

**BIOÉTICA Y EVOLUCIÓN DEL DESARROLLO MORAL EN ESTUDIANTES DE
MEDICINA. ANÁLISIS DE CASO EN LA ESCUELA DE MEDICINA DE LA
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA.
TUNJA 2015**

DIANA CAROLINA SIERRA TRUJILLO

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
INSTITUTO DE BIOÉTICA
BOGOTÁ, D.C.
2016**

**BIOÉTICA Y EVOLUCIÓN DEL DESARROLLO MORAL EN ESTUDIANTES DE
MEDICINA. ANÁLISIS DE CASO EN LA ESCUELA DE MEDICINA DE LA
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA DE COLOMBIA.
TUNJA 2015**

DIANA CAROLINA SIERRA TRUJILLO

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR EL TÍTULO DE MAGÍSTER EN BIOÉTICA

EDUARDO DÍAZ AMADO Ph.D.

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
INSTITUTO DE BIOÉTICA
BOGOTÁ, D.C.
2016**

AGRADECIMIENTOS

Quisiera expresar un profundo y sincero agradecimiento a todas aquellas personas que con su ayuda han colaborado en la realización del presente trabajo. En especial, al Dr. Eduardo Díaz Amado, director de esta investigación por su continua orientación, seguimiento y supervisión, pero sobre todo por la motivación y apoyo recibidos a lo largo de su desarrollo.

Especial agradecimiento al Dr. Hugo Escobar Melo, por su colaboración en el procesamiento estadístico de los datos empíricos de esta investigación.

Extiendo mi gratitud de manera muy especial a mi familia por su comprensión, paciencia y el ánimo recibido de cada uno de ellos en el transcurso de este trabajo.

CONTENIDO

CAPÍTULO I: ÉTICA MÉDICA Y BIOÉTICA	14
1.1. HISTORIA DE LA ÉTICA MÉDICA	14
1.1.1. LA ÉTICA MÉDICA DE LA ANTIGÜEDAD	14
1.1.2. LA ÉTICA MÉDICA DE LA MODERNIDAD	17
1.2. DE LA ÉTICA MÉDICA A LA BIOÉTICA	18
CAPÍTULO II: BIOÉTICA: EDUCACIÓN MÉDICA Y DESARROLLO MORAL	23
2.1. BIOÉTICA Y EDUCACIÓN MÉDICA	23
2.1.1. LA ENSEÑANZA DE LA BIOÉTICA EN EL MUNDO.	23
2.1.2. LA ENSEÑANZA DE LA BIOÉTICA EN COLOMBIA	29
2.2. BIOÉTICA Y DESARROLLO MORAL	35
CAPÍTULO III: ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DEL RAZONAMIENTO MORAL, Y SU RELACIÓN CON LA FORMACIÓN EN BIOÉTICA EN PREGRADO	45
3.1. CATEGORÍAS DE RAZONAMIENTO MORAL.....	45
3.1.1. BENEFICENCIA	47
3.1.2. DEBER DE CUIDADO	48
3.2. MATERIALES Y MÉTODOS.....	49
3.2.1. CONTEXTUALIZACIÓN.....	50
3.2.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	52
3.2.3. INSTRUMENTO Y APLICACIÓN.....	52
3.3. ANÁLISIS Y RESULTADOS POR ITEM Y CATEGORIA	53
3.4. CONCLUSIONES	73
CAPÍTULO IV: PROPUESTAS PARA LA EDUCACIÓN MÉDICA EN BIOÉTICA.....	79
4.1. CARACTERIZACIÓN DE LA EDUCACIÓN MÉDICA EN BIOÉTICA	79
4.1.1. DESARTICULACIÓN DE LA BIOÉTICA DENTRO DE LOS CURRÍCULOS MÉDICOS	80
4.1.2. FALTA DE CONTEXTO DE LOS CONTENIDOS DE LA BIOÉTICA EN SU APLICACIÓN A LA PRÁCTICA MÉDICA HABITUAL	81
4.2. PROPUESTAS HACIA LA EDUCACIÓN MÉDICA EN BIOÉTICA.....	84
CONCLUSIONES.....	87
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90

INTRODUCCIÓN

La educación en bioética al interior de los currículos médicos ha sido tema de interés desde hace ya varios años. De igual manera el proceso de socialización médica y sus implicaciones en el desarrollo moral y futuro desempeño de los médicos ha sido motivo no sólo de estudio, sino de preocupación, ya que la estructura moral de los profesionales se refleja directamente en el ejercicio médico habitual.

El interés de ésta investigación parte de esta premisa, de que el desarrollo moral es fundamental para un ejercicio médico ético, para realizar un análisis de la educación médica en bioética y su relación con la evolución del desarrollo moral en estudiantes de pregrado de medicina, para lo cual el trabajo se organiza en cinco secciones.

La primera, tiene como punto de partida investigar las raíces de la educación médica en bioética, realizando una mirada histórica retrospectiva desde la ética médica tradicional, con el objetivo de comprender la evolución de la disciplina, hasta instituirse en una ciencia con un objeto de estudio propio y características distintivas, tal como se caracteriza la bioética de hoy.

En la segunda sección, se explora la inclusión de la bioética en relación con la educación médica para indagar sobre su relación con el desarrollo moral de los estudiantes de medicina. Para ello se revisa la manera en que los estudiantes de medicina adquieren competencias cognitivas, procedimentales y actitudinales en el transcurso de su carrera, en toda la malla curricular y en la asignatura de bioética en particular, analizando de esta manera, las metodologías de enseñanza-aprendizaje más utilizadas. Además, se destaca el proceso de socialización médica al interior de los hospitales universitarios, forjando el carácter de los estudiantes de medicina y ofreciendo modelos médicos de diversa índole, con escasa capacidad de reflexión sobre los mismos.

La tercera sección ofrece un sustento empírico a las problematizaciones teóricas sobre la aplicación de postulados de carácter bioético a situaciones clínicas particulares, para valorar la capacidad de razonamiento moral de los estudiantes. Persiguiendo este objetivo, se aplica una escala validada de valoración del razonamiento moral en los

estudiantes de pregrado de medicina en el período 2013 y se analizan categorías bioéticas en relación a los semestres clínicos, algunas características demográficas y la ubicación curricular de la asignatura de bioética, en la búsqueda de relaciones supuestas e inesperadas.

De esta manera, el conocimiento del comportamiento local, tomando como caso los estudiantes de medicina de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, en Tunja (Boyacá), ofrece un referente regional en una escuela de formación médica relativamente joven, que conserva la estructura curricular típica de las escuelas médicas colombianas, para incrementar la base de conocimientos sobre el tema, además de plantear, tal como lo ofrece la sección IV de esta investigación, posibles estrategias de mejoramiento de los modelos de enseñanza de la bioética, su articulación y su vinculación como escenario de desarrollo moral de los estudiantes de medicina.

Las conclusiones de la investigación consignadas en la sección V, confirman la desvinculación entre los contenidos de la bioética y la aplicación práctica en escenarios clínicos establecidos. Además, evidencian la preponderancia del saber clínico disciplinario frente a situaciones de conflicto ético sobre el paciente, y otros hallazgos particulares de la población de estudio, que hacen pertinente la aplicación de estos conocimientos a las reformas curriculares en el área de humanidades y particularmente en la bioética en el contexto regional y nacional.

Los anexos de esta investigación contienen en CD el instrumento aplicado, la tabulación realizada para el análisis de datos y la entrevista.

CAPÍTULO I: ÉTICA MÉDICA Y BIOÉTICA

INTRODUCCIÓN

En este capítulo se realiza una aproximación histórica al nacimiento del término bioética, la cual toma como su principal antecedente la “ética médica” tradicional. Se mencionan sus raíces históricas desde la antigüedad hacia sus diferentes ámbitos de aplicación, con énfasis en la transformación de la ética médica; contemplando a su vez la ampliación de sus fronteras en el nacimiento de su propia definición como una ética global, que incluye todos los problemas relacionados con la vida, no sólo la vida humana sino los sistemas vivos del planeta. De esta manera se incluyen definiciones sobre bioética que se relacionan con la ética médica tradicional, como su mejor antecedente, como una subespecialidad de la ética o como una ética aplicada según la visión de diferentes autores.

1.1. HISTORIA DE LA ÉTICA MÉDICA

1.1.1. LA ÉTICA MÉDICA DE LA ANTIGÜEDAD

La ética tiene su origen en la Grecia Antigua. Sócrates entendió la filosofía como una manera de analizar la sociedad y la cultura y definió que la sabiduría suprema es distinguir el bien del mal. (Da Silveira, 1997). Esta distinción derivaba de la autoridad de las leyes o religiones de las culturas antiguas. Cada cultura exhibía una *ethika* (“comportamiento” principios o pautas de la conducta humana) y una moral (del latín *mores* “costumbres”) propia, definiendo sus límites y caracterizando los grupos humanos. (Séneca, 1494)

La distinción Socrática de los bienes y los males aplicada a la valoración de los actos médicos desde el punto de vista moral, constituye el concepto de ética médica. El análisis histórico de la evolución de este concepto ubica cuestiones de fondo que ayudan a comprender la transformación de la ética y de la medicina a través del tiempo.

Los babilonios se acreditaron como la primera civilización en crear leyes diseñadas para regular la práctica médica. El código Babilonio de Hammurabi (1727.a.c) estableció multas contra la mala práctica más de mil años antes del Juramento Hipocrático. Constituyó a su vez, el primer intento de una cultura de proteger a los pacientes de médicos incompetentes. Las leyes médicas de Hammurabi se dividían en dos categorías: el cuidado médico de los nobles y el de los plebeyos con sanciones diferentes y de acuerdo a la estimación del daño ocurrido. El contraste con el Juramento Hipocrático se evidencia por un único estándar de cuidado médico para todos los pacientes, también para los esclavos (Carrick, 2001).

La mención al Juramento Hipocrático obedece a su valoración como el único documento de la ética médica desde al menos dos perspectivas fundamentales: el Panmediterráneo y el Panhelénico. Este documento permanece sin paralelo o precedente en Egipto, Asiria, Babilonia, Israel y Persia. Si éstas u otras culturas más antiguas produjeron un juramento, tratado o documento filosófico – religioso dedicado exclusivamente a la ética de la medicina, no hay registro en la literatura, arte o ciencia (Carrick, 2001).

Algunas referencias concurren en la existencia de un código de ética médica en el año 400 A.C. del cual no hay evidencia. En el siglo V A.C. en Atenas, la medicina de Babilonia y Egipto se practicaba sujeta a una estricta regulación estatal. Esta regulación de la medicina parece haber avanzado más en la antigua Babilonia. Curanderos y sacerdotes de estas culturas tenían un sentido definido de lo bueno y lo malo, es decir, la manera correcta e incorrecta de cuidar a aquellos que buscaban sus servicios, derivado como se mencionó, de la autoridad de sus leyes y religiones. Los egipcios no eran agentes libres practicando su oficio de manera independiente del estado o tradición como sí ocurrió con los griegos. Como respuesta a esta libertad y apertura del mercado de la medicina griega surge el Juramento Hipocrático (Carrick 2001).

Gracias a dicho Juramento, Hipócrates se ha hecho famoso, pero en realidad muy poco se conoce sobre él. Entre las fuentes antiguas que lo mencionan por su nombre y delimitan el período de su vida (469 – 399 A.C.) están dos pasajes en Platón. Posterior a su muerte se menciona en la obra de Aristóteles “La política”, pasaje en el cual lo describe como un gran médico de corta estatura. También es mencionado con su

“teoría de la putrefacción” en el “Londinensis Anonimus”, papiro del museo Británico que compone uno de los escritos médicos de Meno, y el mismo Galeno lo reverenció como el médico ideal, instando a sus compañeros médicos a seguir su ejemplo (Carrick, 2001).

Hipócrates fue uno de los primeros que relacionó las causas de la enfermedad con el sustrato material del ser humano enfermo. Es necesario recordar que durante siglos el origen de la enfermedad se mantuvo ligado a explicaciones divinas. Con Hipócrates la medicina rompe el paradigma mágico-religioso, dando paso al surgimiento de la clínica en el acercamiento diagnóstico y al tratamiento empírico de las dolencias. Evidencia de esto se encuentra en el “Fedro” (Platón, 270 DC) citado por De Azcárate (1871) el cual establece que Hipócrates practicaba la medicina basado en un principio organicista “la naturaleza de cualquier parte, componente u órgano puede ser entendida únicamente después de examinar a fondo el todo al cual pertenece”.

El Juramento Hipocrático fue escrito en el S. IV A.C. En su origen contiene elementos morales y religiosos. Es un pacto y especialmente un código ético antiguo completamente compatible con la influencia Pitagórica, reverenciando la vida, incluso de los no nacidos y la persona humana. Al parecer el Juramento fue acatado sólo por algunos gremios de médicos antiguos. Aquellos que no lo acataron fueron influenciados por valores éticos diferentes (Carrick, 2001).

La sociedad reclamaba del médico sabiduría acompañada de una actitud solidaria, benéfica, de acompañamiento y responsabilidad. La interpretación de los valores y la adecuada conducta del médico antiguo, se encuentran en la guía hipocrática de la etiqueta médica, compuesta de cuatro tratados (350-300 a.c). Tópicos como la conducta profesional entre los médicos, modales en la cabecera de la cama, decoro y manejo de pacientes difíciles son abordados en estos textos.

Los mismos tratados Hipocráticos sugieren distinciones semánticas entre la ética y la etiqueta. La *Ética* se interpreta referida al sentido del deber moral y la conciencia personal en el contexto del practicante de la medicina y la *Etiqueta* se refiere a los modales y comportamiento que caracterizan al médico en su íntima relación con el paciente, estando a la cabecera de la cama.

1.1.2. LA ÉTICA MÉDICA DE LA MODERNIDAD

Desde la antigüedad, como se ha relatado, implícitamente en el acto médico se suponía que ciencia, valores y principios entraban en juego en el instante del acercamiento entre el médico y el paciente. Esto era percibido por el médico, el paciente y la sociedad. Nace entonces la necesidad de establecer consensos alrededor de conceptos como ética y moral y su posterior aplicación a la ética médica, siendo analizados desde la filosofía y las ciencias sociales en culturas y contextos diferentes.

