



Iatreia

ISSN: 0121-0793

revistaiatreia@udea.edu.co

Universidad de Antioquia

Colombia

Villegas-Múnica, Elsa María
Significados sobre bioética que surgen en un currículo de medicina
Iatreia, vol. 29, núm. 3, julio-septiembre, 2016, pp. 334-351
Universidad de Antioquia
Medellín, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180546208008>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Significados sobre bioética que surgen en un currículo de medicina*

Elsa María Villegas-Múnica¹

RESUMEN

Este estudio se desarrolló en un currículo de medicina, en Medellín, Colombia. Se buscaba relacionar los significados sobre bioética que surgían en la orientación pedagógica con los producidos entre estudiantes y profesores. Se hizo una triangulación metodológica, a saber: análisis de los documentos de la fundamentación curricular, encuesta representativa a los estudiantes y entrevistas y grupos focales. Los resultados permiten concluir que el principal problema de la bioética en el currículo está en la disociación entre la importancia discursiva que se le otorga a la formación en ese campo y el desarrollo de la práctica curricular. La tríada *paciente - estudiante - profesor* proyectada a la familia y la comunidad, emerge como fundamento del currículo, en tanto sujetos protagónicos de sus vidas, orientados a desarrollar su capacidad de agencia; así se posibilita superar la marginalidad del paciente y la comunidad cuando se los considera solo como objetos de estudio en el currículo.

PALABRAS CLAVE

Bioética; Curriculum; Educación; Estudiantes; Facultad de Medicina; Pacientes

SUMMARY

Meanings about bioethics that emerged in a medical curriculum

This study was carried out in a medical curriculum in Medellín, Colombia. Its goal was to correlate the meanings about bioethics that emerged in the educational guidance with those produced among students and professors. A methodological triangulation was used, namely: analysis of the curriculum foundation documents; a representative survey to students, and interviews and focal groups. Results revealed that the main problem of bioethics in the

¹ Médica Cirujana, Universidad de Antioquia. Magíster en Salud Pública, Facultad Nacional de Salud Pública, Medellín, Colombia. Doctora en Bioética, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia. Profesora de Bioética, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

* Artículo de investigación original, producto de la tesis para optar al título de doctora en Bioética de la Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia, Área de Bioética y Educación del Doctorado en Bioética de dicha Universidad. Directora: Constanza Ovalle, Ph. D., profesora investigadora de ese Doctorado. La tesis doctoral completa se puede consultar en la Universidad El Bosque. Correspondencia: Elsa María Villegas-Múnica; elsa.villegas@udea.edu.co

Recibido: noviembre 27 de 2015

Aceptado: marzo 10 de 2016

Cómo citar: Villegas-Múnica EM. Significados sobre bioética que surgen en un currículo de medicina. *Iatreia*. 2015 Jul-Sep;29(3): 334 - 351.DOI 10.17533/udea.iatreia.v29n3a08

curriculum is the dissociation between the discursive emphasis ascribed to the training in that field, and its development in the curricular practice. The triad *patient –student – professor*, projected to the family and the community, emerged as the foundation of the curriculum inasmuch as they are the protagonistic agents of their lives. It is then possible to overcome the marginality of patients and the community when they are considered only as objects of study.

KEY WORDS

Bioethics; Curriculum; Education; Medical; Faculty; Patients; Students

RESUMO

Significados sobre bioética que surgem num currículo de medicina

Este estudo se desenvolveu num currículo de medicina, em Medellín, Colômbia; se buscava relacionar os significados sobre bioética que surgiam na orientação pedagógica com aqueles produzidos entre estudantes e professores. Se fez uma triangulação metodológica, com uma análise dos documentos da fundamentação curricular, uma enquete representativa dos estudantes, assim como entrevistas e grupos focais. Os resultados permitem concluir que a principal problemática bioética do currículo está na dissociação entre a importância discursiva outorgada à formação nesse campo e o desenvolvimento da prática curricular. Emerge a tríade: “paciente – estudante – professor” projetada à família e à comunidade, como fundamento do currículo, em tanto sujeitos protagonistas de suas vidas, orientados a desenvolver sua capacidade de agência; assim, se possibilita superar a marginalidade do paciente e à comunidade só como objeto de estudo no currículo.

PALAVRAS CHAVE

Bioética; Curriculum; Docentes; Educação Médica; Estudantes; Pacientes

INTRODUCCIÓN

Los significados (1,2), como representaciones simbólicas, resultan de relaciones intersubjetivas, recogen los sentidos que circulan en los colectivos y permiten

contar con un fundamento importante para comprender hechos sociales y culturales. El Interaccionismo Simbólico es una corriente que se ha ocupado de ellos. Blumer señaló tres premisas de esa concepción: los seres humanos actúan frente a las cosas según el significado que tengan para ellos; los significados surgen de las interacciones sociales que uno tiene con los otros y son modificados en la interpretación que hacen las personas al tratar las cosas que encuentran (3). Así, en el marco curricular, los significados son básicos para conocer las posturas de los actores académicos frente a la bioética, qué representaciones se producen y cómo se están interpretando. Y esa comprensión aporta bases sensibles para hacer construcciones colectivas más firmes. Posibilitan que surjan imágenes latentes, pendientes de ser reconocidas, lo que en un currículo es valioso para generar dinámicas que consideren experiencias, necesidades y expectativas de quienes participan en esos procesos. Por otra parte, nos dice Kemmis que “el currículum es una construcción histórica y social, que debe ser estudiada y comprendida como tal” (4). Este artículo se plantea los significados sobre bioética en un currículo de medicina que tiene lineamientos comunes con otros, de acuerdo con las tendencias en que se inscribe, y con las particularidades propias de sus actores y contextos. Dicho currículo surgió de una renovación adelantada en Medellín, Colombia, en el año 2000, en una universidad pública, que desde los años 50 se fundamentaba en una concepción pedagógica con predominio tradicional y hegemónico. Su transformación se orientó con un enfoque constructivista, centrado en el estudiante; esa corriente se ha promovido en las comunidades académicas en las últimas décadas, en especial en las áreas de la formación de profesionales en salud. En la renovación curricular que se planteó, estaba pendiente una perspectiva bioética.

En referencia al currículo, y con relación a la bioética, es interesante tener en cuenta lo planteado por Perales sobre la influencia del *sistema formador* (5), que más allá de los cursos implica otros niveles entre los que están el ámbito institucional y la cultura social del contexto. También, una revisión de los currículos de ética médica en Estados Unidos, y algunos del Reino Unido y Canadá, sugiere que gran parte incluye contenidos de bioética en un curso, como, por ejemplo, los de introducción en medicina clínica (6).

Otras propuestas (7) integran en la formación bioética tanto la ética civil, como un enfoque de la ética en la clínica, en distintos componentes curriculares que incluyen la comunicación con el paciente y su familia. También se describen modalidades de cursos específicos de bioética y otras en que está dispuesta de manera transversal en programas de medicina (8). Por otro lado, en artículos de revisión se ha encontrado un cierto grado de consenso sobre la integración vertical y horizontal que debe tener la formación ética como un proceso durante la educación médica, que abarca tanto el período preclínico como el clínico (6). Otros estudios se han enfocado en aspectos como las didácticas (9), la evaluación de diversas intervenciones educativas (10), la validación de instrumentos sobre el desarrollo moral (11) y las inquietudes éticas y los dilemas que experimentan durante su formación (12-16). En Latinoamérica se encontraron estudios en Venezuela (17), Perú (18), Chile y México (19) que refieren un bajo nivel de los conocimientos de la ética y la bioética entre los estudiantes de profesiones del área de la salud. En Colombia se han hecho validaciones de instrumentos para evaluar el desarrollo moral de los estudiantes de medicina (20,21) y se ha estudiado el aporte de intervenciones educativas al respecto (22). Un estudio que se preguntó sobre el sentido que tiene la bioética para los profesores universitarios (23), entre docentes responsables de las cátedras de ética y afines en las universidades de Manizales. Al considerar el aporte que puede brindar la interpretación de significados para comprender cómo avanzar en la formación bioética, el estudio al que se refiere el presente artículo se propuso indagarlos en un currículo de una universidad pública. Se consideró necesario develar los significados sobre bioética entre estudiantes y profesores, y se relacionaron con aquellos que resultan de la orientación pedagógica del currículo, plasmada en documentos que la recogen como directrices de la autoridad académica. Este artículo recoge los hallazgos más relevantes. Su contexto es el de un medio local que lucha por superar una historia marcada en las últimas décadas por la influencia de múltiples fuentes de violencia; una de ellas, la del narcotráfico, con valores negativos que fueron impregnando a los habitantes, y en particular a los jóvenes, todo ello en

el medio de cultivo que propicia la inequidad (24). En un entorno más amplio, el Sistema General de Seguridad Social en Salud es motivo de amplia controversia en el país, acerca de la conveniencia de mantener una intermediación con sentido lucrativo, mientras la finalidad se plantea en alcanzar el derecho fundamental y autónomo de la salud, como recientemente se ha reconocido en el marco legal en Colombia (25).

