padres piden no operarla inmediatamente y un abogado denuncia para forzar la intervención del mielomenigocele. Los Jueces fallan de nuevo a favor de los padres, que aceptaron la colocación de una válvula para reducir la hidrocefalia. A los seis meses de edad la niña fue dada de alta. Ante la polémica desencadenada por ambos casos, el Departamento de Salud y Servicios Humanos saca a la luz una regulación referente a estos problemas, llamada “Baby Doe Protection Law”, en donde se afirma, entre otras cosas, que es inadmisibile (en otra ley posterior se condenará expresamente) negar alimentos o

tratamiento médico a un niño deficiente por razón de su deficiencia. Por otro lado, no impuso la creación de Comités de Ética en Neonatología (“Infant Care Committes”), pero condicionó a su existencia el recibimiento de subvenciones federales por parte del Gobierno, lo que provocó que en 1986, la cifra de Hospitales con CEA alcanzara el 60%. Actualmente lo poseen la mayoría de ellos.

En ese mismo año, se publica el Informe “Deciding to forego Life-Sustaining”, que recomienda la creación de Comités en los Hospitales para tomar decisiones éticas en caso de pacientes incapaces, inconscientes o recién nacidos gravemente enfermos. Este Informe lo desarrolla una Comisión que fue creada por el Presidente Jimmy Carter en 1980 y que se denominó “Comisión para el estudio de los problemas éticos en Medicina e Investigación”.

1984 EL INFORME WARNOCK (GRAN BRETAÑA). Mary Warnock presidió la “Comisión de Investigación sobre Fecundación y Embriología Humana” en cuyo Informe se basó la ley británica sobre reproducción asistida. En Bioética se conoce a Warnock como responsable, entre otras cosas, del término jurídico – no biológico ni médico- de “pre-embrión”, que ha servido a los legisladores de varios países para permitir la reproducción asistida por el método de fecundación in vitro y transferencia de embriones, que conlleva la creación, manipulación y destrucción de embriones humanos, hasta el día 14 de la fecundación.

1986 LEY 14/86, DE 25 DE ABRIL, GENERAL DE SANIDAD (ESPAÑA). Por medio de esta Ley, en España comenzó a reformarse el sistema sanitario. Así, en su Artículo 1º se dice que “La presente Ley tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el Artículo 43 y concordantes de la Constitución.

#### 1987 PRIMERA MADRE DE ALQUILER (MARY BETH WHITEHEAD).

En Febrero de 1985, Mary Beth Whitehead firmó un contrato de maternidad subrogada, aceptando ser inseminada artificialmente con el espermatozoides de William Stern y entregar el niño a su nacimiento. A cambio de la entrega del niño recibiría la suma de diez mil dólares. Al mismo tiempo, aceptaba ser sometida a una amniocentesis y, si se detectaban anomalías en el feto, se obligaba a abortar a petición de la pareja que lo había “encargado”, bajo pena, en caso de no acceder, de perder el precio convenido.

En Marzo de 1986, la señora Whitehead dio a luz una niña, llamada Melisa (el caso también es conocido como “Baby M”), y la entregó, no sin reticencias, a los Stern, quienes decidieron confiársela “A título provisorio y para su salud moral”. Mary conservó a Melisa durante cuatro meses, sin intención de entregarla a los Stern, hasta que fue obligada por una decisión judicial. En Marzo de 1987, un Juez declaró extinguidos los derechos maternos de Mary.

El 3 de Febrero de 1988, el Tribunal Supremo del Estado de New Jersey la restableció en sus derechos y declaró nula la adopción hecha por la Sra. Stern. La niña fue declarada legalmente hija natural de la Sra. Whitehead y del Sr. Stern. Fundándose en el interés superior de la menor, el Tribunal decidió que ella residiría normalmente con el matrimonio Stern, pero que la madre subrogada –que era la madre genética- tenía un derecho de visita.

1994 DECLARACIÓN DE ÁMSTERDAM. Es la declaración sobre la promoción de los derechos de los pacientes en Europa, haciendo especial hincapié en la promoción y los conocimientos sobre salud para inmigrantes y minorías étnicas, dada la sociedad multiétnica en la que se vive.