Jhon Caius (1510-1573) insertó el término "*moralibus*" (moral) en el título de las normas del "Royal College of Physicians of London" (1518). Estas normas penalizaban a los miembros encontrados culpables de riñas con otros miembros practicantes, de robar a los pacientes o aquellos acusados públicamente de mala práctica. Después de 1563 los médicos practicantes caracterizaron estas normas como "normas éticas" (Baker & McCullough, 2009).

Antes del S. XIX existían maneras de regular la práctica médica, códigos y normas para el ejercicio de la medicina, enmarcados en cada cultura siguiendo su propio sistema de valores, pero no existía como tal historia de la ética médica o cualquier concepto similar (Baker & McCullough, 2009).

La expresión "ética médica" no era utilizada hasta el año 1803, cuando Thomas Percival (1740-1804) médico de Manchester, Inglaterra, introdujo el término en su libro "Ética Médica" como una descripción de los deberes profesionales de médicos y cirujanos hacia sus pacientes, sus practicantes y el público (Baker & McCullough, 2009).

Michael Ryan (1800-1841), obstetra irlandés educado en Edimburgo y Dublín, fue la primera persona en llamarse a sí mismo "profesor de ética médica". Escribió un texto dirigido a la historia de la ética médica, pensando que el conocimiento de la ética

médica era preliminar al entendimiento de la jurisprudencia médica, porque según lo afirmaba, la ignorancia de la ética médica era la principal causa de la deshonrosa conducta de los practicantes que terminaba en las cortes. Reconocía que en materia de ética médica “los únicos ensayos existentes eran los hechos por Gregory y Percival” (Baker & McCullough, 2009).

El enfoque de la ética médica dado por Gregory y Percival tuvo también sus detractores. Entre ellos es importante mencionar a Chauncey Leake (1896-1978), considerado voz influyente de su época entre historiadores de la medicina y de la ciencia. Leake concluye que la ética médica de Gregory y Percival, paradigma de la ética médica profesional y modelo del Código de Ética de la AMA (Asociación Americana de Medicina) era realmente etiqueta, reglas de gremio simulando ética. A las apreciaciones de Leake se sumaron muchos historiadores sociales; sin embargo movimientos posteriores en el surgimiento de la bioética, reinterpretaron los fundamentos de Gregory y Percival (Baker & McCullough, 2009).

A mediados del siglo XX el concepto de ética médica fue valorado de acuerdo a la distinción de la práctica médica “ética” de la “antiética” teniendo en cuenta escritos como el de Beecher o las prácticas de los médicos nazis e investigadores médicos. (Weindling, 2001, citado por Baker & McCullough, 2009).

Esta mirada ampliaba los horizontes de la ética médica, circunscrita a la relación médico paciente, vinculando el acto médico habitual con la investigación y el avance de la ciencia y creando la necesidad de reglamentaciones, hoy en día históricas como el Código de Núremberg.

1.2. DE LA ÉTICA MÉDICA A LA BIOÉTICA

En la segunda mitad del S.XX se vislumbra el nacimiento de la bioética; movimiento surgido de las humanidades médicas, inspirado en la ética médica tradicional y ampliado hacia los horizontes de la ética de la vida, con capacidad de enmarcar el análisis de los temas concernientes a la ética del pasado, presente y futuro; desde la

mencionada relación médico paciente, hacia la ética en investigación y la era de la biomedicina y la biotecnología.

En los años 1970's el movimiento de humanidades médicas tomó forma en los Institutos de humanidades médicas y programas establecidos en escuelas médicas en el Reino Unido, Estados Unidos y Suramérica. Los eruditos de la naciente bioética de los 1970's tenían una lectura diferente de los códigos de ética profesional, por ejemplo, Chester Burns del Instituto de Humanidades médicas y Edmund Pellegrino de la Universidad de Georgetown, encontraron insostenible la deslegitimación de la ética médica realizada por Lake. Demostraron que el texto de "Ética Médica" de Gregory y Percival, satisfacía todos los criterios de Lake para una "genuina ética médica" (Burns 1977, Pellegrino, 1985, citados por Baker & McCullough, 2009).

Otros eruditos asociados con el naciente movimiento de la Bioética consideraron la "Ética médica" como una real ética. Jay Katz escribió: "La ética médica se asienta en cuatro principios, (Beauchamp & Childress, 1999) de amplia significancia ética para la sociedad y la humanidad", enfocándose hacia la visión paradigmática de la ética médica occidental (Katz, 1989, citado por Baker & McCullough, 2009).

El término bioética se ligó en principio con preocupaciones alrededor de la relación del hombre con la tierra y los seres vivos. Fritz Jahr, teólogo alemán, en el año 1927 publicó un editorial en la revista Kosmos titulado "*Bio-ethik*", es decir, 'Bio-ética: una panorámica sobre la relación ética del hombre con los animales y las plantas'. Fritz Jahr mencionaba la importancia de un "imperativo bioético" que orientara correctamente el comportamiento del hombre con respecto a todos los seres vivos. En consonancia con esta concepción de la recién denominada "bioética", Aldo Leopold, ecólogo norteamericano escribe sobre la "ética de la tierra", vislumbrando una nueva moral para la conducta humana, a través del desarrollo de una ética ecológica (Sánchez, 2009).

En la década de los 1970's y con referencia al surgimiento del término "bioética" es pertinente mencionar, que inspirado en los escritos de Leopold y pensando una ética para la supervivencia del hombre basada en el conocimiento biológico, el médico oncólogo Van Rensselaer Potter publica en 1971 su libro "Bioethics, bridge to the

future” refiriendo el término “bioética” como “la ciencia de la supervivencia” (Reich W.T. 1993).

Los avances de las ciencias biomédicas comienzan a ser tema de preocupación en cuanto a los retos que impone para la medicina el análisis de sus posibilidades en torno a la manipulación de la vida y el papel de los valores humanos en la toma de decisiones conducentes al bienestar y perfeccionamiento del ser humano como especie. Sensibles a estas preocupaciones, el filósofo Daniel Callahan y el psiquiatra Willard Gaylin, en 1969 discutieron con científicos y filósofos alrededor de los avances de las ciencias biomédicas. Surge el "Instituto de Ética y Ciencias de la Vida", conocido más tarde como "Hastings Center". Éste, junto con el Instituto Kennedy, se convierten en epicentros de la bioética mundial. En este punto la bioética gira hacia un enfoque que vuelve a ser esencialmente médico (Sánchez F. 2009)

Tomando como referente la amplitud de la consideración del término “bioética” en histórico enlace con su nacimiento, la ética médica tradicional, inseparable del oficio médico desde la antigüedad, e integrada a la naciente visión de la ética de la vida, pudiera aparecer como su mejor antecedente.

Teniendo en cuenta la panorámica y no circunscrita visión de sus proclamadores, algunos consideran la “bioética” como una ética aplicada, relacionada con las decisiones morales y de la conducta en las ciencias de la vida. Ésta a su vez incorpora la ética médica, la cual llega a ser considerada como una subespecialidad de la bioética (ética biomédica) (Oxford Concise Medical Dictionary, 2010).

Bioética tampoco significa lo mismo para todos los que usan la palabra. La “ética global” para algunos, incluye la reflexión moral sobre la vida, la muerte, el medio ambiente y la humanidad futura. Hay también definiciones más restringidas, en las cuales se reduce la bioética a la tradicional ética de la medicina y las consecuencias morales del progreso técnico en las ciencias de la vida.

El surgimiento de la bioética no es ajeno a los cuestionamientos de la formación médica en las diferentes escuelas. Como tema de educación médica, la bioética irrumpe en el escenario de formación del médico solo hasta finales del siglo XX, ampliando los horizontes de su formación moral. Esta moderna ética biomédica según Mainneti, es

una moral crítica, formando parte del juicio clínico sanitario y democrática, con base en el pluralismo normativo y búsqueda de consenso (Mainetti, 1989).

Este tema será analizado en el siguiente capítulo.

CONCLUSIONES

La evolución de la ética médica a la bioética se constituye en un recorrido histórico, desde una ética médica tradicional, nacida de las necesidades de regulación de la medicina, un oficio antiguo, enmarcado dentro del contexto histórico y cultural de cada sociedad. Textos antiguos disertan sobre la diferencia entre ética médica y etiqueta médica, definiendo que la ética médica involucra el sistema de valores y principios dentro del ejercicio de la medicina y la etiqueta se refiere a las normas de comportamiento del médico a la cabecera de la cama.

Durante el siglo XIX la ética médica se interesa por las normas inherentes al ejercicio de la medicina dictando códigos y tratados que debían ser instruidos dentro de las escuelas médicas. Posteriormente en el siglo XX, la ética médica se involucra en los trabajos de la investigación científica médica, haciendo evidente la necesidad de regulación para el avance de la ciencia. Comienza a ampliarse su campo de influencia, sin desprenderse de su denominación original y de sus orígenes médicos.

En la segunda mitad del siglo XX surge el movimiento de la bioética. Una ética nacida de la necesidad de reflexión sobre los emergentes problemas de la vida, alentando su capacidad de análisis sobre preocupaciones de índole ambiental, política, económica y social.

La ética médica se incluye dentro de ésta nueva “ética de la vida”, asumiendo nuevos retos en la concepción del paciente, de la atención en salud, de la revolución técnico-científica y la creciente capacidad del hombre para manipular la vida.

Se constituye durante el siglo XX y XXI una bioética abierta y pluralista, atenta al análisis de problemas contemporáneos. Aquella que encuentra en la ética médica sus raíces, en el legado de principios antiguos, siendo llamada a confrontar los retos del avance de la medicina y a conciliar posiciones y liderar los debates en torno a ellos. Esta es la razón de su preponderancia sobre la mencionada “ética global”, la cual

indudablemente continuará su desarrollo en vista de la necesidad de análisis y reflexión sobre la problemática de la vida sobre el planeta.

CAPÍTULO II: BIOÉTICA: EDUCACIÓN MÉDICA Y DESARROLLO MORAL

INTRODUCCIÓN

El capítulo II presenta los antecedentes históricos sobre la enseñanza de la bioética en el mundo y en Colombia, de manera tal, que a partir de ellos se analiza la metodología prevaleciente para su enseñanza y se sugieren formas alternativas que pudieran lograr transformaciones de actitudes y carácter en los estudiantes de medicina, acordes al ideal de formación de médicos con elevados estándares científicos y humanos. Se problematizan las concepciones y formas de enseñanza de las humanidades y de la bioética, además de lo negativo del proceso de socialización médica al interior de los hospitales, donde no se tiene en cuenta la interiorización y replicación de modelos antiéticos en relación al ejercicio médico profesional. Finalmente se abre la reflexión sobre el preocupante declive evidenciado en los estudios, del proceso de desarrollo moral de los estudiantes al avanzar el nivel de formación en los pregrados médicos.

2.1. BIOÉTICA Y EDUCACIÓN MÉDICA

2.1.1. LA ENSEÑANZA DE LA BIOÉTICA EN EL MUNDO.

El consenso internacional actualmente afirma que la bioética debe ser parte del plan de estudios médicos en cualquier facultad de medicina. En los años 1970's únicamente el 4% de las escuelas médicas americanas pensaban la bioética como un curso formal. En 1994 todas las escuelas médicas en Estados Unidos incorporan la bioética como requisito del currículo médico (Fox and cols, 1995).

En 1998 el Consejo Médico general del Reino Unido introdujo los temas éticos y legales como componente nuclear de los currículos médicos. (Doyal & Guillon, 1998, citado por Sokol, D. 2007). En 1999 la Asociación Médica mundial recomendó que la ética médica y los derechos humanos fueran incluidos como cursos obligatorios en los currículos de las facultades o escuelas de medicina (Asociación Médica Mundial 51 asamblea, 1999). A través del tiempo, como históricamente se ha mencionado, la ética médica y posteriormente la "bioética", se ha incluido en los currículos de educación médica, buscando responder a las necesidades del perfil de formación de los buenos médicos.

Al interior de los currículos sus temáticas se han abordado en asignaturas como ética médica, deontología médica o medicina legal. Históricamente a la bioética se la ha venido vinculando al análisis de problemas normativos, morales y sociales dentro de los contextos del quehacer médico tanto investigativo como asistencial; además de inculcar la valoración de normas y exigencias de comportamiento médico.

El diseño de los cursos de bioética alrededor del mundo ha obedecido a la necesidad de complementar la formación de los profesionales, haciéndolos idóneos científica y humanamente; capaces además de realizar una correcta valoración objetiva y subjetiva del acto médico. En palabras de Alfredo Semberoiz: “el contrato social entre ambos (médico y paciente) demanda que la atención sea correcta, con respecto a normas y técnicas adecuadas y buena con respecto a valores y prioridades del paciente y de su comunidad.” (Semberoiz, 2012, p18).

El problema radica en la inadecuada valoración de los componentes objetivo y subjetivo durante el acto médico, ocurrido tras el fenómeno de la colectivización de la medicina y la estructuración de los actuales sistemas de salud, privilegiando la eficiencia en cuanto a número de pacientes y rentabilidad. Aparece la supremacía de la valoración objetiva apoyada en la creciente tecnología médica y el rezago del componente subjetivo, humano y compasivo. Al parecer el tiempo dedicado a la valoración de la subjetividad del paciente y la calidad de la atención, se contrapuso a la eficiencia, medida como el número de pacientes atendidos por espacio de tiempo y tarifa. Se desencadena así un desequilibrio al interior de la atención médica que finalmente desemboca en la crisis de la educación médica actual.

El paradigma de la educación médica se enfoca en el componente objetivo, guiado por una retórica positivista con un ideal “cientificista”, (Montgomery, 2006, citado por Semberoiz, 2012) que considera a los métodos y conceptos de las ciencias naturales como instrumentos privilegiados para el abordaje de las enfermedades e impulsa a su vez el aprendizaje del distanciamiento afectivo “*detachment*” como una manera de despojarse de todo rasgo de debilidad ante el sufrimiento humano (Engel, 1987, citado por Semberoiz, 2012).