METODOLOGÍA

Esta investigación se llevó a cabo en la Universidad de Antioquia (U. de A.), Medellín, Colombia, durante los años 2011 y 2012. En el marco de un enfoque comprensivo, se desarrolló una triangulación entre métodos (26). Se combinaron técnicas cuantitativas, aplicadas en una encuesta representativa de los estudiantes de medicina, dos técnicas interactivas -entrevistas y grupos focales entre profesores y estudiantes- y el análisis de los documentos que recogen los fundamentos del currículo, que incluyeron las actas de los órganos directivos, para considerar la perspectiva bioética de la orientación pedagógica (OP). En total participaron 347 estudiantes: 321 en la encuesta, 12 en las entrevistas y 14 en grupos focales. Interviewaron 38 profesores (tabla 1): 17 eran docentes en el ciclo de fundamentación, 17 en el ciclo de profesionalización, una asesora pedagógica y tres del equipo directivo. Adicionalmente, se contó con la participación de un egresado que ha sido integrante del Comité de Currículo desde hace más de 10 años.

Análisis documental (27)

Se hizo el procesamiento con el programa Atlas Ti en los documentos que recogían la sistematización curricular (28-33) y las actas de los órganos directivos desde el inicio del cambio curricular, año 2000, hasta 2010². Ese proceso se había efectuado en el marco de la evaluación del currículo, en un estudio que se hizo simultáneamente con este por el Grupo de Investigación Edusalud de la Facultad de Medicina de la U. de A. Tales documentos fueron aportados para esta investigación, que hizo una categorización y un análisis diferentes de ese estudio a partir de registros acordes

² Los archivos digitales del estudio con Atlas Ti, que incluyen la revisión de las actas de órganos directivos de la Facultad de Medicina de la U de A, se encuentran en el Departamento de Educación Médica-Grupo EDUSALUD.

con los objetivos propuestos. Lo anterior, se complementó con una entrevista (27) a los documentos de la sistematización curricular, con base en las preguntas siguientes: a) ¿Cuál es el desarrollo de la bioética en el

currículo? b) ¿Cuáles son la concepción y el enfoque bioético en las directrices pedagógicas con las que se abordaron los temas de relación médico paciente, políticas públicas y valores?

Tabla 1. Edad y años de experiencia docente de los profesores participantes en el estudio

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

Encuesta

Se aplicó a los estudiantes un instrumento con preguntas cerradas y abiertas. Con muestreo aleatorio simple se escogieron 340 estudiantes de medicina de una población de 1571 matriculados en el semestre 2011-1, de los que respondieron 273. Para completar el tamaño de muestra calculado originalmente, se seleccionaron con la misma técnica, y de la misma población inicial, otros 70 estudiantes; se lograron 32 encuestas adicionales. También se admitieron 16 encuestas de estudiantes que hacían parte de la población inicial y que voluntariamente quisieron responderla. Los criterios en la muestra fueron: nivel de confiabilidad del 95 %, error del 5 %, proporción del 50 % para el valor esperado de la característica que se iba

a estudiar más un aumento del 10 %. Al final se logró hacer 321 encuestas (tabla 2) con un error de 4,9 %. Las respuestas a las preguntas abiertas se agruparon en categorías y luego las validó un profesor con reconocido desarrollo académico en el área de la ética.

Entrevistas semiestructuradas

Luego de tener analizados los resultados de la encuesta, se procedió a efectuar 12 entrevistas a estudiantes de diferentes semestres con una guía de preguntas. Por otra parte, se entrevistó a 18 docentes de distintas áreas curriculares. Con el avance de las entrevistas surgieron significados diferentes y algunos contradictorios que podían ser debatidos; se pasó a la realización de grupos focales para discutirlos a partir de una guía enviada con anticipación.

Tabla 2. Distribución de la muestra seleccionada de los estudiantes en los tres niveles del programa de Medicina

Nivel	Frecuencia	%	% acumulado
Fundamentación	142	44,2	44,2
Profesionalización	125	38,9	83,2
Internado	54	16,8	100,0
Total	321	100,0	

Grupos focales (34)

Uno se hizo con cinco estudiantes del tercer semestre, y otro, con ocho que cursaban el último año. Además, se hizo un grupo focal con los integrantes del Comité de Currículuo -incluye profesores, un estudiante y un egresado-. Entre los docentes se hicieron dos grupos focales: uno con diez profesores de fundamentación y otro con ocho docentes de la profesionalización. Durante el desarrollo de las técnicas interactivas, se tuvo en cuenta el muestreo teórico de acuerdo con las necesidades del análisis. Este se desarrolló en forma progresiva al tratar de llegar a lo requerido según los ejes temáticos y en la búsqueda de un grado de saturación.

Recolección y análisis de los datos

El estudio fue aprobado por el Comité de Bioética de la unidad académica en que se llevó a cabo. A los estudiantes y a los docentes que participaron se les solicitó el consentimiento informado teniendo en cuenta las orientaciones del Comité. La investigadora hizo

las entrevistas y los grupos focales. Luego de la transcripción textual de las grabaciones, se efectuaron su revisión y control, para seguir con la codificación y posteriormente la categorización. En primera instancia, el análisis se concentró en categorías de tipo descriptivo; luego, siguiendo algunas orientaciones de la teoría fundamentada (35), se buscaron los significados con mayor fuerza entre los participantes, por ser reiterados o por la fuerza en su consistencia y sustentación. Con base en ello, se adelantó la interpretación. En la figura 1 se ilustran las relaciones del sistema categorial que se formuló en el estudio y en la tabla 3 se presentan los ejes temáticos preliminares. Con la intervención de los participantes surgieron otras categorías y subcategorías, que fueron fundamentales en el análisis y la interpretación. Los hallazgos fueron compartidos y validados ampliamente en dos grupos en la unidad académica en que se hizo el estudio, uno de ellos el Comité de Currículuo. En la misma Facultad, también se expusieron en un Encuentro de Educación Superior en Salud durante el año 2013.

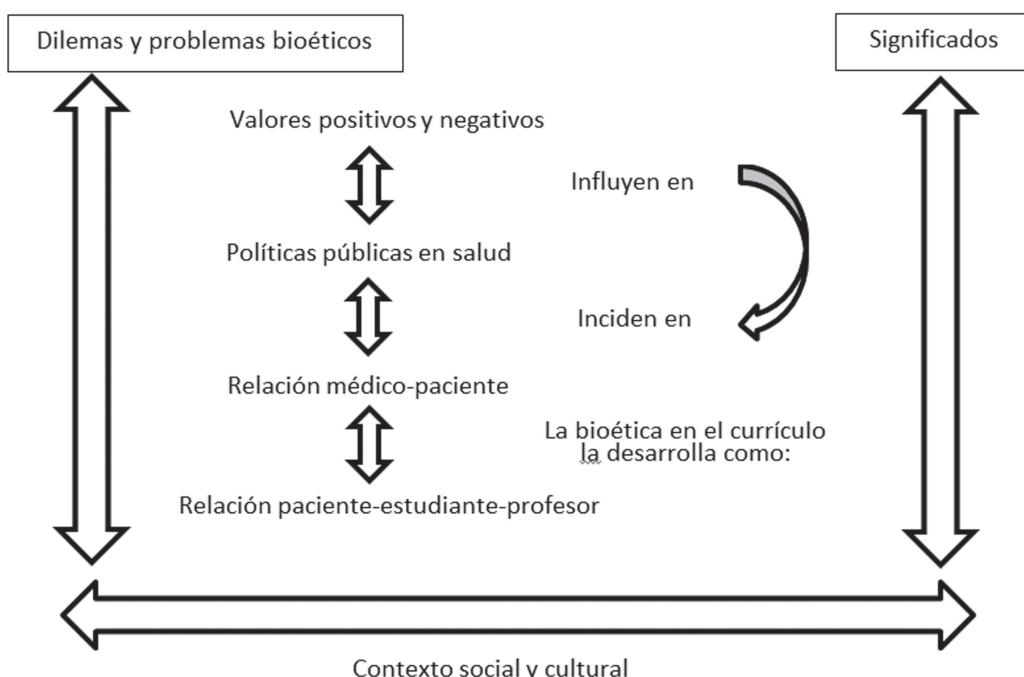


Figura 1. Sistema categorial: significados sobre bioética que emergen entre actores del currículo de Medicina de la Universidad de Antioquia