Su génesis hay que buscarlo en el grupo llamado Proyecto MFH (Migrant Friendly Hospitals) y está apoyado por organizaciones europeas.

Después de múltiples sucesos y códigos creados en defensa de los principios éticos, sería el 04 de abril del 1997 en la ciudad de Oviedo , que se suscribiría el Convenio de Asturias de Bioética, "Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina", con el ejemplar original depositado en los Archivos del Consejo de Europa, en idioma inglés y francés, para luego, por copias certificadas, el secretario de dicho consejo entregarlas a Estados Miembros del Consejo Europeo, países participantes en la elaboración de dicho convenio y aquellos que anhelan adherirse al mismo.

Seguidos de este convenio, le siguieron: Declaración Universal sobre el Genoma y los Derechos Humanos, Unesco (1997), Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos, UNESCO (2003) , Declaración Internacional sobre Bioética y Derechos Humanos, UNESCO (2005) y el Código de Ética y Deontología Médica (1999).

Dentro de este contexto legal, hoy en día se puede hablar de una normatividad para la bioética más precisa que a la vez se ramifica y especializa, así en 1986 se empleó por primera vez el término Bio-jurídica por José María Martínez Val, más adelante se ha dado distintos nombres a la misma doctrina como: derecho genético, Bio-jurídica, derecho biológico, Bio-legislación, Bio-derecho, etc., no obstante, la doctora Gloria Naranjo aporta al tema lo siguiente:

“El bioderecho no se refiere exclusivamente al ser humano, también se ocupa de los demás seres vivos, (de lo biótico); y de los seres inertes, (de lo abiótico). Además, no tiene sólo implicaciones en el sistema jurídico interno, sino también en el sistema jurídico internacional. Los principios generales del bioderecho se constituyen en el medio de protección del ser humano. Pues es la vida misma desde su origen la que está siendo puesta en peligro o agredida con la aplicación de las nuevas ciencias y



tecnologías. Dichos principios también pueden ser utilizados como sistema de referencia para los Estados desprovistos de una legislación en la materia, y constituirse en base para la elaboración de una legislación acorde con las condiciones actuales de la ciencia y la tecnología”.

Dejando la globalidad internacional y pasando a la realidad nacional, pocos países como Colombia, se rigen por leyes y normas específicas en el quehacer médico. Es así que, en 1981 se promulga la ley 23, en lo que a Ética médica involucra, y muchas corporaciones o agremiaciones de médicos se sitúan en dichos códigos, moderadores en el trato a sus pacientes, como por ejemplo con la Asociación Médica Americana o con la Asociación Médica Británica, donde los tribunales y los jueces, según la ocasión, se encargan de demandas por supuesta "Mala práctica", y no se someten a ley alguna porque no la tienen. Caso contrario en el que creada una ley, será el precedente o referencia, en la cual basar nociones y sus fallos.

Entre los profesionales médicos el hecho de existir una ley, una herramienta que indica claramente los deberes y derechos de forma tal que se cuenta con una significativa guía admonitoria. De tener en cuenta, acuciosamente, estas normas, el médico goza de una tranquilidad en su práctica o ejercicio profesional ya que estará en concordancia a principios básicos éticos y a la deontología. Por lo tanto, si el médico asimiló una postura a plena conciencia de su rol ante su paciente, comunidad, la competencia o responsabilidad jurídica no deberá molestarlo.

En la redacción del Decreto 80 de 1980, en lo que concierne a la organización del sistema de educación post secundaria, se circunscribieron en el artículo 39 que a la letra dice: "En orden a procurar el cumplimiento de los fines sociales de la cultura y el ejercicio responsable de las profesiones, se establece como obligatoria la formación ética profesional en todos los programas de educación superior". Se observa entonces

que, la formación ética no es solo de incumbencia de la rama de la medicina sino que está implícita en todas las disciplinas. Como dato adjunto, la Asociación Latinoamericana de Academias Nacionales de Medicina consintió en la ciudad de Quito, en 1984, una recomendación en la orientación de la ética no solo como un entorno ideal de inspiración, sino como punto de referencia para los actos que intervengan en la práctica de profesionales de la salud.

En la Resolución 8430 de 1993, del Ministerio de Salud, son demandados la integración de "comités de investigación en humanos", en los proyectos financiados por Colciencias.