Bajo este planteamiento, el componente subjetivo queda inmediatamente infravalorado y se promueve el ocultamiento de los rasgos de humanidad a favor del modelamiento de una figura rígida científica identificada con los ideales de la racionalidad del gremio pero en realidad, distanciada de los ideales del paciente. Esta postura acorde con el ideal del médico científico, y adaptada a las demandas del sistema de atención, comenzó a estructurarse como la única manera de enseñar y ejercer la medicina contemporánea. En contraposición, la figura del médico ideal, con vocación de servicio, solícito a proteger el mejor interés del paciente; aquél que brindaba el cuidado con humanidad y ganaba el aprecio de la sociedad por ejercer su oficio con pericia y dignidad, se fue convirtiendo en el referente del médico de la antigüedad.

Teniendo en cuenta que las escuelas médicas en la actualidad, se concentran en preparar a los estudiantes para su rol como clínicos, comienza a ser comprensible la consideración de que todo lo que escapa a la estructura ontológica de la medicina (dimensión biológica del cuerpo humano) es concebida como algo “externo” al quehacer médico. Entonces la historia, la sociedad y la ética quedan relegadas y desarticuladas, perdiendo la perspectiva al interior de los currículos de educación médica (Good, 1994, citado por Semberoiz, 2012).

Evidencia de lo anterior lo demuestran estudios como el realizado por Leget y Olthuis (2007) revelando que los estudiantes de medicina e incluso los médicos ya graduados, consideran la ética como algo importante, pero que en su trabajo profesional se vuelve irrelevante. Según los autores, esta percepción obedece a presuposiciones morales y culturales sobre la ética médica. La primera de ellas consiste en pensar que la ética médica es un asunto de sentimientos personales; este punto de vista emotivista trata la ética como un asunto privado quitándole su dimensión política en sentido filosófico.

La segunda presuposición según los autores es que los estudiantes piensan que algunos tópicos no tienen dimensión ética porque ya están cubiertos por la legislación, es decir, que las personas tienen derecho a pensar en temas éticos de acuerdo con sus creencias siempre y cuando no violen la ley. Este punto de vista sobrepasa la relación entre ética y ley.

El tercer problema es un extendido punto de vista consecuencialista, en el cual el significado de cualquier acto es limitado a sus consecuencias. Muchos estudiantes por ejemplo, no pueden distinguir entre poner fin a la vida (la muerte inducida por el médico) y cuidar del final de la vida (la enfermedad induce la muerte). Admiten la importancia de la distinción legal, pero no encuentran diferencias morales.

Un cuarto presupuesto se relaciona con las creencias religiosas de los estudiantes como base de sus actitudes y convicciones. Este concepto se mezcla con un concepto negativo de libertad para el análisis de situaciones éticas particulares (Leget & Olthuis 2007).

Estos cuatro presupuestos mencionados por los autores explican gran parte de las confusiones que tienen los estudiantes y médicos en ejercicio con respecto a la ética médica y bioética, dejando al descubierto las necesidades de abordaje de ciertos contenidos éticos, incluyendo formas de visibilizar los conflictos morales, esclarecer el sistema de valores y principios en juego en situaciones determinadas, delimitar lo ético y lo legal, y neutralizar preconcepciones para llevar a cabo debates libres y espontáneos.

Ante la debilidad manifiesta de la formación médica en humanidades y la estructuración de los perfiles médicos revestidos de objetividad, competencia y eficiencia; la reacción de los proyectos de reforma educativa médica a lo largo del siglo XX y hasta la fecha ha sido la insistencia en la búsqueda de un “equilibrio” entre el entrenamiento biomédico, “lo objetivo”, y la formación humana de los alumnos, “lo subjetivo” (Semberoiz, 2012, p20).

Esto implica en definitiva, un profundo análisis de las estructuras curriculares de las humanidades médicas y de manera especial, de la bioética, para diseñar su enseñanza, acorde, no sólo a las necesidades, sino a los ideales de la formación médica. Se mencionarán a continuación algunas directrices de importancia, dentro del proceso de enseñanza – aprendizaje de la bioética.

Históricamente, las recomendaciones acerca de contenidos mínimos para la enseñanza de la bioética, se dieron en Norteamérica, relacionados con el consentimiento informado, qué hacer con el paciente incompetente, el rechazo al tratamiento, el secreto profesional y cuidado de pacientes terminales (Culver, 1985). En España, la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica (ABFC) (1999) propone siete módulos básicos para su enseñanza: historia, fundamentación, metodología, relaciones asistenciales, principio de la vida, final de la vida e investigación, impartidos como introductorios, medio y profundización.

Otras recomendaciones para la enseñanza de la bioética, han sido aportadas por el bioeticista español Diego Gracia (1998) quien propone una “docencia de cuatro niveles” denominados preclínico, clínico, el propio de la residencia y el de las maestrías y doctorados. En el periodo preclínico según el autor, debe enseñarse la ética básica. En este punto la propuesta de Diego Gracia se complementa con lo afirmado por Siegler (1978) en cuanto que esta ética básica debe ser instruida por eticistas o filósofos y debe tener un componente de fundamentación y un componente metodológico. En el periodo clínico, la ética debe ser naturalmente clínica o aplicada y según Siegler (1978) debe ser instruida por médicos. Finalizando el pregrado, Gracia (1998) sugiere enseñar deontología médica dentro de la asignatura de medicina legal. Los otros dos niveles se refieren a la educación posgraduada, haciendo la diferencia entre la ética enseñada a los residentes de las especialidades y a la ética como especialización en maestrías y doctorados, finalizando con la educación continuada.

Lo anterior sugiere algunos de los contenidos mínimos que debe tener un currículo médico en bioética, y el perfil de quien debe instruirlos. Es necesario revisar además las metodologías de enseñanza. Hay que recordar que la bioética se instruye como una asignatura teórica en la mayoría de escuelas médicas y en este orden, no confronta sus postulados con las situaciones de la práctica clínica. Ésta se ha mencionado como una debilidad en su estructuración pedagógica. Al respecto, existen estudios que proponen la enseñanza de la bioética en la cabecera de la cama, apoyando el planteamiento de Siegler. “El aprendizaje de la ética médica en un aula de clase no puede compararse con el aprendizaje del sujeto en los pabellones. Las potencialmente estériles

discusiones sobre consentimiento informado o futilidad terapéutica, de repente toman sentido cuando se transponen al hospital” (Sokol, D 2007).

Roberts, Hammond y cols (2004) en sus estudios sobre profesionalismo y entrenamiento ético en educación médica, comparando las perspectivas de estudiantes de medicina y residentes, apoyan la mejor apropiación del conocimiento en rondas clínicas y por medio de la interacción con el paciente

Las ventajas de este método de enseñanza de la ética, según Sokol (2007) citando propuestas de William Osler, son varias: el estudiante se encuentra con casos actuales en el lugar donde ocurren y pueden observar situaciones por ellos mismos. La ética médica se hace menos abstracta o “salida de la realidad” y pueden apreciar mejor la relación entre técnica y ética. Además, los estudiantes, son testigos de la riqueza de las cuestiones éticas planteadas en la clínica y pueden mejorar su percepción moral, siendo menos propensos a la erosión de sus principios morales (Sokol, 2007).

Con respecto a la metodología de enseñanza de la bioética, en España, mencionan la necesidad de un equilibrio ponderado que complemente la enseñanza de la ética fundamental y clínica o modelo estándar y el modelo del casuismo que propone la enseñanza de los principios desde la realidad concreta (Sánchez, M. 1997).

Retomando lo mencionado por estos autores con respecto a lo pertinente de la educación en bioética dentro de las rondas clínicas en los Hospitales, Diego Gracia (1998) propone seguir la lógica de:

- Trabajar con grupos muy pequeños
- Absolutamente interactivos y participativos
- Con un estilo de enseñanza más práctico que teórico
- Con discusión continua de todo lo expuesto
- Utilizando el debate como método
- Durante períodos de tiempo muy prolongados
- Poniendo más énfasis en el análisis y mejora de la actividad cotidiana que en la resolución de dilemas extremos y excepcionales
- Buscando como objetivo la promoción de la excelencia

Según el autor, el manejo de conocimientos y habilidades, siguiendo ésta metodología logra alcanzar importantes objetivos de actitudes y carácter.

De esta manera en consideración a estas propuestas, se hace necesario un análisis programático y metodológico en busca de un redireccionamiento de la enseñanza de la bioética en muchas escuelas, que implementando un modelo integrado, se acerque al profesional sugerido en los perfiles de formación, es decir, con idoneidad científica y atención humana.

2.1.2. LA ENSEÑANZA DE LA BIOÉTICA EN COLOMBIA

Colombia asume la enseñanza de la ética médica al interior de los currículos siguiendo la legislación, cuyos antecedentes se remontan al decreto 2831 del 23 de septiembre de 1954, referente al código de moral médica, discutido y aprobado por la Asociación Nacional de Médicos Católicos Colombianos (AMEDIC). En 1977 la Asamblea Internacional de Colegios Médicos reunida en Perú consolidó el Código Latinoamericano de Ética médica, tomado también como referente de su época. En Colombia la legislación en materia de ética médica se constituyó a través de la Ley 23 de 1981, la cual se ha mantenido sin modificaciones hasta nuestros días.¹

La Ley 23 de 1981 en su artículo 47 cita como “obligatoria la enseñanza de la Ética médica en las Facultades de Medicina”. Sin embargo, para el nacimiento de ésta legislación colombiana, había poca literatura sobre ética disponible; aparte del mencionado *Código de ética médica de 1981*, se consultaban, según Sánchez, dos libros: *Deontología médica general*, de Gerardo Paz, publicado en 1955, y *Ética médica*, de Luis A. Vélez, publicado en 1988. (Sánchez F, 1990, citado por Díaz, E. 2013).

En la misma década de los ochenta, según el sacerdote Jesuita Alfonso Llano Escobar (1988) “tres desarrollos en Colombia se convirtieron en la esperanza de que la responsabilidad sería renovada en la práctica profesional de la medicina”:

El Código de Ética médica de 1981, el programa de ética médica de Ascofame (Asociación Colombiana de Facultades de medicina) y la creación del ICEB (Instituto Colombiano de Estudios Bioéticos). La creación de estos centros y programas respondía a la necesidad de estructurar la capacitación y enseñanza de la ética médica (Llano, A. citado por Díaz, E. 2013).

0. Sin embargo, en la actualidad se discute el Proyecto de Ley 024 de 2015, "Por medio del cual se crea el Nuevo Código de Ética Médica", el cual derogarí la Ley 23 de 1981, y cuyo senador ponente es Juan Manuel Galán Pachón.

En 1985 el *Centro para la ética médica* (creado en Ascofame) ofrecía cursos y seminarios sobre ética médica, principalmente para profesores de ética en las facultades de medicina y enfermería y otros profesionales de la salud (Mendoza, J, 2006, citado por Díaz, E. (2013).

Para finales de la década de los 1980s, existía claridad en el requerimiento de enseñar ética médica y bioética en los currículos médicos, sin embargo, era necesario clarificar y unificar la manera como se llevaría a cabo.

A mediados de 1987 fueron invitados todos los docentes de ética médica del país a un encuentro organizado por la Universidad El Bosque y patrocinado por ASCOFAME con el objetivo de compartir experiencias sobre la enseñanza de la ética médica. ASCOFAME buscaba revisar los pensum, y abrir la posibilidad de unificar los currículos de ética médica, ya que se enseñaba de maneras diferentes en las facultades de medicina: algunas hablaban de ética, otras de deontología, otras apenas abordaban la bioética y las metodologías eran diversas incluyendo seminarios (Escobar, J. 2002).

En 1985 los creadores del ICEB, el sacerdote jesuita Alfonso Llano, el Dr. Fernando Sánchez Torres y el Dr. Juan Mendoza Vega, comienzan a considerar el cambio de la ética médica a la bioética dentro de los currículos médicos (Escobar, J. 2002).

Alfonso Llano Escobar, pionero de la Bioética en Colombia, la definió como "el uso del diálogo interdisciplinario para formular, articular y, en la medida de lo posible, resolver algunos de los dilemas que plantea la investigación y la intervención sobre la vida, la salud y el medio ambiente". Además describió sus principales características convirtiéndose en los posteriores fundamentos para la comprensión de la bioética en Colombia y que hoy en día siguen siendo un modelo reproducido por muchos bioeticistas colombianos (Llano, A, citado por Díaz, E. 2013).

Las mencionadas características de la bioética son:

1. Se originó para proteger la vida humana y el medio ambiente.
2. Es interdisciplinaria.
3. Ofrece nuevas soluciones para nuevos problemas.
4. Apela a la razón y al buen juicio moral en vez de apelar a la autoridad de cualquier escuela de filosofía o religión.
5. Tiene el objetivo práctico de guiar el proceso de toma de decisiones en vez de ser una discusión sobre elaboradas teorías.
6. Busca humanizar el escenario clínico para promover los derechos de los pacientes.
7. Se integra con las ciencias biomédicas para humanizar las profesiones de la salud.
8. Regula la investigación biomédica, pero no la práctica médica, que sería tarea de la ética médica.
9. Se expresa principalmente en centros académicos de bioética y las comisiones nacionales de bioética.
10. Está interesada en los nuevos problemas que surgen de los desarrollos biomédicos y estudia temas tradicionales como eutanasia o aborto, desde nuevas perspectivas.

Sobre la aplicación de la bioética a la educación médica, según A. Llano, (2007) se consideran los siguientes puntos:

- Contar con un docente médico, con estudios de posgrado en Bioética, a cuyo cargo estuviera la enseñanza de la Bioética médica
- Poner en el programa o currículo de la carrera de medicina uno o dos semestres de Bioética Médica, con un mínimo de dos clases semanales. El programa de estos cursos o semestres debe constar de:

- Una introducción a la bioética general: Historia, interdisciplinariedad, fundamentación, dignidad de la persona humana, los cuatro principios de la bioética, toma de decisiones y Comités de Bioética
- Problemática: Temas fundamentales de Bioética Médica: presentación de cada problema en sesión aparte cada uno, seguida de discusión bajo la dirección del docente
- Casuística: Sin ir a reducir la enseñanza de la bioética al estudio de casos, si conviene confirmar la problemática y su discusión con el estudio de uno o dos casos por problema
- No sobra advertir que la Bioética no suele ser confesional, sino laica o neutral y que debe respetar la forma de pensar de las diversas confesiones religiosas sobre los diversos temas o problemas que se presenten en clase para su discusión.