Tabla 3. Definiciones de las categorías en los ejes temáticos preliminares

Ejes temáticos	Definiciones
Bioética	"Conjunto de investigaciones, de discursos y de prácticas, generalmente pluridisciplinarias y plurirrealistas, que tienen como objeto aclarar y, si es posible, resolver preguntas de tipo ético suscitadas por la investigación y desarrollo biomédicos y biotecnológicos en el seno de sociedades caracterizadas, en diversos grados, por ser individualistas, multiculturales y evolutivas" (36).
Curriculum (4,37)	Son todas las experiencias por las que pasa el estudiante en su formación e incluyen criterios, planes de estudio, programas y metodologías que contribuyen al proceso educativo.
Relación médico-paciente	"La que tiene lugar entre alguien que considera que su salud está amenazada y un profesional sanitario" (38).
Significado (1-3,39)	Es la representación simbólica que se construye en la interacción social y que da cuenta de los sentidos que circulan en los grupos sociales; mediante ellos se construyen las realidades que llevan a concretar las orientaciones que predominan en una determinada cultura.
Dilemas bioéticos	"Son circunstancias en las cuales las obligaciones morales demandan o parecen demandar que una persona adopte cada una de dos (o más) acciones alternativas, pero incompatibles, en la medida en que la persona no puede realizar todas las acciones requeridas" (40).
Valores	"Funciones [...] aplicadas por agentes evaluadores a los sistemas de acciones científicas, tecnológicas o tecnocientíficas" (41).
Políticas públicas en salud	"Son procesos de construcción colectiva de iniciativas, decisiones y acciones, respaldadas y legitimadas por el Estado, para dar respuesta a problemas socialmente reconocidos, en un contexto económico, político, social y cultural particular" (42).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Una mirada desde la bioética a la orientación pedagógica en el currículo

Se encontró que la bioética es débil e incipiente en el currículo que se estudió. Hay un desarrollo fragmentario y atomizado, en que está pendiente articular un eje bioético formativo, con un propósito reconocido en forma clara y definida que articule contenidos y prácticas en ese campo; se comprende que la intencionalidad bioética en dicho currículo ha surgido especialmente de iniciativas individuales desconectadas, lo que hace necesario un desarrollo con fuerza institucional que la incorpore en la identidad colectiva y corporativa.

En los documentos de sistematización que recogen la fundamentación curricular, no aparece el reconocimiento explícito de la bioética, ni los principios que la caracterizan como campo epistémico, de saber y de prácticas, ni siquiera el consentimiento informado. De otra parte, en las actas del Comité de Currículo aparece la bioética como inquietud, puesto que al

año siguiente de iniciada la renovación curricular se identificó que aún no se habían incluido contenidos en ese campo. El significado reiterado que emerge, tanto en las actas como en las técnicas interactivas, hace referencia a las dificultades que impidieron contar en la primera década de la renovación curricular con un grupo que sustentara el impulso a la bioética. Esa situación se derivó de una dinámica que dejó el campo bioético dependiente de la disposición individual, sin que trascendiera al colectivo, con falta de docentes vinculados en un trabajo conjunto y con necesidad de mayor capacidad institucional.

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

Es de resaltar, en la revisión documental, que la OP desarrolló un gran interés en los valores que orientan el currículo, y en ellos se enfocó especialmente en promover la autonomía del estudiante (31), pero quedó pendiente el reconocimiento de la misma en el paciente que aporta su experiencia en los procesos

formativos. Por otra parte, se cuestionaron aquellos que afectaban negativamente el contexto local.

Cuando la violencia que anduvo siempre enmontada hizo su irrupción en la urbe, acompañada con la droga, el terrorismo y la corrupción, amplios sectores de nuestra sociedad, primero en connivencia ingenua, luego como simpatizantes y finalmente como aliados, se encontraron involucrados.... (29).

Así, quedó formulada en la visión curricular la necesidad de educar para que: *ante todo sean buenos ciudadanos, éticos y que tengan en cuenta la cultura universal y la singular* (31). Al mencionar los cambios contextuales de las últimas décadas, se identificaron transformaciones en las relaciones asistenciales en el contexto del sistema de salud, con la emergencia de los llamados "usuarios" y el empoderamiento de estos (29); pero no se analizaron de manera consistente los cambios sustanciales del posicionamiento progresivo de la autonomía en las personas sobre la toma de decisiones, que inciden en una nueva concepción de la relación entre los profesionales de la salud y las personas atendidas. Se omite la crítica expresa al paternalismo médico, crítica decisiva en la dinámica de valores y principios sobre los cuales se sustentan actualmente las relaciones en el ámbito sanitario. Los dilemas tampoco son contemplados en esa OP que carece de un desarrollo conceptual al respecto; en la fundamentación curricular, aquellos deberían ser una base esencial de la formación, no solo para forjar profesionalidad, sino también en la condición de persona y de ciudadanía. Así, en la OP están pendientes el cuestionamiento a las relaciones tradicionales y hegemónicas y la reflexión continua sobre los valores en las relaciones entre el profesional de la salud y las personas atendidas, no solo en el escenario amplio del sistema (29), sino también en el microespacio de la consulta.

No obstante, es de destacar que, en el análisis contextual, los documentos evidencian que desde las bases iniciales de la renovación curricular se identificaron unas Políticas Públicas en el país, que se cuestionan por su enfoque económico y no en el acceso a la salud como derecho fundamental y en la justicia distributiva como valor que las oriente (29). La OP recoge en forma amplia las directrices de la Atención Primaria

en Salud (APS) con base en la equidad, y se indica que está vigente para lograr avances en el acceso a toda la población (29). En ello hay coincidencias con la bioética por parte de pensadores latinoamericanos que han señalado la necesidad de avanzar más allá de las relaciones intersubjetivas al análisis bioético de las poblaciones (43). Por otra parte, se encuentran vacíos en la revisión documental sobre las corrientes que se consideran importantes en la formación bioética. Ni siquiera se alude de manera explícita al *principalismo* anglosajón, y menos se cuestiona. En la tabla 4 se presentan los contenidos planteados en 2004 con 52 horas en total -no se halló discriminación de horas por contenidos- en que se contemplaron didácticas magistrales, el aprendizaje basado en problemas (ABP) y la deliberación en grupos. El programa sufrió variaciones en los años siguientes producto de la entrada y salida de docentes que cargaban con su propio bagaje y sus propuestas, sin el respaldo de una orientación institucional definida y clara, en lo que actualmente se está trabajando por superar. Es de observar que el plan de estudios ha incluido otros contenidos formativos relacionados con las políticas públicas y el ambiente en que falta vincular la bioética. Por otra parte, es de resaltar la debilidad actual de la implementación de las orientaciones sobre la APS, que plantea principios y valores con fuerza bioética especialmente en el ámbito social. Aunque en los últimos años ha habido un esfuerzo por avanzar en el desarrollo de la bioética en el currículo analizado, es aún débil e incipiente, como se representó de manera persistente entre los estudiantes y docentes participantes. Hay una expectativa que reclama el fortalecimiento de la bioética en el currículo, pero se reconoce que es necesario apoyarse en un esfuerzo grupal y contar con un desarrollo de capacitación al respecto, especialmente entre los docentes.

Los significados sobre bioética entre estudiantes y profesores

Entre los actores participantes emergió con fuerza significativa la representación de la tríada 'paciente, estudiante y profesor' como una interacción básica del currículo, con una perspectiva de la bioética para fortalecerla en la formación médica. Esta se proyecta a las familias y las comunidades, más allá de las relaciones intersubjetivas; es decir, surgieron

representaciones éticas también referidas al ámbito colectivo. Este fundamento curricular debería ser

atendido en forma simultánea tanto en lo asistencial como en lo formativo.