Aún con la claridad de las definiciones de A. Llano, hay que decir que la bioética pretende ambiciosamente, como lo señala León Correa (2008), cambiar actitudes y comportamientos, incidir en la relación médico-paciente transmitiendo valores éticos apropiados y transformar los modelos de asistencia en salud.

Sin embargo, es evidente que en la mayoría de los currículos médicos colombianos la bioética se enseña con diferentes énfasis y lejos de las ambiciosas pretensiones anteriormente descritas, principalmente por el escaso vínculo entre las humanidades y la formación biomédica y clínica, previamente mencionada.

Algunas Universidades Colombianas proponen, por ejemplo, la enseñanza de ética médica y profesionalismo (Universidad de los Andes); relación médico paciente en la práctica clínica y acto médico (Pontificia Universidad Javeriana). Otros currículos conforman Seminarios de Bioética (Universidad El Bosque); formación en ética y valores, o ética y derecho médico (Universidad del Rosario) y bioética (Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia).

Con el fin de abordar las temáticas y metodologías utilizadas en la formación de pregrado en medicina en la asignatura de bioética, y como parte de mi investigación en el marco de ésta tesis de maestría, se realizó una entrevista al docente titular de bioética durante 6 años (entre 2007 y 2013) en la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia en Tunja.² El Dr. Juan Carlos Espinel, cirujano oncólogo, con instrucción en bioética a través de la especialización en Educación Médica (CES ASCOFAME y Universidad de la Sabana) comenta lo siguiente:

Con respecto a la instrucción de bioética en las áreas clínicas, sin duda considera que es necesario enseñarla en los semestres clínicos porque según menciona, los estudiantes comprenden mejor la bioética vinculándola a sus propias vivencias en el hospital y en los semestres clínicos “los estudiantes son menos intuitivos y poseen más conocimientos” (Espinel, 2013). Sin embargo, según su apreciación, no considera necesario tener un profesor de bioética dentro de las revistas médicas del hospital, como lo sugieren estudios citados en otras partes del mundo.

Sugiere que todos los docentes del hospital “deben tener formación específica en bioética, así como en epidemiología” (Espinel, 2013).

2. Entrevista a Juan Carlos Espinel. Tunja, 10 de septiembre de 2013.

Con respecto a los conocimientos mínimos básicos sugiere una doble formación, “con una base filosófica sobre ética y moral y una base de conocimientos en áreas particulares, por ejemplo en temas como eutanasia, aborto, manipulación de embriones, distribución de recursos, entre otros” (Espinel, 2013). Se instruyen los principios éticos básicos sobre los cuales opina que “la mayoría de los estudiantes los aplican en sus rotaciones clínicas y posteriormente en su práctica profesional” (Espinel, 2013).

De manera llamativa, menciona que la bioética trasciende el currículo en cuanto a la educación moral, estableciendo el vínculo hacia ámbitos de aplicación general. “La formación ética no se limita a las aulas de medicina. La bioética hace parte de la formación fundamental del médico; además la enseñanza de la ética trasciende las asignaturas y va hacia el comportamiento social” (Espinel, 2013).

En cuanto al perfil del profesional que debe estar al frente de la enseñanza de bioética sugiere que “siempre debe ser un médico, mejor si es médico y filósofo y si tiene actividad clínica es lo ideal” (Espinel, 2013). Además considera que los profesores de las especialidades médico quirúrgicas deberían tener alguna formación en bioética y poner especial cuidado en su rol como modelo para los médicos en formación.

Caracteriza al buen médico, según su apreciación, como aquél que aplica correctamente los principios (autonomía, beneficencia, justicia), además de poseer sabiduría, compasión y empatía. La bioética, según dice, “no es la que hace buenos a los médicos, ésta facilita la formación de buenos médicos, pues ha habido muchos buenos médicos antes de la estructuración de la bioética en los currículos. Si se trae una buena educación moral y valores desde la familia se puede ser buen médico” (Espinel, 2013).

Finalmente recomienda considerar a la bioética como una asignatura transcurricular y que todos los docentes sean conscientes de la importancia de la misma en la formación de futuros médicos. (Espinel, 2013).

Se deduce de lo expuesto que la educación en bioética en las escuelas médicas Colombianas tiene un abordaje predominantemente teórico, siguiendo algunos de los postulados propuestos por A. Llano, (2007), impartida principalmente en las áreas clínicas, pero no vinculada al hospital sino al aula de clase. Siguen siendo retos para la bioética en Colombia inducir el cambio de actitudes y comportamientos mencionados por León Correa (2008), al igual que el estímulo continuo a la educación moral y su trascendencia hacia conceptos como el de ciudadanía.

2.2. BIOÉTICA Y DESARROLLO MORAL

Curricularmente como se ha mencionado, la bioética se encuentra en relación con las ciencias humanas, las cuales se imparten dentro de la formación médica en búsqueda de la integralidad, bajo la premisa de que el buen médico es aquél que corresponde a un médico “integral”.

En la educación médica de pregrado es necesario analizar la base curricular predominante, correspondiente al modelo Flexneriano, para comprender las dificultades de la mencionada “formación integral”. Los informes del pedagogo Abraham Flexner (1910) tenían el propósito de incorporar en el currículo médico los progresos científicos de la época. Flexner comparó los sistemas de enseñanza en Estados Unidos y Canadá encontrando falencias en los programas y orientación al lucro. Comparando los sistemas británico y alemán, realizó un informe, conocido hoy como el “Informe Flexner” (1910), cuyas premisas fueron incorporadas por facultades de medicina no sólo de Estados Unidos, sino en todo el mundo. El programa de Flexner, corresponde, según Engel (1978), a una línea de pensamiento denominado “positivismo sofisticado”, considerando que “el clínico debe manejar hechos pertenecientes a dos categorías diferentes: la química, física y biología, que le permiten aprehender los hechos de una categoría; pero para encarar los más sutiles de la otra, necesita un aparato perceptivo y valorativo diferente. La preparación para esto último es muy dificultosa, pues debe apoyarse en [...] una amplia y variada experiencia cultural” (Flexner, 1910, en Engel, 1978, citado por Semberoiz, 2012).

Las propuestas de Flexner según Engel (1978) se aplicaron de manera incompleta y sesgada en las facultades de medicina (Engel 1978, Ludmerer 2010, citado por Semberoiz, 2012) como resultado de la conexión de sus propuestas con la metamorfosis de la práctica médica de los últimos dos siglos. Engel subraya que la conformación de la medicina científica del S.XIX depende de una reconceptualización de la enfermedad impulsada por los propios médicos y no simplemente por el desarrollo de las ciencias naturales de la época, como lo sugería Flexner. El cambio fundamental

en el ejercicio médico es “un modelo de medicina orientado a la curación de la enfermedad y ajeno al cuidado de los síntomas del paciente” (Khushf, G 1997, citado por Semberoiz, 2012)

Sumado a la reconceptualización de la enfermedad, según lo explica Rothman (1991), el modelo de relación médico paciente sufrió cambios drásticos durante el S. XX. Desde 1945 y posterior a 1960 se pasó de un modelo de visita en el domicilio, hacia médicos que incrementaron su eficiencia e ingresos haciéndose hábiles de atender muchos pacientes en menos tiempo. Los avances biotecnológicos de la segunda mitad del S.XX ofrecieron al paciente acceso a las crecientes tecnologías de diagnóstico y tratamiento, a la vez que ascendía también la especialización de médicos y centros de cuidado. El efecto final en la atención fue remover a los pacientes de su entorno familiar y privar al médico del conocimiento del ambiente del paciente. En términos reales y simbólicos, según el autor, médicos y pacientes se movieron aparte. No sólo el anonimato del médico y del hospital, sino el nuevo estilo de la práctica médica hicieron imposible mantener un lazo íntimo y personal entre el paciente y el proveedor de cuidado. (Rothman, 1991).

Siguiendo esta argumentación, el ideal del médico integral o médico humanista, definido por Pellegrino (1974) como “un médico que posee una educación refinada y al mismo tiempo experimenta una profunda compasión ante los enfermos”, no encajaba en el nuevo modelo de prestación de salud, correspondiente a médicos especialistas, empleados en sistemas de atención con ánimo de lucro y centros de atención especializados y eficientes.

Las escuelas médicas respondieron curricularmente a las exigencias de formación para el ejercicio médico dentro de los modernos sistemas de salud, intentando mantener un equilibrio entre la formación biomédica y humanística, teniendo en cuenta, las exigencias éticas inherentes al ejercicio médico. Se suponía que los componentes curriculares de las humanidades, deberían desarrollar la estructura moral y los valores

característicos del buen médico entregando el perfil esperado del profesional, adaptable al sistema y a las exigencias éticas del contexto.

Sin embargo, como se mencionó previamente, el problema en los currículos médicos era la desarticulación del componente biomédico o fáctico frente al componente de las humanidades, y según Delia Outomuro (1999), la implantación menor o nula de asignaturas pertenecientes a ellas (antropología y sociología médica, comunicación y lingüística médica, epistemología y ética médica) dentro de la estructura curricular. Así, los currículos médicos cumplían en gran medida con la formación del estudiante en sus competencias cognitivas (información necesaria para analizar y fundamentar posiciones) y procedimentales (desarrollo de habilidades y destrezas) dejando de lado las actitudinales (desarrollo de actitudes de tolerancia, respeto y discusión racional). Outomuro (1999). Fundamentalmente, según la autora, esta divergencia de los componentes biológicos y de las humanidades, distorsiona la formación integral del médico y deja de lado el abordaje integral del paciente.

El cambio de los modelos de asistencia médica, sumado a la debilidad en la formación en humanidades al interior de los currículos médicos, dejaba a los deseados médicos integrales sin un sustento real. Las escuelas médicas tampoco debían descansar en las humanidades el adecuado desarrollo moral y el afianzamiento de los valores del estudiante, ya que se parte de considerar, que éste ingresa con un sistema de valores formado en su familia y enmarcado en su cultura, el cual define hasta el momento del ingreso a la universidad sus parámetros de conducta. La impronta en el comportamiento de los médicos en formación además, se ha vinculado al proceso de socialización médica durante la carrera, y de manera decisiva ésta socialización y el importante e influyente currículo oculto, son responsables en gran parte de la formación del carácter de los profesionales.

En este punto, aun cuando el estudiante ingrese a la Universidad con un adecuado sistema de valores y principios, es expuesto al proceso de socialización médica y al currículo oculto. En su definición, el currículo oculto hace referencia a “la presencia de aprendizajes inesperados e incluso opuestos a los establecidos por los planes oficiales de enseñanza” (Gvirtz y Palamadessi, 2000, citados por Alfredo Semberoiz, 2012) lo

cual representa grandes implicaciones no sólo durante el proceso de socialización médica, sino en el desarrollo moral del estudiante.

Este currículo está presente durante toda la formación médica y se hace más influyente a medida que progresa el pregrado debido a que la “atmósfera moral” de la socialización médica, se encuentra unida a la cultura prevaleciente en los hospitales” (Cribb y Bignold, 1999, citados por Alfredo Semberoiz, 2012).

De esta manera, en el proceso adaptativo que deben lograr todos los estudiantes de medicina, se comienzan a evitar juicios morales alrededor de las conductas cotidianas. En palabras de Semberoiz “los estudiantes comienzan a justificar conductas dignas de reprobación, son indulgentes hacia comentarios despreciativos sobre los pacientes y conviven con una jerga y humor sarcástico que tiene a los pacientes como blanco predilecto” (Semberoiz, 2012 p43). Además, su participación en estos juegos de humor da a los alumnos la sensación de formar parte del equipo clínico y confiere consuelo a la hostilidad mostrada con los recién llegados (Parsons y cols, 2001, citados por Semberoiz, 2012).

Los estudiantes también empiezan a incorporar sin reflexión un “*ethos*” de grupo con reglas tácitas similares a lo militar. (Hundert, Hafferty y Christakis, 1996, citados por Semberoiz, 2012,). Por ejemplo, al interior de los Hospitales existen reglas como la “*regla del silencio*” (Komer 1987 en Dwyer, 1994, citados por Semberoiz, 2012), interpretada como “cerrar la boca y quedarse quieto”, ésta es la actitud corriente de los alumnos frente a los conflictos morales del aprendizaje médico. Las principales razones para que impere esta regla del silencio, según los autores mencionados, son el temor a sufrir represalias por comentarios y el deseo de pertenecer al equipo médico sin generar obstáculos (Caldicott y Faber Langendoen, 2005, citados por Semberoiz, 2012).

En esta conformación del “*ethos*”, se suma el maltrato al que son sometidos los estudiantes, especialmente por docentes y residentes, considerado parte inevitable del aprendizaje médico. Estos comportamientos suscitan actitudes de cinismo, indiferencia y encubrimiento; además de generar una postura profesional distanciada

emocionalmente de la persona enferma y de cualquier otra “por debajo” del estudiante en la jerarquía de la educación médica (Semberoiz, 2012, p58). Este concepto se relaciona con el de “interés distanciado”, legado de William Osler, quien sostenía que los médicos debían mantener una postura de “imperturbabilidad” para asegurar el discernimiento clínico y la eficacia terapéutica, haciendo una tendencia omnipresente en médicos y estudiantes de medicina el desplazar las emociones relacionadas con sus actividades específicas. De esta manera y según estos autores, en la opinión generalizada de los médicos “la actitud distanciada del alumno que disecciona un cadáver humano debe ser idéntica a la del clínico frente a un paciente”. Así la “deshumanización” de la medicina según ellos, no queda confinada al campo asistencial, sino que la formación médica de pregrado es el terreno donde ese fenómeno hunde sus raíces”. De esta manera, se completa la conspiración mencionada por (Bleakley, 2006, citado por Semberoiz, 2012) contra la atmósfera de hospitalidad, indispensable para el cuidado del paciente.

Es de anotar que parte del problema se encuentra en el hecho de que la educación médica delega en este currículo oculto la enseñanza del profesionalismo médico (Huddle, T, 2005, citado por Murrell, 2014) lo cual se contrapone a los logros obtenidos en los cursos que involucran la discusión o práctica de la ética con un gran efecto en el juicio moral (Schlaefli, A. 1985) (Jang, RW. 2003).