Tabla 4. Contenidos de ética y bioética en el currículo de Medicina de la U de A en 2004

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

Fuente: reconstruido a partir de las actas del Comité de Currículo

A mí se me dificulta mucho (...) estar en el mismo espacio con los pacientes y con los estudiantes simultáneamente. Porque la relación que uno logra establecer con el paciente, es esa, es una relación; entonces, cuando entra el estudiante ya son tres relaciones, la del estudiante con el paciente, la mía con el estudiante y la mía con el paciente... P09:P8

Esta tríada plantea diferencias con el enfoque que ha tenido *el currículo centrado en el estudiante*. Esa visión trató de vencer el papel pasivo asignado a los educandos en el currículo tradicional, pero las representaciones surgidas en este estudio permiten interpretar que es necesario superar esa concepción, pues los agentes curriculares abarcan en igualdad de autodeterminación a las personas atendidas en los procesos formativos, y no pueden olvidarse los docentes. Esta tríada se considera en publicaciones de educación médica y odontológica. En esta última, por ejemplo, un estudio etnográfico explica que en esa interrelación “no hay quien no aprenda y no hay quien no enseñe” (44). Asimismo, se menciona en un estudio sobre la relación entre estudiante y enfermo, al destacar en la condición del último: “no deben ser

considerados objetos pasivos de aprendizaje, sino sujetos que aceptan voluntariamente colaborar con la formación de los futuros profesionales” (45). Esa idea se resalta como fundamento curricular en el actual estudio, en el significado que emerge acerca de una interacción básica en las relaciones curriculares, sobre las que se edifica la formación médica. Precisamente, entre los sujetos participantes en el estudio se manifiesta que, en el contexto curricular, en esta tríada está pendiente reconocer la capacidad de agencia del paciente como persona que puede tomar determinaciones sobre sí mismo, especialmente sobre salud. En palabras expresadas en un grupo focal sobre el currículo:

...no hay una idea de que el paciente es una persona que también sabe, que también tiene ideas GFI:P7.

Sobre esto, en la Tercera Cumbre sobre Manejo de Resultados de la Enfermedad citan a Donald Berwick, Presidente del *Institute for Healthcare Improvement*, con la frase “nada de mí sin mí” (46). Estas son dimensiones de la calidad de la atención, en que influye la educación médica, no solo en lo técnico-científico, sino también en la formación bioética (47) que se proyecta en esa calidad.

Sobre el significado que se está analizando, veamos una representación que se vislumbra en la encuesta y luego se amplía en las técnicas interactivas. Se les preguntó a los estudiantes: ¿Qué aspectos éticos le han inquietado en su proceso de formación? La

mayoría manifestó que les preocupaba la falta de reconocimiento de los derechos del paciente. Los 321 encuestados respondieron de manera válida, con la posibilidad de seleccionar varias respuestas alternativas para esta pregunta (tabla 5).

Tabla 5. Distribución de respuestas a la pregunta ¿Qué aspectos éticos le han inquietado en su proceso de formación?

Respuesta abreviada	Frecuencia	%
Falta de reconocimiento de los derechos del paciente	188	58,6
Discriminación a los pacientes	178	55,5
Falta de comunicación con los pacientes	164	51,1
Tratamientos innecesarios	88	27,4
Relación profesor-estudiante	58	18,1
Otros	16	5,0

Por lo que surgió al respecto en las entrevistas y los grupos focales se puede interpretar que lo predominante en el medio curricular es que falta una visión clara y definida sobre el enfoque de los derechos; también sobre referentes en principios y valores bioéticos, como un compromiso que debe inculcarse en la formación de los profesionales de la salud.

Uno sí ve que hay personas que lastimosamente su relación con los pacientes es perversa, uno dice "¡Dios mío, qué es esto!", los tratan muy mal E02:P4.

No obstante, se reconoce un grupo de docentes significativo en su actuación, que se ocupa de tener una relación respetuosa y ética con el paciente, en la defensa de sus derechos y su dignidad.

Sí hay profesores que tienen como rutina pues entrar a saludar al paciente, igual así no se revise el profesor va y saluda, cómo está, cómo le ha ido, por lo menos que el paciente sepa que el doctor, su médico tratante está ahí .E01:02

Sobre el término *paciente* se produjeron representaciones que cuestionan su sentido, pero no encuentran

otro mejor, puesto que *usuario* que se ha hecho común en los últimos años en el Sistema de Salud lo encuentran *muy administrativo*. Diego Gracia también reconoce que ese término ha sido cuestionado por provenir de las asociaciones de consumidores (32). Además, entre los docentes surge una idea con mucha fuerza respecto a la asimetría de la persona atendida que *siempre está en desventaja*, lo que evidencia un poder del médico que se mantiene, a pesar de que el régimen corporativo lo ha menguado (32) y de la creciente autonomía que en la actualidad buscan los pacientes.

Yo siempre he creído que el paciente está en desventaja, siempre, absolutamente siempre, y esa es una de las razones por las que insisto en que uno con él tiene que ser como si fuera casi el amigo, el papá, la guía, no sé, porque el paciente está en desventaja. P14:P6

Cuando se mencionan los diversos papeles del médico frente al paciente, hay que resaltar cómo en la bioética se encuentra la amistad³ como valor importante en esa relación; así, Emanuel EJ y Emanuel LL (48) encuentran cuatro modelos de relación médica

³ Laín Entralgo resaltó la amistad como virtud en las relaciones entre médico y paciente y Diego Gracia recoge ese planteamiento para exaltarlo en el último capítulo del libro *Fundamentos de Bioética*, 2008.

paciente; uno de ellos, que denominan *deliberativo* corresponde a aquella en que el papel del médico es el de *amigo o maestro*, que puede persuadir sobre valores en su salud al paciente y debatir al respecto; esta función es diferente del médico *guardián* en las relaciones *paternalistas*, que impone su concepción de bienestar sin reconocer las diferencias; asimismo, se distingue del *técnico experto* en las relaciones en que se limita a ser meramente informativo, cuando la autonomía se entiende de manera radical y esquemática sin comprender los matices, las dificultades y las limitaciones para llevar a cabo a plenitud la capacidad de autodeterminación. Por otra parte, también explican la relación en el modelo *interpretativo* en que se busca que el paciente pueda comprenderse y el médico es *consultor o consejero*. Pelluchon explica la *autonomía quebrada* (49) cuando estas restricciones culturales, educativas, físicas, mentales, hacen que el paciente esté en franca desventaja, como bien lo señalaba el testimonio de un docente, y requiera que el otro, el médico, en mejor situación de salud y con las capacidades que le brinda su formación, preste apoyo decidido a su situación. El paciente no ha perdido necesariamente la autonomía, pero la desigualdad de condiciones impide que estén en el mismo nivel de capacidad de decisión (38,49), por lo que se requiere la disponibilidad del médico para dar lo mejor de sí al paciente. Si bien lo deseable es la relación de igual a igual, las disimetrías -que nos explica Pelluchon- hacen que la horizontalidad como perspectiva de sentido sea una tendencia; y que la realidad sea más bien una inclinación -como lo indica Diego Gracia-, que debe llevar al médico a usar su poder en beneficio del paciente. Es por esto por lo que, si bien se ha cuestionado ampliamente el paternalismo, la *autonomía quebrada* en distintos grados -referida por Pelluchon- debe ser evaluada por el médico y por el paciente mismo, para las necesidades de atención integral, con el fin de evitar caer en el papel del técnico limitado a informar. El médico está obligado a buscar que el paciente comprenda de manera activa la información necesaria, el diagnóstico, el pronóstico y los riesgos y beneficios que implica la terapéutica disponible. Asimismo, el diálogo (48) permite que el paciente pueda aclarar los valores con los que se identifica, porque con frecuencia hay confusión al respecto; o que el diálogo con profesionales de la salud le posibilite encontrar nuevos valores (48). La

desventaja referida se encuentra vinculada a la condición de vulnerabilidad como amenaza de lesión o daño, en su condición antropológica o social, como lo ha explicado Feito (50); la primera nos involucra a todos los seres humanos y la segunda -vulnerabilidad social- es amplificada y potenciada por condiciones sociales desfavorables, como, por ejemplo, la pobreza. Pero en los procesos formativos se debe tener presente que la protección ética a la que convoca el respeto y el cuidado ante la vulnerabilidad, debe darse en el marco de la justicia y el respeto a la autonomía. Así, como lo indica Feito (50), hay complementariedad entre una ética fría y racional en el enfoque de justicia y la ética del cuidado más personalizado y con corazón; esta última con el riesgo de llevar al despotismo en la imposición de la hegemonía de los valores del cuidador, si no se reconoce en el marco del enfoque de derecho. Las representaciones de la confidencialidad, honestidad, empatía, entre otras, relacionadas con el médico frente al paciente, las orientaron los estudiantes, de manera reiterada, en la necesidad de *humanizar* su actuación. Al respecto, insisten en significar esa *humanización* como escuchar al paciente, mirarlo, comprenderlo como un ser en su integralidad, y no en un acercamiento fragmentado y tangencial solo en su dimensión material y biológica. Precisamente se resalta la humanización de las relaciones asistenciales como atender a la persona de manera holística, en sus esferas psicológica, social y cultural, más allá de su condición física y corporal, considerando valores como la confidencialidad. Al respecto dice un docente:

Yo lo traduzco esencialmente como empatía, capacidad de escucha, seriedad, como amabilidad también, como calidad en la atención y como tiempo, cuando no está eso no hay humanización E05.P13

El ejemplo del profesor también se significó como una poderosa influencia en estos procesos formativos, como una idea fuerza reiterada y ampliamente reconocida. Hay una representación del aprendizaje, especialmente de actitudes y comportamientos, que derivan del ejemplo.

Uno aprende es con lo que uno ve, si uno a los docentes de uno (ve que) critica... un médico critica la labor que hizo

otro cirujano, uno como en cierta forma va asimilando que así vive ese gremio y uno va volviéndose así. GFI:P06

Al respecto Correa (51) explica que no se trata de imponer un modelo determinado para adoctrinar y uniformar; así, puede entenderse para los docentes como conciencia para estimular la autonomía y el pensamiento crítico. Por otra parte, al considerar los significados representados en el contexto, los profesores llamaron la atención sobre los valores negativos en el medio local, que influyen en los estudiantes, en lo que varios autores han llamado la cultura mafiosa que promueve el desprecio por lo social y lo público (24). En los grupos focales se identificaron ideas que circulan en nuestro contexto cercano sobre el fraude y “hacer atajos” que influyen entre los estudiantes, como ejemplo de lo que vamos estableciendo como sociedad. En publicaciones que tratan temas relacionados, Duque y otros señalan que estos aspectos han reforzado la tolerancia por el quebrantamiento de la norma para obtener el mejoramiento individual, y la poca valoración de los derechos de los demás (24).

Aquí los valores son el que más trampa haga, el que llegue primero, el que se cole (sic) en la fila P01:P5.

Para enfrentar estos valores negativos, emerge entre los docentes la formación bioética como fortalecimiento de aquellos que se dan en el orden cívico, con la necesidad de enfocar la educación ciudadana y en ética en la consideración de lo público. Se considera que la pedagogía al respecto debe ser de reflexión sobre los valores, y que un currículo debe pasar de incluir esa ética cívica de la intencionalidad al espacio del aula, además de hacer un seguimiento de los logros obtenidos.

... Tener también muy presentes los valores de la ética civil, que serían la transparencia, el sentido de ciudadanía, la responsabilidad social, que entre otras cosas la responsabilidad social debe estar pues permanentemente presente en el ejercicio de la medicina como tal P04:P02

También emergió la representación fuerte de la influencia manipuladora de la industria farmacéutica como un valor negativo que debe ser enfrentado desde una postura curricular clara con un pensamiento

crítico, pues la situación actual, que es necesario cambiar, es que los médicos se adaptan fácilmente a la imposición de los valores por parte de las casas farmacéuticas y que aprenden esta situación como si fuera algo corriente y normal, de manera acrítica.

Yo creo que eso es perverso, eso es tiempo perdido, yo lo veo con mis compañeros..... yo quiero mucho los visitadores, pero la industria farmacéutica la miro perversa,..... ya eso se proyecta como parte normal, y usted ve los estudiantes: que eso es lo normal, que es de tal laboratorio y manda tales medicamentos, GFCC:P19

Nos resalta Velásquez (52), quien cita a Harmon y colaboradores, que la relación de los médicos con la industria farmacéutica empieza desde que son estudiantes, y que son corrientes las cenas, muestras gratuitas, viajes y financiación de investigaciones. Todas estas prácticas conducen al aumento de las prescripciones de las drogas. Entre sus recomendaciones, Velásquez propone excluirlas de la enseñanza médica. Acerca del contexto, también emergieron cuestionamientos a las políticas públicas en salud (PP) del país por estar centradas especialmente en lo económico y por subvalorar y deteriorar las relaciones entre los profesionales de la salud y las personas que atienden. Pero, por otra parte, encuentran en el campo de las PP una posibilidad para reformular y recrear la sociedad siempre y cuando se transformen por la fuerza de la participación social.

Yo creo que las políticas públicas deben ser construidas por la ciudadanía, no es que un señor se subió al gobierno y porque quiso hizo una política pública para favorecer a la población, no, yo creo que las poblaciones de acuerdo a lo que viven, a lo que sienten, a lo que hacen van exigiendo, van cambiando y eso es lo que genera la obtención de una política pública. P03:P4

Se hallaron fuertes vínculos de la bioética con la salud pública en la categoría de las políticas en salud proyectadas en la necesidad de cambiarlas por otras más incluyentes, enfocadas más allá de la enfermedad, en la promoción de la salud y la prevención de

la enfermedad, basadas en la justicia distributiva y el derecho fundamental a la salud. Asimismo, hay una representación reiterada y fuerte acerca de que la orientación del sistema no puede convertirse en justificación para no actuar desde la práctica médica en comprender al paciente en su integralidad.

¿Que la culpa es del sistema de seguridad social? Sí, es posible. Pero igual uno se puede inventar otros ámbitos de trabajo que no dependan de la seguridad social y negarse a trabajar para este sistema mientras sea así o trabajar por transformarlo. GFF:P12

En la interpretación de las interacciones se encontraron significados de los dilemas con énfasis reiterado en lo legal entre los estudiantes. Hay en ellos una necesidad acuciante de revisar estos temas y tener respuestas ante la incertidumbre, en la búsqueda de seguridades.

Hay una duda constante en mis compañeros y en mí y es qué hacer como médico frente a una situación extrema, sobre todo con la parte de la legislación
E05:P8

Esta inquietud por los aspectos legales puede representar una dificultad para el desarrollo moral, si el interés se limita al cumplimiento de la norma, sin incorporar el análisis de aquello que la motivó. Victoria Camps cuestiona el legalismo con actitudes que tienden a “ver las normas -todas- como algo extraño, heterónomo, impuesto desde fuera” (53). Resalta que la ley debe tener capacidad de persuasión por su legitimidad, justicia y poder de transformación. Entre los profesores se considera que esa inquietud debe convertirse en oportunidad para reflexionar sobre temas bioéticos y llevar al estudiante a hacerse consciente de las normas morales que él trae y contrastarlas con lo que se espera de su proceso de formación. Así, jalonar su desarrollo moral y aclarar las diferencias y similitudes entre ética y legalidad. Al respecto hay publicaciones cuyos autores refieren programas de formación médica que recomiendan incluir sistemáticamente contenidos tanto éticos como legales que formen en responsabilidades profesionales en los dos ámbitos (54). Igualmente, entre los estudiantes que participaron en este estudio se produce una representación en

que además de los dilemas característicos de servicios de alta complejidad, se requiere la formación sobre las problemáticas más cotidianas; tienen una gran inquietud por los problemas éticos de la atención primaria. De esta forma, el eje temático preliminar que se enfocaba en los dilemas se amplía a una categoría que incluye los problemas bioéticos; estos, a diferencia de los dilemas, permiten encontrar opciones sin que, como aquellos, cada alternativa implique la vulneración de algún principio o valor.