De la misma manera en que Diego Gracia (1998) afirma que el “Currículum oculto” médico debilita o neutraliza las disposiciones y actitudes necesarias para llevar a cabo la deliberación sobre los asuntos éticos; el currículo manifiesto, relacionado con los temas de ética médica y bioética es percibido por los estudiantes como disociado de la realidad e incluso contradictorio. Un estudio realizado en Bogotá en 2005 durante el curso de “Bioética Clínica” en noveno semestre, en la Facultad de Medicina de la Universidad Javeriana, permitió concluir que hay una discrepancia entre lo enseñado y lo vivido por los estudiantes (Suárez, F. y Díaz, E. 2007).

Según los mencionados autores, hay cambios substanciales respecto a los aspectos éticos durante la carrera a pesar del poco espacio real que se le da al tema en las

escuelas de medicina. Aun así, se siguen enseñando los temas de ética médica y bioética como si se tratara de un tema “técnico” de menor importancia o como asignaturas de “relleno” (Suárez, F. y Díaz, E. 2007).

Un ejemplo de lo enunciado lo constituye un estudio realizado en la Universidad de Ciencias Médicas de Teherán (Irán) en el cual, estudiantes de medicina enfrentados a situaciones estresantes, tales como, inadecuado uso de lenguaje y conductas inapropiadas hacia el paciente, no las consideran en relación con tópicos éticos y por este motivo les restan importancia (Fard et al, 2010).

En cuanto al nivel de conocimientos en bioética, un estudio realizado en dos Universidades de Chile, con base en un cuestionario, reveló que los alumnos no poseían un conocimiento suficiente o por lo menos aceptable sobre bioética. Además encontró que los estudiantes jóvenes (de primeros años) se adhirieron más a los principios éticos, valorando la justicia en la relación con los pacientes y la integridad moral en los médicos. Los estudiantes mayores (de últimos años) y posgraduados enfatizaron en el rol profesional de los médicos, la eficiencia terapéutica, actitudes paternalistas sobre los pacientes, el prestigio social y la remuneración económica. Este estudio concluyó que hay una erosión progresiva de los principios humanísticos a lo largo de los estudios médicos, dando como resultado médicos con apego a modelos de competencia profesional, reconocimiento social y una ética de control institucional (Kottow, M & cols, 1993).

Con respecto a la mencionada erosión de los principios humanísticos, otro estudio confirma que ésta tiene lugar durante la formación de pregrado. Rennie y Rudland (2003) en la Escuela de medicina de la Universidad de Dundee (Escocia) encontraron diferencias significativas en las actitudes de estudiantes de primero a quinto año con respecto a mala conducta, relacionada con falsificación de firmas de los médicos, escribir el examen físico como normal, cuando éste no se realizó, y volver a presentar trabajos previos para ser evaluados. Una gran proporción de estudiantes de primer año calificaron como incorrectas las conductas y querer evitar incurrir en ellas, en comparación con los estudiantes de los otros años. Estos hallazgos reflejan un cambio en las actitudes de los estudiantes y su conducta al progresar el pregrado, que según los autores, podría explicarse por la experiencia educativa, dada por el ambiente, el

método y las presiones no intencionales puestas sobre los estudiantes para incurrir en estas conductas. Finalmente resaltan la importancia de desarrollar estrategias para afianzar actitudes y conductas apropiadas.

Estudios como éste, apoyan lo sugerido por Fox (1995) en cuanto a afirmar que “las escuelas médicas actualmente deshumanizan a los estudiantes de medicina”. Advierten también los autores, que aunque el razonamiento moral puede no ser predictivo del comportamiento real, al parecer, las escuelas médicas atrofian el desarrollo de los estudiantes en términos de razonamiento moral (Self, DJ, Baldwin DC. 1998).

Los autores postulan que el razonamiento moral es parte de la conducta ética, y se preguntan si las escuelas médicas en lugar de desarrollar la integridad y la honestidad en los estudiantes, inadvertidamente promueven la deshonestidad y la pérdida de integridad. La preocupación no es únicamente la replicación de conductas y actitudes inapropiadas en el pregrado, sino que estas actitudes y comportamientos sean inculcados dentro de la práctica médica.

En su estudio sobre “Caracterización del razonamiento moral en la práctica clínica en relación con el proceso de formación médica...” Escobar, H. Díaz, A. y cols. (2010) evocan la definición de Pellegrino (1974) del médico integral, como aquél que “tenga amor por el conocimiento, un alto compromiso con el cuidado de los pacientes, respeto por sus colegas y una actitud crítica y participativa frente a los problemas de la comunidad”. El logro de éste ideal depende según los autores en buena parte de que el estudiante haya logrado un adecuado desarrollo moral durante su proceso de formación, que le permita la autorregulación necesaria en todas sus actuaciones como profesional (Escobar, H. Díaz, E. y cols, 2010).

Para abordar lo problemático del proceso de desarrollo moral de los estudiantes de medicina, varios estudios han observado un incremento por debajo de lo que se esperaría en la capacidad de razonamiento moral de los estudiantes a medida que éstos avanzan en su proceso de formación. En un estudio realizado en Canadá se utilizó un instrumento basado en la escala de desarrollo moral de Kohlberg (1989) el *MJI* (Moral Judgment Interview), y se demostró que después de tres años de educación médica no

sólo no hubo progreso, sino incluso retroceso en la forma como razonaban los estudiantes frente a diversos problemas de carácter moral en el contexto clínico. (Patenaude, J. Niyongsenga, T. Fafard, D. 2003, citados por Escobar, H. Díaz, E. y cols, 2010)

Apoyando ésta hipótesis, estudios como el realizado por Murrell (2014) en la Universidad de Tennessee (USA) demostró que los estudiantes de primero a quinto año de medicina no evolucionaban en su desarrollo moral, permaneciendo al avanzar la carrera en el estadio convencional de Kohlberg, explicado posiblemente, por el apego a las reglas de funcionamiento del Hospital, lo cual a su vez no permite llegar al estadio posconvencional en cuanto a pensar en el mayor bienestar para el paciente.

Branch (2000) (citado por Murrell, 2014) teorizó que la pérdida de desarrollo moral de los estudiantes de medicina se relacionaba con presiones percibidas hacia la conformación de la cultura de las guardias médicas. De manera similar Wiggleton et al (2010) y Hren et al (2011) explicaron el distress moral de los estudiantes como resultado de la jerarquía encontrada en los Hospitales, más que de los cambios experimentados durante el cuidado del paciente. Cualquiera sea la causa, el hecho de que los estudiantes de medicina procesen la toma de decisiones médicas en el estadio convencional, más que en el posconvencional, revela un problema significativo y debe ser causa de preocupación (Murrell, 2014).

Con el interés de investigar el comportamiento de los estudiantes de medicina en nuestro medio y alimentar el estado del arte sobre el tema, se realizó, en el marco de ésta investigación, la aplicación de la “Escala C de razonamiento moral” (Escobar, H. Páramo, L. y cols, 2009) en estudiantes de medicina de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, en Tunja. Esta escala ha sido previamente validada y aplicada en una muestra de estudiantes de la Pontificia Universidad Javeriana. Algunos hallazgos importantes de la citada investigación demuestran formas complejas e interesantes en las que se desarrolla el razonamiento moral durante la carrera. El razonamiento bioético no parece tener relación con la asignatura formal de la carrera de Medicina y sí más con la experiencia particular respecto del semestre o con la cohorte

etaria. La edad y el género son variables que no se tomaron en cuenta para el análisis en este estudio. (Escobar, H. Díaz, E. y cols, 2010).

Teniendo en cuenta las particularidades del razonamiento moral de los estudiantes, las cuales no se relacionan con el avance de los semestres, y con especial atención en la desvinculación del razonamiento moral con la asignatura de bioética, se plantea la presente investigación, con la intención de presentar el análisis de las variables no contempladas (edad y género) y comparar el comportamiento de los estudiantes de pregrado de medicina de una institución pública (Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia) con referencia al Instrumento “Escala C de razonamiento moral”.

De esta manera, considerando las categorías psicológicas y bioéticas planteadas por el instrumento “Escala C de razonamiento moral”, se llevó a cabo el análisis de la edad, el género y la relación de la asignatura de bioética en el currículo, según el avance de los semestres clínicos. El instrumento fue aplicado a estudiantes de sexto semestre, antes de cursar bioética; luego a los de séptimo semestre, quienes cursan bioética; y en octavo semestre posterior al curso de bioética, permaneciendo en sus rotaciones clínicas hospitalarias. Lo anterior nos brinda el análisis del razonamiento moral con relación a la ubicación curricular de la bioética y las demás variables mencionadas. Sus resultados serán motivo de análisis en el siguiente capítulo.

CONCLUSIONES

La educación médica en bioética como se encuentra instaurada no logra articular sus competencias de predominio cognitivo con el desarrollo moral del estudiante, lo cual permite que el proceso de socialización del estudiante al interior de los hospitales, con su “*ethos militar*”, jerarquizado, en donde ejerce un gran peso el currículo oculto, predomine en la conformación de su carácter profesional y explique la notable “deshumanización de la medicina”.

Las directrices de la enseñanza de la bioética en los currículos médicos, además de considerar lo propuesto por autores como Diego Gracia y Alfonso Llano, debe

acompañarse de métodos diversos para fortalecer las actitudes y el carácter del estudiante, estimulando la reflexión constante sobre tópicos éticos particulares.

Integrar la enseñanza de las humanidades, y dentro de ellas la bioética, a los currículos médicos implica tener profesionales en las áreas básicas, estableciendo vínculos con la historia y evolución de la medicina. De la misma manera, en las áreas clínicas los profesionales deben ser capaces de articular constantemente los contenidos de la bioética a la cotidianidad del hospital, aprovechando cada contexto para el aprendizaje y estímulo del desarrollo moral del estudiante.

Los cambios en la enseñanza de la bioética y la verdadera articulación de las humanidades dentro de los currículos médicos, posibilitarían además, que los médicos confrontaran la división mencionada por Rothman, del mundo laico o no experto y del mundo médico o experto, en el cual viven (Rothman, 1991, p128). Su incursión en los procesos de construcción social de la medicina finalmente tendrían impacto en la forma como los médicos desean dignificar y optimizar la prestación de sus servicios e indudablemente una mejora en la manera de ejercer el cuidado de la vida y la salud a las comunidades.

El desarrollo moral de los estudiantes de medicina, tiene como base el sistema de valores enmarcado en su familia y su cultura, el cual, enfrentado al proceso de socialización médica y el currículo oculto en el pregrado, logra transformarlo en un sistema adaptativo de baja moral, con nuevas reglas y juicios que enmarcan el ejercicio clínico y los modelos de relación en la medicina “deshumanizada”.

CAPÍTULO III: ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DEL RAZONAMIENTO MORAL, Y SU RELACIÓN CON LA FORMACIÓN EN BIOÉTICA EN PREGRADO

INTRODUCCIÓN

En este capítulo se presenta el análisis de la aplicación de un instrumento “Escala C de caracterización del razonamiento moral en estudiantes de medicina” el cual, como se mencionó, fue ajustado y validado en una muestra de estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá (Escobar y cols, 2009). Para los objetivos de este trabajo, el instrumento fue aplicado a una muestra de estudiantes de medicina de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, en Tunja, para establecer similitudes y diferencias en el razonamiento moral, teniendo en cuenta variables como el sexo, semestre, edad y su relación curricular con la asignatura de bioética.

3.1. CATEGORÍAS DE RAZONAMIENTO MORAL.

El instrumento “Escala C de caracterización del razonamiento moral en estudiantes de medicina” se creó en la relación interdisciplinaria de la bioética y la psicología abordando el proceso de toma de decisiones, en términos de cómo los médicos elaboran su trabajo clínico bajo proposiciones morales que poseen un contenido cognitivo.

El instrumento valora las categorías: altruismo, contrato confianza y justicia en el intercambio, conciencia, descentración del interés propio y adopción de roles; de carácter psicológico, y las contrasta con categorías de carácter bioético como respeto por la dignidad, beneficencia, confidencialidad, justicia y deber de cuidado.

Un adecuado razonamiento moral debe coincidir con una correcta valoración de las mencionadas categorías. Algunas de sus definiciones se citan a continuación, teniendo especial consideración de los principios de beneficencia y deber de cuidado, en atención a su antigua relación con el acto médico y la práctica clínica.

El altruismo se refiere a la búsqueda del beneficio del otro. Se define como la acción moralmente correcta llevada al extremo, la cual, tiene consecuencias favorables para

todos, excepto para quien la ejecuta. (Motuchi, 2001 citado por Escobar, H. Páramo, L y cols, 2009).

El contrato, la confianza y la justicia en el intercambio exigen acuerdos sociales fundantes de la sociedad. Corresponde al actuar y responder de acuerdo al quehacer desde la práctica médica (Suárez, Giovanni & Escobar-Melo, 2007). El contrato social corresponde al acuerdo que existe en una comunidad para obedecer las normas que protegen la vida o la libertad, donde se impone la obligación moral de no aceptar las violaciones de éstas y de enfrentarse a ellas (Kohlberg, 1992, citado por Escobar, H. Páramo, L. y cols, 2009).

La justicia se refiere a la distribución equitativa de los derechos, beneficios y responsabilidades o cargas entre todos los miembros de una sociedad. (Escobar, H. Páramo, L y cols, 2009).

La conciencia es la norma moral que facilita los procesos de reflexión y la razón que puede juzgar la bondad o maldad de una acción desde una perspectiva constructiva (Simón, 2001, citado por Escobar, H. Páramo, L y cols, 2009). La conciencia es el máximo juez al que el individuo puede acudir para determinar lo que está bien o mal.

En la descentración del interés propio, la acción no está mediada por el interés y beneficio individual sino el colectivo. La adopción de roles se presenta como la capacidad de toma de perspectiva diferente a la propia (Suárez, Giovanni & Escobar-Melo, 2007).

Dentro de las categorías de tradición bioética contempladas se encuentran la *dignidad humana* como un criterio ético fundamental que consiste en el respeto del ser humano en cuanto tal, como ser autónomo llamado a autogobernarse mediante reglas racionalmente establecidas. (Escobar, H. Páramo, L y cols, 2009).

La *confidencialidad* aparece en el marco de las relaciones entre profesionales de la salud y pacientes, como expresión del respeto hacia las personas, a sus derechos y a la no discriminación (Suárez, Giovanni & Escobar-Melo, 2007).