Si uno está en un pueblo y tiene una paciente que le tienen que hacer cesárea y la remisión no te la aprueban y estás a doce horas... ¿haces la cesárea?, ¿no haces la cesárea? ¿Qué es lo qué debo hacer?, eso me parece que es lo que más nos preocupa [...], más que el tema ...si está en coma: ¿lo desconectamos o no?, pues pensamos como que eso es ya algo más que se va a enfrentar uno en un hospital de tercer nivel; [...] pienso que ahí la bioética debería estar, atravesar transversalmente ese tema, y ayudarnos a desarrollar un pensamiento crítico que nos permita enfrentarnos en momentos de decisión en los que no vamos a estar rodeados de otros colegas, sino que vamos a estar básicamente solos. E05:P5

Por otra parte, entre estudiantes y docentes surge el significado sobre la calidad de vida en relación con los dilemas. El sentido que le otorgan se corresponde con los términos explicados por Camps (55), en torno a que esa condición depende de cada sujeto y el valor que le otorga en las circunstancias que la enmarcan. Es decir, se ponen en juego los intereses de cada individuo, con unos ideales y unos fines que difieren entre las personas; algunos pueden ser contemplados como imprescindibles en la estimación de la propia vida, para percibirla con satisfacción y bienestar. No obstante, el concepto de calidad de vida se ha vinculado con unos mínimos que son comunes a necesidades que requerimos como bienes esenciales. Autores como Singer y Helga Kuhse han explicado la primacía que otorgan los humanos a los estados de conciencia placenteros o de bienestar y el valor de la libertad o de la autodeterminación (56). Victoria Camps se refiere a la situación de ambigüedad ante la vida: queremos

estar en ella, pero no de cualquier forma y de allí la ambivalencia. Cita a Séneca cuando señala que "no se trata sólo de vivir, sino de vivir bien" (57). Cuestiona el valor absoluto de la vida, sin tener en cuenta la voluntad del sujeto que la vive. Un estudiante partícipe del estudio explica su propio enfoque, así:

....el estudiante de medicina debe formarse para dar su punto de vista del estado patológico de enfermedad del paciente, pero también saber integrarla con ¿cómo va a estar su vida después?: es decir, yo sé que un paciente tiene un cáncer de colon y yo le voy a hacer una extracción del colon, y le voy a colocar un colon, digámoslo en palabras bruscas: postizo, sintético; yo tengo que pensar "este paciente va a quedar con ciertas limitaciones", ¿cómo hacer que este paciente tenga una calidad de vida digna, suficiente para que pueda desenvolverse como ser humano y no como enfermo? E11:P10

Es una necesidad de los currículos en la formación médica analizar y reflexionar sobre esos procedimientos que aportarán formas de enfrentar los dilemas, los problemas y los conflictos bioéticos, que son categorías fundamentales de la bioética. Pero, especialmente, promover la profesionalidad (58); así, la ética de las virtudes permite influir en la disposición general para la excelencia moral.

Los actores académicos reclaman la formación bioética, pero....

Como consecuencia de estos significados anteriores, los actores consideraron la necesidad de que la bioética esté integrada de manera consolidada en el currículo, pues la valoran como indispensable, no opcional, en su formación. En los resultados de la encuesta se pudo identificar que la mayoría (87,8 %) de los estudiantes se manifiestan en este sentido. De otro lado, se les solicitó que escogieran un valor en una escala de 0 a 10 (10 era el valor más alto) para expresar la importancia de la bioética en el currículo. En el análisis se agruparon los valores de 0 y 1 como **No es importante**, 2 a 5 como **Poco importante**, 6 y 7 como **Medianamente importante**, 8 y 9 como **Importante**,

y 10 como **Muy importante**. A esta pregunta todos los 321 encuestados respondieron de manera válida. Con estas agrupaciones se obtuvo la distribución que se muestra en la tabla 6. En las entrevistas y grupos focales, se llamó la atención sobre este resultado de la encuesta. Surgieron representaciones sobre fisuras e incoherencias que observan los participantes entre sus pares, tanto estudiantes como docentes, al manifestar las diferencias que se expresan entre el discurso y la práctica, representadas en desinterés para acoger activamente contenidos curriculares en ese campo. Para interpretar lo anterior, nos ayuda Kemmis, quien retomó a Stenhouse, al indicar: "*la problemática permanente del estudio del currículum se fundamenta en la relación existente entre nuestras ideas (teorías) y la práctica curricular*" (4). Un docente expresó:

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

Aunque por otra parte se puede afirmar -con base en este estudio- que existe un grupo de estudiantes y profesores con convicciones bioéticas que trata de ser consistente en estas búsquedas.

.....hay estudiantes muy metidos en este tipo de discusiones y en tratar de aprender sobre estos tópicos y ejercer (...), y aplicar lo que aprenden; hay estudiantes a los que no les importa un carajo, para los que es un requisito, que les aburre enormemente. En la misma proporción podría decir yo que está el profesorado, hay gente que es muy apasionada, hay gente que le importa un carajo... E02:P6.

Hay un reconocimiento discursivo mayoritario de la importancia de la bioética en la formación, lo que se constituye en un desafío curricular para impulsar esa representación hacia la acción, que haga consistente la teoría con la práctica. Asimismo, entre algunos de los profesores se producen significaciones sobre el desconocimiento que tienen de este campo e incluso algunos se declaran ignorantes acerca de los principios más clásicos. En forma constante fue una idea que surgió como un clamor, en tanto que representa

una falta pendiente de ser procesada en la institución. Se significa como uno de los déficits que mayor incidencia tienen en el nivel incipiente de la bioética en este currículo. Creen que es necesario contar con un mínimo de formación docente en bioética para involucrarla en diferentes áreas sin que sea solo cuestión de los expertos. También los estudiantes identifican ese requerimiento, que varios autores han formulado como parte del desarrollo docente, en experiencias de universidades como la Pontificia Universidad de Chile (51) y la propuesta de Outomuro (47) para la conformación de Escuelas de Ayudantes en el Perú. Otro significado con mucha fuerza entre los estudiantes es que se requiere mejorar la estrategia educativa. Cuando se les preguntó en la encuesta: "¿Hay algo que usted quisiera expresar en relación con la formación en bioética en el currículo de medicina

que adelanta?" ($n = 205$) 55,6 % de las respuestas estaban en la categoría referida a ese aspecto. En las entrevistas y grupos focales se profundizó ese asunto. Los participantes en la investigación resaltaron la necesidad de hacer una integración teórico-práctica en que ellos aprendan los fundamentos y puedan también comprender su aplicación al ejercicio de la profesión, a lo que se debe adicionar el ejercicio de la ciudadanía y de sus relaciones con otras personas, la sociedad y la naturaleza. Se destacaron las estrategias en grupos pequeños como el ABP, el ejercicio clínico observado y estructurado (ECOE) y la simulación. La literatura académica, con consenso amplio sobre esas didácticas para la formación bioética, también explica la importancia del cine y la narrativa para implicar sentimientos, emociones y profundizar la capacidad reflexiva (59).

Tabla 6. Distribución del puntaje de importancia que los estudiantes de la U de A otorgan a la bioética en su formación

	Frecuencia	%	% acumulado
Muy importante	165	51,4	51,4
Importante	103	32,1	83,5
Medianamente importante	41	12,8	96,3
Poco importante	12	3,7	100,0
Total	321	100,0	100,0

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

Entre los docentes emerge la incidencia sustantiva que trae la experiencia de haber sido paciente y sentir en sí mismo la realidad de las relaciones asistenciales al otro lado del profesional de la salud, lo que se debería promover de manera intencionada en los procesos de formación médica.

....voy a hacer una sugerencia práctica, porque alguna vez lo supe, hay algunas facultades de medicina, en el mundo, [...], donde el estudiante de medicina no toca a un paciente hasta tanto él mismo no sea un paciente y sufra lo que sufra un paciente. Entonces ahí aprende, cuando al paciente le ponen la sonda nasogástrica, cuando le ponen el enema, y nadie le dirige la palabra, nadie le dice lo que le van a hacer, lo humillan, lo tratan mal. [...] para uno poder mirar tiene que ponerse en ese lugar. GFFC:P1-P2

Los participantes en el estudio comprenden la bioética como campo transversal en el currículo, con

integraciones horizontal y vertical, con rutas claras de enseñanza-aprendizaje, desde los primeros hasta los últimos niveles. Su inicio desde que los estudiantes empiezan el programa es importante por la expectativa tan abierta y disponible que tienen en ese momento. Sin embargo, se requiere dar continuidad a esta formación durante la práctica clínica para la integración teórico-práctica, que es una expectativa muy valorada entre los estudiantes y docentes indagados. Adela Cortina (60) plantea la necesidad de un curso específico y el peligro de desaparecer la bioética cuando se la plantea *transversal*. Esa dificultad la comprenden los partícipes en este estudio; por esa razón, proponen momentos curriculares con contenidos claros, explícitos y definidos, con objetivos, didácticas y evaluaciones establecidos. En un currículo que se basa en la interdisciplinariedad, los cursos no se enfocan en una disciplina, sino en la interrelación de saberes en torno a problemas, y la ética y la bioética no son excepción. En la introducción se mencionaron publicaciones que reconocen la formación bioética como proceso de integración horizontal y vertical. Couceiro (7) también propone diversos momentos de integración teórico-práctica. La Unesco en su Programa Base de Estudios en Bioética (61) propone 18 módulos, que posibilitan el desarrollo y el aprendizaje de los distintos principios de la Declaración sobre Bioética y Derechos Humanos.

Sin lugar a dudas, hay consenso en los partícipes en el estudio aquí referido, para significar que, más que los cursos, la formación bioética ocurre especialmente a partir de lo que transcurre en la cultura o *clima* institucional. Ello corresponde a la participación de la bioética en la vida y dinámica general de la entidad que la proyecta en distintas dimensiones. Estas se reflejan en el grado de democracia que se vivencia, la pluralidad que se alcanza, el desarrollo de un sistema de valores en la vida colectiva, la capacidad de diálogo y la deliberación basadas en la autonomía y el respeto por la diferencia, que incluye la perspectiva multicultural. Se difunde y acrecienta, o por el contrario se reduce, en los mensajes que emiten las autoridades y demás actores académicos en su discurso, según su coherencia o no con la práctica institucional y personal. Esto es consonante con el *sistema formador* planteado por Perales.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La problemática bioética en el currículo estudiado se fundamenta en la diferencia entre el reconocimiento discursivo de la necesidad de formar a los estudiantes en ese campo y la práctica curricular que se lleva a cabo. Ocurre por la escasa comprensión entre el establecimiento docente de lo que es la bioética y del impacto de su papel formador, así como por el hecho de que no se sustente en una cultura institucional, al quedar al amparo de la iniciativa individual. Sin embargo, el cambio se puede promover por medio del trabajo conjunto e integrado, a partir de los actores institucionales que se acercan con motivación a la bioética, porque encuentran que existe un ámbito tanto individual como colectivo que debe renovarse y que la bioética les puede aportar. En la perspectiva pedagógica, los estudiantes tienen claro que su aprendizaje se estimula mediante didácticas que integran la teoría y la práctica. La tríada *paciente, estudiante, profesor*, proyectada a las familias y comunidades, emerge como un fundamento curricular que, basado en relaciones democráticas, debe considerar las intervenciones necesarias para enfrentar dilemas, conflictos y problemas bioéticos, como núcleo moral central en la formación, a partir de la interdisciplinariedad y el pluralismo. Es insuficiente tener un enfoque centrado en el estudiante, sin perspectiva de la mirada bioética del otro, proyectado a las personas atendidas en el marco curricular y en relación con los docentes, cuyo ejemplo es primordial en la formación. Esta perspectiva bioética plantea valores, principios y derechos humanos que un currículo debe atender si aspira a estar a la altura del pensamiento más elevado de nuestra época, en el contexto de la realidad latinoamericana con unos desafíos específicos, que no deberían adherir acríticamente a modelos externos (62). Se hace necesario avanzar en la indagación de significados producidos entre pacientes atendidos en ese marco curricular para tener mayor comprensión.

AGRADECIMIENTOS

A Jaime Escobar, Constanza Ovalle, Luis Casasbuenas y Eumelia Galeano por su valiosa asesoría. A Diego Chávez, Liz Yesenia Henao y Hernán Mira por su generoso apoyo; a la Universidad de Antioquia por el respaldo que encontré en los estudiantes, docentes

-especialmente los compañeros-, y las directivas; al doctor Juan José Sarmiento (QEPD), por sus valiosas enseñanzas en el campo de la ética.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Galeano Marín ME. Caracterización y significados de las prácticas académicas en los programas de pregrado de la Universidad de Antioquia, sede Medellín 2007-2008. En: Encuentro Nacional sobre Prácticas Universitarias: "Las Prácticas Universitarias: opción de formación integral y de responsabilidad social"; Bogotá 2008 Nov 20-21. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2008.
2. Berger PL, Luckman T. Los fundamentos del conocimiento en la vida cotidiana. En: La construcción social de la realidad. Buenos Aires: Amorrortu; 2001. p. 36-65.
3. Blumer H. The Metodological Position of Symbolic Interactionism. In: Symbolic interactionism: perspective and method [Internet]. New Jersey: Prentice-Hall; 1969. p. 1-60 [cited 2015 Nov 06] Available from: <http://www.worldcat.org/title/symbolic-interactionism-perspective-and-method/oclc/18071/viewport>
4. Kemmis S. La naturaleza de la teoría del "curriculum". En: El curriculum: más allá de la teoría de la reproducción. 3^a ed. Madrid: Morata; 1988. p. 19-45.
5. Perales Cabrera A. Ética y humanismo en la formación médica. Acta Bioeth. 2008;14(1):30-8.
6. Eckles RE, Meslin EM, Gaffney M, Helft PR. Medical ethics education: where are we? Where should we be going? A review. Acad Med. 2005 Dec;80(12):1143-52.
7. Couceiro A. Aprendizaje práctico de la bioética en el pregrado: objetivos, herramientas docentes y metodología. Educ Med. 2012 Jun;15(2):79-87.
8. Vidal SM, editora. La educación en bioética en América Latina y el Caribe: experiencias realizadas y desafíos futuros [Internet]. Montevideo: UNESCO; 2012 [consultado 2012 Dic 9]. Disponible en: <http://www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/shs/2012/Educacion-BioeticaALC-web.pdf>
9. Robb A, Etchells E, Cusimano MD, Cohen R, Singer PA, McKneally M. A randomized trial of teaching bioethics to surgical residents. Am J Surg. 2005 Apr;189(4):453-7.
10. Roberts LW, Warner TD, Green Hammond KA, Brody JL, Kaminsky A, Roberts BB. Teaching medical students to discern ethical problems in human clinical research studies. Acad Med. 2005 Oct;80(10):925-30.
11. Bore M, Munro D, Kerridge I, Powis D. Selection of medical students according to their moral orientation. Med Educ. 2005 Mar;39(3):266-75.
12. Caldicott CV, Faber-Langendoen K. Deception, discrimination, and fear of reprisal: lessons in ethics from third-year medical students. Acad Med. 2005 Sep;80(9):866-73.
13. Kelly E, Nisker J. Increasing bioethics education in preclinical medical curricula: what ethical dilemmas do clinical clerks experience? Acad Med. 2009 Apr;84(4):498-504. DOI 10.1097/ACM.0b013e31819a8b30.
14. Hicks LK, Lin Y, Robertson DW, Robinson DL, Woodrow SI. Understanding the clinical dilemmas that shape medical students' ethical development: questionnaire survey and focus group study. BMJ. 2001 Mar;322(7288):709-10.
15. Cordingley L, Hyde C, Peters S, Vernon B, Bundy C. Undergraduate medical students' exposure to clinical ethics: a challenge to the development of professional behaviours? Med Educ. 2007 Dec;41(12):1202-9.
16. Roberts LW, Warner TD, Hammond KA, Geppert CM, Heinrich T. Becoming a good doctor: perceived need for ethics training focused on practical and professional development topics. Acad Psychiatry. 2005 Jul-Aug;29(3):301-9.
17. Martínez Z, Meléndez I, Vásquez Y. Conocimientos sobre los principios bioéticos y su aplicación en el manejo de pacientes con diagnóstico de muerte cerebral en estudiantes del séptimo semestre de enfermería de la Universidad Lizandro Alvarado Barquisimeto. Junio-diciembre de 2005 [Internet]. [consultado 2009 Ago 14]. Disponible en: http://bibmed.ucla.edu.ve/edocs_bmucla/textocompleto/TIWY85DV4M37c2005.pdf
18. Zavala S, Sogi C. Evaluación de la formación ética en internos de medicina 2003, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. An Fac Med. 2007 Ene-Mar;68(1):5-18.
19. Buendía- López AL, Álvarez de la Cadena Sandoval C. Nivel de conocimiento de la Bioética en carreras de odontología de dos universidades de América Latina. Acta Bioeth. 2006 Ene;12(1):41-7.