Razonar moralmente en situaciones clínicas, implica como se evidencia, tener diversos valores referenciales. Entre los valores indispensables para alcanzar la madurez moral y que deberían estar presentes entre quienes ejercen la medicina, estarían al menos estos cuatro: justicia, autonomía, responsabilidad y compasión (Cortina, A. 2013).

3.1.1. BENEFICENCIA

En la ética médica antigua, uno de los principios morales más importantes era “primum non nocere” ‘lo primero es no hacer daño’. Este principio es considerado el principio fundamental de la tradición hipocrática. El Juramento Hipocrático manifiesta la obligación de los profesionales tanto a la no maleficencia como a la beneficencia (Beauchamp & Childress, 1999).

El deber moral no es sólo no hacer daño al prójimo, sino también ayudarlo y beneficiarlo. Esta idea es especialmente importante para los profesionales de la salud, puesto que su objetivo es hacer todo lo que esté a su alcance para ayudar a la gente que lo necesita. En una nueva interpretación de los principios morales en el mundo de hoy, lo beneficioso o perjudicial para el paciente lo definen los profesionales de la salud y el propio paciente (UNESCO, 2000).

La beneficencia se diferencia de la no maleficencia en que las reglas de no maleficencia son prohibiciones negativas de acción que deben ser obedecidas imparcialmente y pueden ser más fácilmente convertidas en prohibiciones legales a determinadas normas de conducta (Beauchamp & Childress, 1999). Así se establecen los mínimos que han de regir la vida en sociedad (Suárez, Giovanni & Escobar-Melo, 2007).

La beneficencia constituye exigencias con respecto a la autonomía ajena, exige actos positivos que promuevan el bien y la realización de los demás (Ferrer, 1998, citado por Escobar, H. Páramo, L. 2009); lo que la beneficencia establece son máximos, justificados según el contexto, por ejemplo, las particulares obligaciones de hacer el bien que tienen los profesionales de la salud (Suárez, Giovanni & Escobar-Melo, 2007). Las reglas de beneficencia presentan demandas positivas de acción y no siempre tienen que ser obedecidas imparcialmente; rara vez ofrecen razones para la sanción legal cuando se incumplen (Beauchamp & Childress, 1999).

En palabras de Beauchamp & Childress (1999) “la moralidad requiere no sólo que tratemos a las personas de manera individual y nos abstengamos de hacerles daño, sino también que contribuyamos a su bienestar”. Según estos autores, el principio de beneficencia requiere potencialmente mayor implicación que el principio de no maleficencia, ya que los sujetos deben dar pasos positivos para ayudar a otros y no únicamente abstenerse de realizar actos perjudiciales.

Desde la antigüedad, el ejercicio médico es considerado en relación a una actitud benéfica. El deber de la profesión médica es utilizar el conocimiento científico disponible en procura del bienestar del paciente. La mayor implicación de los médicos hacia la beneficencia se encuentra desde el acto médico, en el cual, el sujeto enfermo, cuya condición escapa de su control, es puesto en manos de quien tiene el deber de buscar la mejor solución y el mayor bienestar. Si bien, con el paso del tiempo ha cambiado el modelo de relación con el paciente, siempre se esperará que las actuaciones del médico tengan el sentido de ser benéficas.

Los médicos actúan según un acuerdo social que les insta a hacer todo lo que esté en sus manos para aliviar el sufrimiento del sujeto. El motivo que les mueve a obrar así es cumplir con sus obligaciones hacia el enfermo y no en su propio beneficio (Beauchamp & Childress 1999). Estas obligaciones se entienden para los médicos como la exigencia de los máximos correspondientes a la beneficencia. Del personal de salud, en correspondencia con la vocación de servicio, siempre se esperará coherencia en la búsqueda de la beneficencia, teniendo presente al igual que para la sociedad en general el mínimo acuerdo de “no hacer daño” al cual hace referencia el Juramento Hipocrático en aplicación a la práctica clínica.

3.1.2. DEBER DE CUIDADO

“Cuidado” viene del término latino “cura” y se refiere a una actitud de desvelo, solicitud, atención y diligencia en relación con alguien o algo. Martin Heidegger dio un enorme peso a esa actitud en el ser humano al señalar que el cuidado es un modo humano de estar en el mundo con los otros, lo que él llamaba un *existenciarío* (Martin Heidegger, citado por Cortina, A. 2013).

En este orden, las profesiones de la salud coinciden con la idea de éste existenciario, explicando la actitud de cuidado en relación a sus pacientes, por encima de sus intereses y bajo esta elección, su disposición continua al servicio.

El deber de cuidado como valor bioético y moral da prioridad a la salud, bienestar y calidad de vida del paciente, respondiendo a sus necesidades en un marco institucionalmente determinado (Suárez, Giovanni & Escobar-Melo, 2007).

Los antiguos tratados de ética médica hacían mención precisa del deber de cuidado del médico: Percival urgió a sus colegas a ser solícitos hacia el bienestar de sus pacientes y a proveer buena custodia. “En cualquier caso el compromiso del médico o cirujano debe ser tratar con atención, firmeza y humanidad” (Percival 1803, citado por Baker & McCullough, 2009).

Como lo menciona Adela Cortina, el cuidado se convierte en responsabilidad cordialmente asumida, en querer cuidar para hacerse corresponsable del bienestar de otros (Cortina, A. 2013).

Aunque las obligaciones creadas por el criterio del cuidado debido no consiguen eliminar los fallos ni evitar todo tipo de daño, si permiten reducir las probabilidades de que el resultado del diagnóstico o el tratamiento sea negativo (Beauchamp & Childress 1999).

3.2. MATERIALES Y MÉTODOS

El instrumento “Escala C de razonamiento moral”, como se mencionó, fue validado y aplicado a estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá buscando caracterizar el razonamiento moral durante el pregrado. Los resultados se comentaron en el capítulo anterior y evidenciaron las particularidades del razonamiento moral de los estudiantes de medicina, las cuales no muestran incremento con el avance de los semestres, como tampoco muestran relación con la asignatura de bioética en el currículo; además, dentro del estudio no se consideraron para análisis la edad y el género de los estudiantes (Escobar, H. Díaz, E. y cols. 2010).

Para los objetivos de este estudio, se consideró la aplicación del instrumento de medición “Escala C de razonamiento moral en estudiantes de medicina” en la

Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, en Tunja (Boyacá) a la población de estudiantes de sexto, séptimo y octavo semestre de medicina. Los mencionados estudiantes se encuentran en sus áreas clínicas hospitalarias. Se seleccionaron intencionalmente los semestres de acuerdo a su relación con el curso de bioética (antes, durante y después) para verificar la existencia de cambios en el razonamiento moral en relación con el momento en que se imparte la asignatura. Se tomó la población voluntaria de los estudiantes pertenecientes a cada semestre. Se analizaron las categorías de interés psicológico y bioético, con especial interés en beneficencia y deber de cuidado y su relación con altruismo y descentración de interés propio, además de la edad y el género, ofreciendo continuidad y comparación al estudio previamente realizado.

3.2.1. CONTEXTUALIZACIÓN

Para comprender las características de la población y muestra de estudio, es necesario contextualizar la unidad de análisis.

La Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, fundada el 10 de Octubre de 1953, es la Universidad pública de Boyacá, cuenta con sedes en Tunja, Duitama, Sogamoso, Chiquinquirá y la Facultad de Estudios a Distancia. La oferta de programas académicos para el año 2015 fue de 70, incluyendo los programas de pregrado y tecnológicos. Cuenta en la actualidad con cerca de 27000 estudiantes. Todas las facultades ofrecen programas de posgrado que incluyen estudios de especialización, maestría y doctorado. Es actualmente la Universidad con mayor potencial de formación de talento humano en Boyacá.

La Escuela de Medicina de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, fundada en el año 1994, se encuentra adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, conformada por las escuelas de Psicología, Enfermería y Medicina.

Actualmente el currículo médico planteado en la última reforma del año 2005 tiene una estructura en créditos académicos y una división en áreas de formación académica. En el área general, se contemplan asignaturas relacionadas con la formación general que debe tener todo estudiante de la universidad. Allí se encuentran asignaturas como ética y política, la cual se vincula con conceptos de ética para la convivencia en sociedad y

construcción de ciudadanía. En este componente se ubican las humanidades, denominadas Socio-Humanísticas, cuyo abordaje es realizado por profesionales en antropología, sociología y filosofía. Las asignaturas del área interdisciplinar son aquellas que comparten sus contenidos con otras disciplinas. Allí se encuentran asignaturas como biología celular, biofísica, ecología y el componente de investigación formativa (Escuela de medicina, PAE, 2009).

El currículo médico de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia conserva su modelo de base Flexneriana con su división en áreas básicas y clínicas. Los estudiantes comienzan su ciclo de rotaciones hospitalarias en sexto semestre y lo terminan en undécimo semestre, para realizar su internado rotatorio en los semestres doce y trece. La estructura curricular persigue, al igual que muchos currículos de otras escuelas y facultades, la formación integral del estudiante, buscando el complemento de las asignaturas biomédicas con las humanísticas, las cuales a su vez hacen parte de diferentes componentes como se ha mencionado, e incluyen asignaturas del área disciplinar y profundización como historia de la medicina, salud mental y sociología médica. Todas ellas, como se ha indicado para la mayoría de currículos médicos, carecen de articulación y no se vinculan con el entorno hospitalario; de esta manera su percepción por parte de los estudiantes, como se ha descrito, es secundaria en el proceso de formación.

La asignatura de bioética en la Escuela de Medicina, forma parte del componente denominado *área disciplinar y de profundización*, la cual hace parte de los saberes esenciales de formación del médico, es decir, es una asignatura dirigida específicamente al contexto de la formación médica y en relación a las rotaciones clínicas. Ha sido habitualmente instruida por médicos con formación de especialización o maestría en bioética y conserva su enseñanza al interior del aula de clase, como en la mayoría de currículos médicos del país

Desde sus inicios la asignatura de bioética se estructuró al interior del currículo y fue denominada como “Ética médica y bioética” la cual en el primer currículo se encontraba ubicada en las áreas básicas e instruida por médicos y enfermeras con formación en bioética. Los módulos se relacionaban con la ética principialista, ética normativa, ética en investigación con seres humanos y un módulo de derecho médico. Este último era

instruido por un abogado. En las posteriores reformas curriculares la asignatura tomó la denominación de bioética, se ubicó en las áreas clínicas y fue instruida por médicos con formación en bioética como se ha señalado. Las temáticas se ampliaron conforme a los avances técnico-científicos incluyendo temas de actualidad y debate como el aborto y la eutanasia, conservando la enseñanza de los módulos básicos del primer currículo. (Escuela de Medicina, PAE, 1998). (Espinel, 2013)

3.2.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Para los objetivos de éste trabajo y la indagación sobre la evolución del desarrollo moral en estudiantes de medicina, se consideró adecuado tomar una muestra poblacional e intencional de los estudiantes pertenecientes a los semestres sexto, séptimo y octavo, quienes voluntariamente y previa firma de consentimiento, respondieron el instrumento “Escala C de razonamiento moral”. Como se mencionó, se buscaba relacionar la asignatura de bioética ubicada en séptimo semestre con la evolución del razonamiento moral de los estudiantes antes, durante y después del contacto con la asignatura.

La muestra fue conformada por 85 estudiantes, de los cuales, 15 estudiantes pertenecían a sexto semestre, 38 estudiantes a séptimo semestre y 32 estudiantes a octavo semestre. El número total de potenciales participantes de los tres semestres era de 100 estudiantes, (27 de sexto semestre, 38 de séptimo semestre y 35 de octavo semestre) lo cual indica la realización del análisis sobre el 85% del total de la población, con una menor representación de sexto semestre.

La relación en cuanto a género correspondió a 44 mujeres y 41 hombres, dando un adecuado balance para el análisis

Las edades se agruparon en el rango 20 y 22 años de edad, aproximadamente el 76% de la población total.

3.2.3. INSTRUMENTO Y APLICACIÓN

El instrumento “Escala C de razonamiento moral” diligenciado de manera anónima, toma como base un caso típico de la práctica médica clínica con 20 afirmaciones y posibilidad de respuesta basada en escala Likert: 1=totalmente en desacuerdo con la

afirmación, 2=en desacuerdo con la afirmación, 3=indeciso con la afirmación, 4=de acuerdo con la afirmación, 5=totalmente de acuerdo con la afirmación.

El caso clínico corresponde a un paciente masculino afro descendiente de 37 años, traído al servicio de urgencias porque, según los familiares, hace 40 minutos, mientras se encontraba viendo televisión, presentó un fuerte dolor en el pecho y se desmayó. La esposa es enfática en decir que 10 minutos después del desmayo el paciente dejó de respirar. Lo traen hasta ahora porque fue difícil encontrar transporte desde su casa. Al ingreso, el paciente se encuentra con cianosis generalizada, presenta midriasis bilateral no reactiva a la luz. El médico de turno decide pasarlo a la sala de reanimación e iniciar las maniobras de reanimación cerebro-cardio-pulmonar. Pero en ese instante llega el médico coordinador del turno, quien le solicita al médico que se encuentra intentando reanimar al paciente, que por favor suspenda las maniobras, ya que el paciente estuvo más de 20 minutos sin recibir ningún tipo de atención (ni masaje torácico ni ventilación). Si se lograra sacar al paciente del paro, con toda seguridad tendría graves secuelas neurológicas. El médico que se encuentra reanimando le replica que, por el contrario, su deber máximo es el de hacerle un bien a todos los pacientes y que en este caso, hay que salvarle la vida a como dé lugar.

3.3. ANÁLISIS Y RESULTADOS POR ITEM Y CATEGORIA

A continuación se citan cada uno de los ítems de la escala, los cuales fueron analizados con respecto al género, la edad y el semestre de los estudiantes. Se escogieron algunas figuras ilustrativas del comportamiento de las categorías con respecto a las variables analizadas.

ITEM 1: El médico en su ejercicio profesional considera al paciente como un fin y busca su bienestar

Categorías: Dignidad humana, altruismo

Hombres y mujeres reconocen el principio de dignidad humana y la búsqueda del bienestar del paciente como un ideal altruista. En estos conceptos se evidencia

desarrollo moral, ya que los estudiantes de sexto semestre se muestran indecisos con los conceptos, lo cual se define en positivo hacia séptimo y octavo semestre. La interpretación de la edad sugiere que a mayor edad hay mayor claridad en los conceptos enunciados.

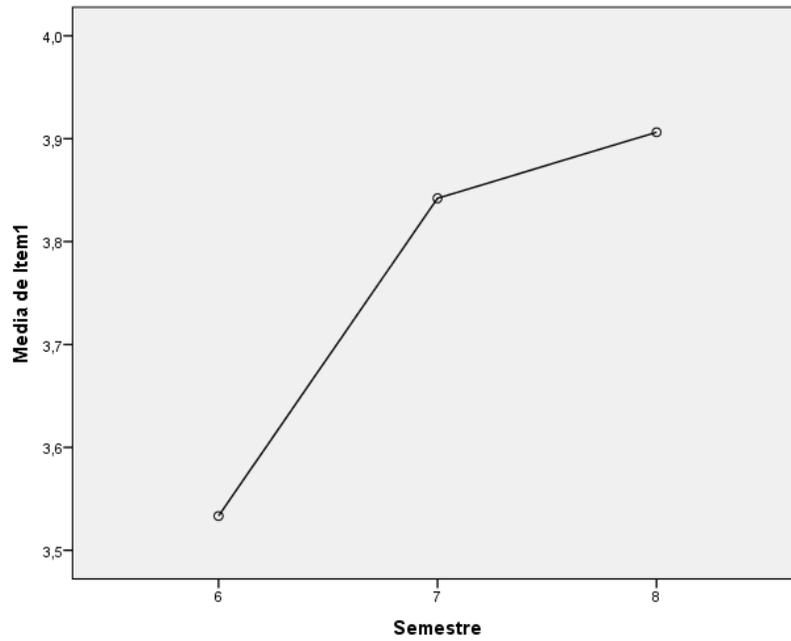


Figura 1: Comportamiento semestres con respecto a las categorías: Dignidad humana, altruismo

ITEM 2: Las necesidades del paciente deben primar para el médico, sobre su interés profesional al realizar la reanimación.

Categorías: deber de cuidado, descentración del interés propio

Para las mujeres es clara la prioridad del deber de cuidado, respondiendo a las necesidades del paciente por encima del interés del médico (descentración del interés propio). Para la mayoría de los hombres las necesidades del paciente no priman sobre el interés profesional del médico, es decir se alejan del deber de cuidado y de la descentración del interés propio.

En relación al semestre existe comprensión de la prioridad de las necesidades del paciente (deber de cuidado) sobre el interés profesional del médico (descentración del interés propio) en los estudiantes de séptimo semestre que se encuentran cursando bioética, la cual no se evidencia en sexto semestre ni se mantiene hacia octavo. No hay evolución del desarrollo moral en los semestres.

En cuanto a la edad la mayoría de estudiantes en la media de edad comprenden los conceptos de deber de cuidado y descentración del interés propio. Para este ítem la edad se muestra sin relación a la evolución de los conceptos.

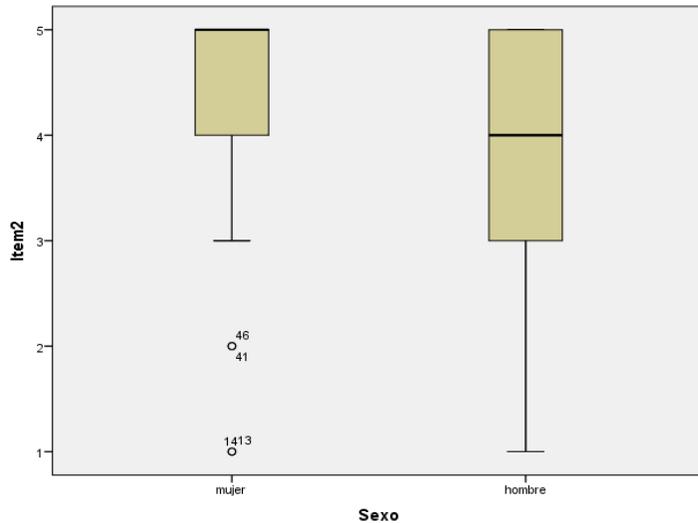


Figura 2: Comportamiento género con respecto a las categorías: deber de cuidado, descentración del interés propio.

ITEM 3: El paciente es visto por el médico como un medio para mejorar su desempeño profesional, basándose solamente en el procedimiento establecido por el saber clínico.

Categorías: Dignidad humana, contrato confianza justicia en el intercambio.

Hombres y mujeres en este ítem consideran al paciente como un medio para mejorar su desempeño profesional, lo cual no es concordante con el concepto de dignidad humana, además desconocen el deber ético con respecto al contrato confianza y justicia en el intercambio.

En relación al semestre, se observa la evolución en el desarrollo moral, ya que los estudiantes de sexto semestre consideran al paciente como un medio para mejorar su desempeño profesional apartándose del concepto de dignidad y desconociendo el deber ético con apego solamente al saber clínico. Los estudiantes de séptimo semestre se encuentran indecisos y los de octavo semestre tienden al desacuerdo, lo cual evidencia la evolución en la comprensión del concepto de dignidad y del deber ético. En cuanto a la edad, la mayoría de los estudiantes en la media de edad, tienden al acuerdo con la afirmación lo cual se relaciona con una falta de comprensión de los

conceptos de dignidad humana y desconocimiento del deber ser ético. El incremento en la edad para este ítem no se relaciona positivamente.

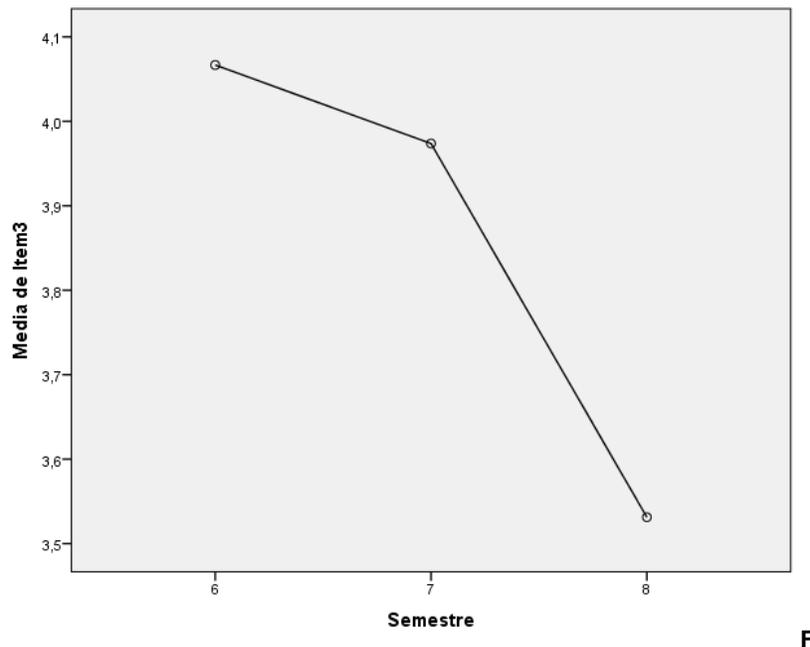


Figura 3: Comportamiento de los semestres con respecto a las categorías: Dignidad humana, contrato confianza justicia en el intercambio

ITEM 4: El médico, al dar atención médica de calidad al paciente, no considera relevante el ámbito moral

Categorías: altruismo, beneficencia

Hombres y mujeres tienden a dudar o no reconocer actos morales como relevantes, no concuerdan con el altruismo, ni tampoco relacionan el ámbito moral con la obligación de dar calidad en la atención, no cumplen con el presupuesto de la beneficencia.

En cuanto al semestre los estudiantes de sexto y octavo semestre no consideran relevante el ámbito moral al dar atención médica de calidad. Llama la atención lo alto de la puntuación de los estudiantes de séptimo semestre al estar de acuerdo con la afirmación. Es decir que no consideran relevante el ámbito moral (altruismo) al dar atención de calidad al paciente, incumpliendo a su vez con la beneficencia en cuanto a la calidad de manera integral.

En cuanto a la edad, la mayoría de la muestra de estudio entre los 19 y 29 años están de acuerdo con la afirmación, es decir que no consideran relevante el ámbito moral al dar atención médica de calidad al paciente, no hay comprensión de los conceptos de

altruismo y beneficencia para la mayoría de la muestra y no hay correlación positiva con el incremento de la edad.

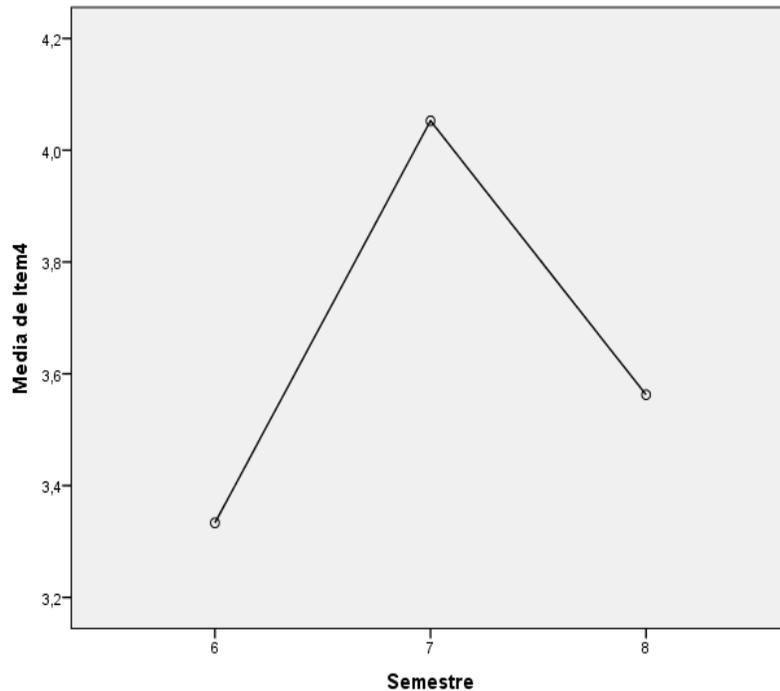


Figura 4: Comportamiento de los semestres con respecto a las categorías: altruismo, beneficencia

ITEM 5: El médico reconoce que el paciente es el fin de su labor, por lo que su conocimiento debe estar orientado al bienestar de éste.

Categorías: Dignidad humana, conciencia.

Hombres y mujeres reconocen la dignidad del paciente y tienen conciencia de que el conocimiento médico se da en procura del bienestar del mismo.

En cuanto al semestre: Es más claro para el grupo de sexto en comparación con séptimo y octavo el considerar al paciente como fin de su labor y orientar el conocimiento médico al bienestar del mismo. No se evidencia evolución en el razonamiento moral al avanzar el semestre

En cuanto a la edad: La mayoría de la muestra de estudio se encuentra de acuerdo con la afirmación. No se evidencia evolución de los conceptos con la edad.

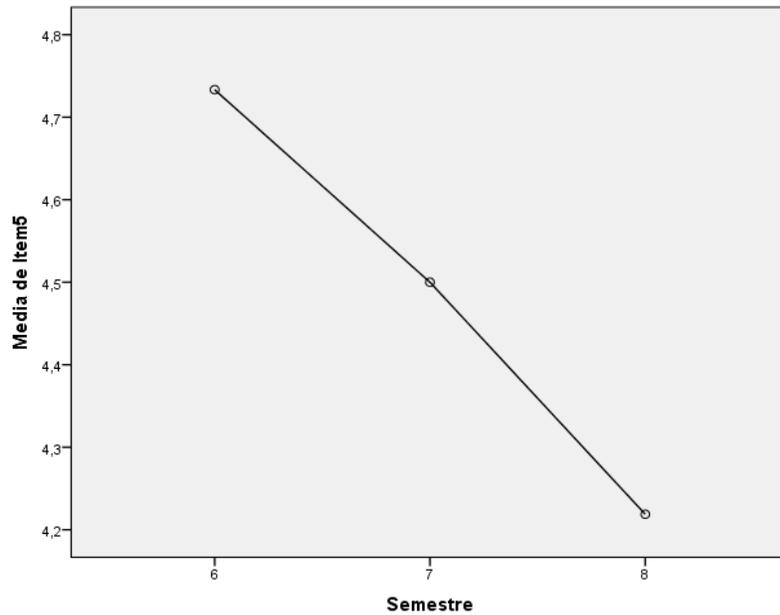


Figura 5: Comportamiento de los semestres con respecto a las categorías: Dignidad humana, conciencia
ITEM 6: Durante el proceso de reanimación el médico debe evaluar los riesgos y los beneficios, respondiendo a las necesidades del paciente

Categorías: Beneficencia, contrato confianza y justicia en el intercambio.

Hombres y mujeres tienden a valorar un balance adecuado de riesgos y beneficios (beneficencia) y responden al deber ser ético en cuanto a confianza y justicia en el intercambio.

En cuanto al semestre, todos comprenden los conceptos; es más claro para los grupos de sexto y séptimo semestre en comparación con los de octavo, la importancia de realizar un balance riesgo beneficio al momento de la reanimación respondiendo a las necesidades del paciente (beneficencia) y deber ser ético. No hay evolución en el razonamiento moral.

En cuanto a la edad: Con respecto a los conceptos del balance riesgo beneficio (beneficencia) y las necesidades del paciente (deber ser ético) se puede ver una

correlación positiva con el incremento de la edad

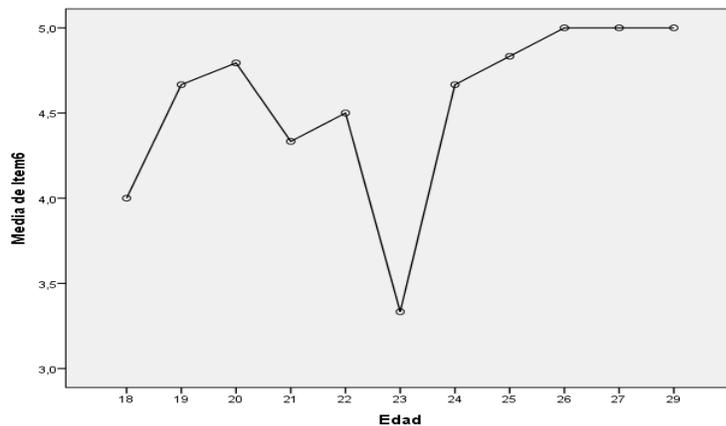


Figura 6: Comportamiento de la edad con respecto a las categorías: Beneficencia, contrato confianza y justicia en el intercambio

ITEM 7: Los intereses del médico al realizar la reanimación, se sobreponen a las consecuencias para el paciente

Categorías: dignidad humana, descentración del interés propio.