20. Escobar-Melo H, Camila Páramo L, Riaño Carrascal E, Díaz Amado E. Validación de un instrumento de caracterización del razonamiento moral en estudiantes de medicina. *Revista Iberoamericana de psicología: Ciencia y Tecnología*. 2009;2(1):53-66.
21. Pérez-Olmos IR, Dussán-Buitrago MM. Validación de la prueba Defining Issues Test con estudiantes de Medicina en la Universidad de El Rosario, en Colombia. *Rev Electrón Investig Educ*. 2009 May;11(1):1-13.
22. Pinto Bustamante B. Bioética narrativa y relación médico-paciente en los ámbitos formativos en medicina. En: III Congreso internacional REDBIOETICA UNESCO para América Latina y el Caribe. Bogotá 2010 Nov 23-26. Bogotá: UNESCO; 2010. p. 665-76.
23. Franco Peláez ZR, Vanegas García JH. Significado y proyección de la bioética en comunidades académicas de salud y educación de universidades de Manizales. Manizales: Universidad de Caldas; 2007.
24. Duque LF, Toro JA, Montoya N. Tolerancia al quebrantamiento de la norma en el área metropolitana de Medellín, Colombia. *Opin Pública*. 2010 Jun;16(1):64-89. DOI 10.1590/S0104-62762010000100003.
25. Colombia. Congreso de la Republica. Ley 1751 de 2015, febrero 16, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. *Diario Oficial*, 49427 (Feb. 16 2015).
26. Arias Valencia MM. La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones. *Invest Educ Enferm*. 2000 Mar;18(1):13-26.
27. Galeano Marín ME. Investigación documental: la construcción de conocimiento desde la cultura material. En: Estrategias de investigación social cualitativa: el giro de la mirada. Medellín: La Carreta; 2007. p. 113-44.
28. Universidad de Antioquia; Facultad de Medicina; Comité de currículo. El Proceso de Sistematización para la renovación del Currículo en la Facultad de Medicina: Documento introductorio. Medellín: Universidad de Antioquia; 1999.
29. Universidad de Antioquia; Facultad de Medicina; Comité de currículo. El Proceso de Sistematización Curricular. Hacia un marco teórico para la renovación curricular: Referentes contextuales. Medellín: Universidad de Antioquia; 2000.
30. Universidad de Antioquia; Facultad de Medicina; Comité de currículo. El Proceso de Sistematización Curricular. El proceso de salud-enfermedad y la Educación Médica: Referentes contextuales. Medellín: Universidad de Antioquia; 2000.
31. Universidad de Antioquia; Facultad de Medicina; Comité de currículo. El Proceso de Sistematización Curricular. La visión curricular, los propósitos de formación, la propuesta pedagógica: Aspectos conceptuales. Medellín: Universidad de Antioquia; 1999.
32. Universidad de Antioquia; Facultad de Medicina; Comité de currículo. El Proceso de Sistematización Curricular. Las estructuras curriculares: Aspectos conceptuales y metodológicos. Medellín: Universidad de Antioquia; 1999.
33. Universidad de Antioquia; Facultad de Medicina; Comité de currículo. El Proceso de Sistematización Curricular. El microcurrículo: Aspectos conceptuales y metodológicos. Medellín: Universidad de Antioquia; 1999.
34. Carey AC. El efecto del grupo en los grupos focales: planear, ejecutar e interpretar la investigación con grupos focales. En: Morse JM. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Medellín: Universidad de Antioquia; 2003. p. 262-80.
35. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa, técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia; 2002.
36. Hottois G. *Ensayo de delimitación temática y de definición*. En: ¿Qué es la Bioética? Aristizabal C, traductor. Bogotá: Universidad El Bosque; 2007. p. 20-6.
37. Colombia. Congreso de la Republica. Ley 115 de 1994, por la cual se expide la ley general de educación. *Diario Oficial*, 41214 (Feb. 8 1994).
38. Gracia D. La práctica de la medicina. En: Couceiro Vidal A. Bioética para clínicos. Madrid: Triascastela; 1999. p. 95-108.
39. Universidad de Antioquia; Vicerrectoría de Docencia; Vicerrectoría de Investigación. La invención de las prácticas académicas un proceso permanente y constante de significación y resignificación. En: Voces y Sentidos de las prácticas académicas, número 4. Informe final de la Investigación [Internet]. Medellín: Universidad de Antioquia; 2007. p. 64-74. [consultado 2012 Dic 9]. Disponible en: <http://sikuani.udea.edu.co/webmaster/portal/documentos/voces-sentidos-4>

40. Beauchamp T, Childress J. Moral Norms. In: *Principles of Biomedical Ethics*. 6^a ed. New York: Oxford University Press; 2009. p. 1-29.
41. Echeverría J. Axiología de la tecnociencia. En: *La revolución tecnocientífica*. Madrid: Fondo de Cultura Económica; 2003. p. 229-80.
42. Roth AN, Molina G. Introducción. En: Molina G, Cabrera G. *Políticas públicas en salud: aproximación a un análisis*. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública; 2008. p. 3-6.
43. Ferrer Lues M. Equidad y justicia en salud. Implicaciones para la bioética. *Acta Bioeth* [Internet]. 2003 [consultado 2012 Ago 30]; 9(1):[113-26]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2003000100011&script=sci_arttext
44. Getler O, Alvarez L, Brito F, Guiño J, León M, Salazar J. Reflexiones Pedagógicas, Psicológicas y Filosóficas del Quehacer Odontológico en el Área Clínica. *Acta Odontol Venez*. 2001;39(2):47-9. Citado por: Esquivel Campo DL, González Castro GE. Etnografía de las prácticas pedagógicas en odontopediatría de la Universidad Nacional de Colombia. *Acta Odontológica Col*. 2011;1(1):7-24.
45. Beca JP, Browne F, Valdebenito C, Bataszew A, Martínez MJ. Relación estudiante-enfermo: Visión del paciente. *Rev Méd Chile*. 2006 Ago;134(8):955-9. DOI 10.4067/S0034-98872006000800002.
46. Johns Hopkins; American Healthways. Defining the Patient-Physician Relationship for the 21st Century: 3rd Annual Disease Management Outcomes Summit October 30 – November 2, 2003 Phoenix, Arizona. 2003 Nov:1-30.
47. Outomuro D. Fundamentación de la enseñanza de la bioética en medicina. *Acta Bioeth*. 2008;14(1):19-20. DOI 10.4067/S1726-569X2008000100003.
48. Emanuel EJ, Emanuel L. Cuatro Modelos de la relación médico-paciente. En: Couceiro A. *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela; 1999. p. 109-26.
49. Pelluchon, C. Reconfigurar la autonomía. En: *La autonomía quebrada. Bioética y filosofía*. Bogotá: Universidad del Bosque; 2013. p. 54-81.
50. Feito L. Vulnerabilidad. *Anales Sis San Navarra*. 2007;50 Supl 3:7-22.
51. León Correa FJ. Enseñar Bioética: cómo transmitir conocimientos, actitudes y valores. *Acta Bioeth*. 2008;14(1):11-8. DOI 10.4067/S1726-569X2008000100002.
52. Velásquez G. Ética de la relación del médico con la industria farmacéutica. En: *Primer Simposio Internacional de Bioética y medicamentos*. Medellín 2013 Ago 29-30. Medellín: San Vicente Fundación; 2013.
53. Camps V. La moralidad organizada. En: *Una vida de calidad. Reflexiones sobre bioética*. Barcelona: Ares y Mares; 2001. p. 141-70.
54. Goldie J, Schwartz L, Morrison J. A process evaluation of medical ethics education in the first year of a new medical curriculum. *Med Educ*. 2000 Jun;34(6):468-73. DOI 10.1046/j.1365-2923.2000.00496.x.
55. Camps V. La vida buena. En: *Una vida de calidad: reflexiones sobre bioética*. Barcelona: Ares y Mares; 2001. p. 57-82.
56. Singer P, Kuhse H. Distribución de los recursos para el cuidado de la salud y el problema del valor de la vida. En: Singer P. *Desacralizar la vida humana*. Madrid: Cátedra; 2003. p. 337-57.
57. Camps V. Introducción. En: *la Voluntad de vivir: las preguntas de la bioética*. Barcelona: Ariel. p. 11-8.
58. Camps V. La excelencia en las profesiones sanitarias [Internet] 2007. [Consultado 2015 Oct 20];(21):[1-13]. Disponible en: <http://www.fundacionmhm.org/tema0721/articulo>
59. Feito Grande L. El modelo narrativo como vía de enseñanza de la bioética. En: Feito Grande L, García D, Sánchez M, editores. *Bioética: el estado de la cuestión*. Madrid: Triacastela; 2011. p. 79-100.
60. Cortina A. Ética en la Escuela: Formar ciudadanos responsables es el único modo de contar con buenos profesionales. *El País (España)*. 2 de diciembre de 2012; Tribuna.
61. Unesco. Programa de base de estudios en bioética [Internet]. Montevideo: Unesco; 2008 [consultado 2015 Nov 18] Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001636/163613s.pdf>
62. Kottow, M. Latinoamérica vulnerada. *Rev Redbioét UNESCO*. 2014 Ene-Jun;2014;1(9):21-31.