Los hombres tienden a considerar que no necesariamente se sobreponen los intereses del médico sobre las consecuencias para el paciente. Mayor descentración del interés propio y respeto por la dignidad humana en los hombres que en las mujeres para este ítem.

En cuanto al semestre, ninguno de los grupos se inclinó al desacuerdo con la afirmación, es decir, dificultad para descentrar el interés propio y respetar la dignidad del paciente. La mayor tendencia al acuerdo con la afirmación es en séptimo semestre (cursando bioética) lo cual indica el acuerdo en sobreponer los intereses del médico sobre las consecuencias para el paciente en estos estudiantes.

En cuanto a la edad: La media de edad, se muestra de acuerdo con la afirmación, no teniendo claridad en los conceptos de dignidad humana y descentración del interés propio. No existe correlación positiva con el incremento de la edad para este ítem.

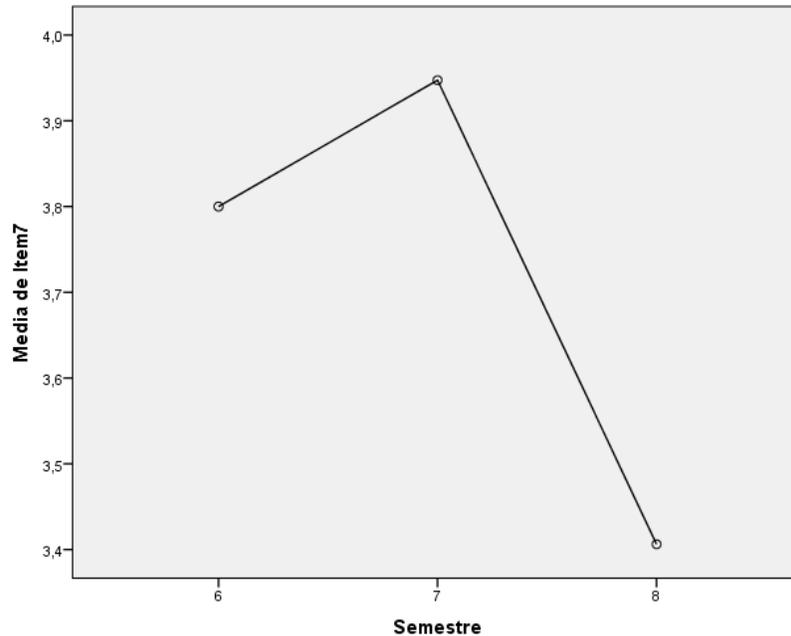


Figura 7: Comportamiento de los semestres con respecto a las categorías: dignidad humana, descentración del interés propio

ITEM 8: La condición del paciente y el conocimiento del médico sobre ésta, no son factores determinantes en el momento de la reanimación.

Categorías: Beneficencia, conciencia.

Hombres y mujeres consideran que la condición del paciente y el conocimiento del médico sobre ésta son factores determinantes en el momento de la reanimación. : Hay conciencia de la utilización de los conocimientos en beneficio del paciente (beneficencia)

En cuanto al semestre: Para todos los semestres es claro que la condición del paciente y el conocimiento del médico sobre ésta son factores determinantes en el momento de la reanimación, siendo más evidente para los estudiantes de séptimo semestre. Conciencia y beneficencia son claros para todos los semestres. No hay evolución del razonamiento moral a través de los semestres

En cuanto a la edad: Para la media de edad hay claridad en los conceptos de conciencia y beneficencia. No se observa correlación positiva con el incremento de la edad para este ítem

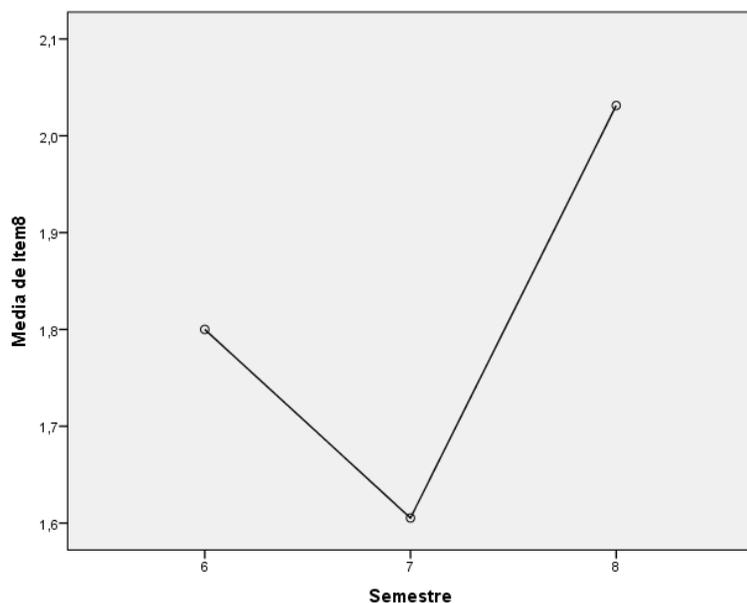


Figura 8: Comportamiento de los semestres con respecto a las categorías: Beneficencia, conciencia

ITEM 9: La perspectiva de la familia sobre las consecuencias colaterales para el paciente, deben ser tomadas en cuenta por el médico al realizar la reanimación

Categorías: Dignidad humana, adopción de roles.

Hombres y mujeres toman una perspectiva diferente a la propia (adopción de roles) y dan relevancia a la perspectiva de la familia, teniendo en cuenta la dignidad y el bienestar del paciente. Hay un grupo de mujeres para quienes la perspectiva de la familia no debería tenerse en cuenta al realizar la reanimación.

En cuanto al semestre: Se observa la evolución de la tendencia desde indecisos a de acuerdo con la afirmación desde sexto a octavo semestre. Se evidencia aquí un desarrollo moral positivo a través de los semestres en relación a la toma en cuenta de la perspectiva de la familia (adopción de roles) y al bienestar del paciente (respeto por la dignidad)

En cuanto a la edad: La media de edad se considera de acuerdo con la afirmación, lo cual indica que toman en cuenta la perspectiva de la familia (adopción de roles) y promueven el bienestar del paciente (dignidad). No es evidente la correlación positiva con el incremento de la edad.

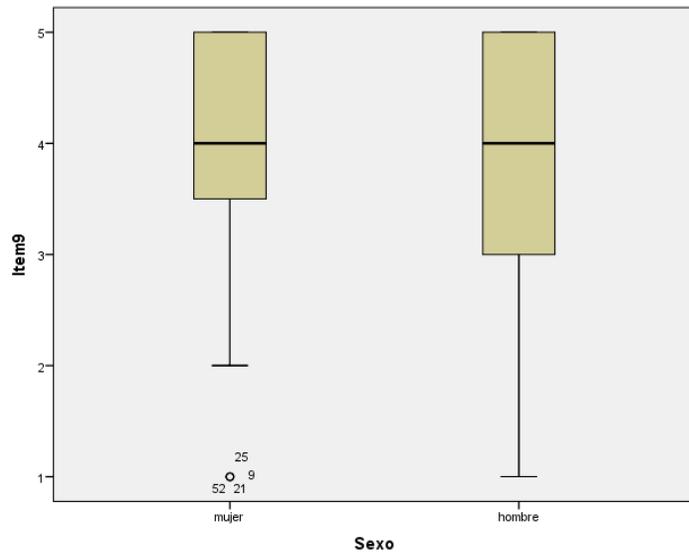


Figura 9: Comportamiento del sexo con respecto a las categorías: Dignidad humana, adopción de roles

ITEM 10: Es obligación del médico velar por el bienestar del paciente, sin anteponer su interés personal y/o profesional.

Categorías: Beneficencia, descentración del interés propio.

Hombres y mujeres se apropian del concepto de beneficencia y no antepone sus intereses a los del paciente (descentración del interés propio). Es notable que en el grupo de hombres se presentan algunos casos en los cuales están totalmente en desacuerdo con la afirmación, es decir que no consideran obligación del médico velar por el bienestar del paciente, y consideran apropiado anteponer sus intereses a los del paciente.

En cuanto al semestre: Los estudiantes de los tres semestres y especialmente los de séptimo semestre consideran una obligación del médico velar por el bienestar del paciente sin anteponer intereses personales o profesionales. Se comprenden los conceptos de beneficencia y descentración del interés propio en especial en séptimo semestre. No hay evolución del desarrollo moral.

En cuanto a la edad: La media de edad está de acuerdo en la obligación del médico en velar por el bienestar del paciente (beneficencia) sin anteponer su interés personal y/o profesional (descentración del interés propio). Se observa una evolución positiva con el incremento de la edad.

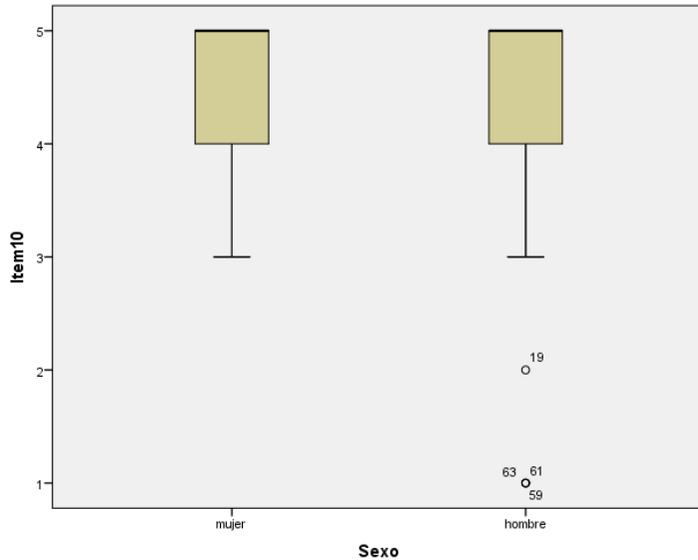


Figura 10: Comportamiento del sexo con respecto a las categorías: Beneficencia, descentración del interés propio
ITEM 11: El médico reconoce que al no discriminar al paciente, está promoviendo su bienestar.

Categorías: confidencialidad, altruismo.

Hombres y mujeres relacionan positivamente el no discriminar al paciente (confidencialidad) con promover su bienestar (altruismo). Hay un grupo de estudiantes en desacuerdo con la afirmación con predominio de hombres, es decir que para ellos no reconocen que al no discriminar al paciente se está promoviendo su bienestar.

En cuanto al semestre, se observa que los estudiantes de sexto semestre están de acuerdo con la afirmación. Séptimo y octavo tienden a indecisos. Para los estudiantes de sexto semestre es más claro que al no discriminar al paciente (confidencialidad) se promueve su bienestar (altruismo). No hay evolución en el razonamiento moral.

En cuanto a la edad: la media de edad se encuentra de acuerdo con la afirmación, es decir, que la mayoría de estudiantes de la muestra reconocen que al no discriminar al paciente (confidencialidad) se está promoviendo su bienestar (altruismo). Se observa una correlación positiva con el incremento de la edad para éste ítem.

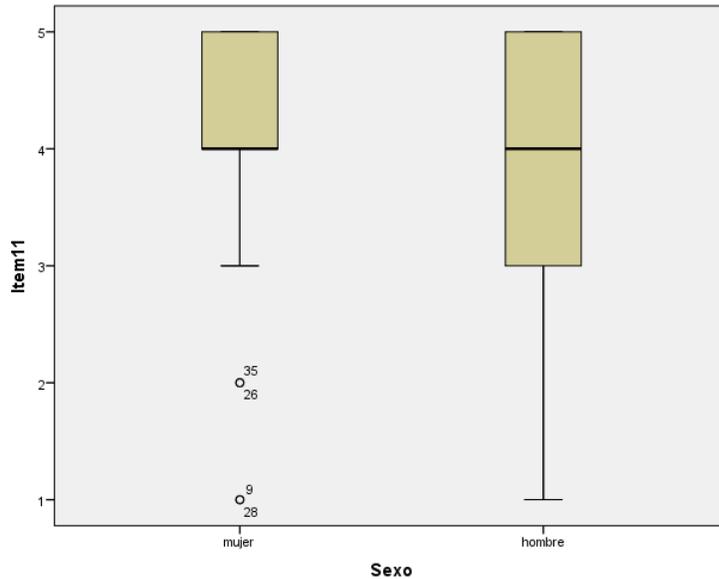


Figura 11: Comportamiento del sexo con respecto a las categorías: confidencialidad, altruismo

ITEM 12: El ejercicio médico que resalta el hecho absoluto de salvar la vida del paciente, se antepone al bienestar de éste.

Categorías: altruismo, beneficencia.

Hombres y mujeres consideran en su mayoría que el hecho absoluto de salvar la vida del paciente, se antepone al bienestar de éste. Dentro de la minoría que está en desacuerdo hay un mayor número de mujeres en comparación con los hombres, considerando que el ejercicio médico que resalta el hecho absoluto de salvar la vida del paciente, se antepone a su bienestar. El grupo en general señala la preponderancia del ejercicio médico disciplinar (altruismo) antes que la beneficencia sobre el paciente.

En cuanto al semestre: Los estudiantes de sexto semestre se identifican más que los de séptimo y octavo con el ejercicio médico que resalta el hecho absoluto de salvar la vida del paciente, anteponiéndolo al bienestar de éste. Aunque se evidencia desarrollo moral en la tendencia de los grupos, no fluye hacia el desacuerdo con la afirmación, anteponiendo el hecho absoluto de salvar la vida del paciente (altruismo) a su bienestar (beneficencia)

En cuanto a la edad: La mayoría de estudiantes de la media de edad, están de acuerdo con la afirmación lo cual indica que para ellos debe anteponerse el salvar la vida del

paciente (altruismo) a su bienestar (beneficencia). No se observa correlación positiva con el incremento de la edad para este ítem

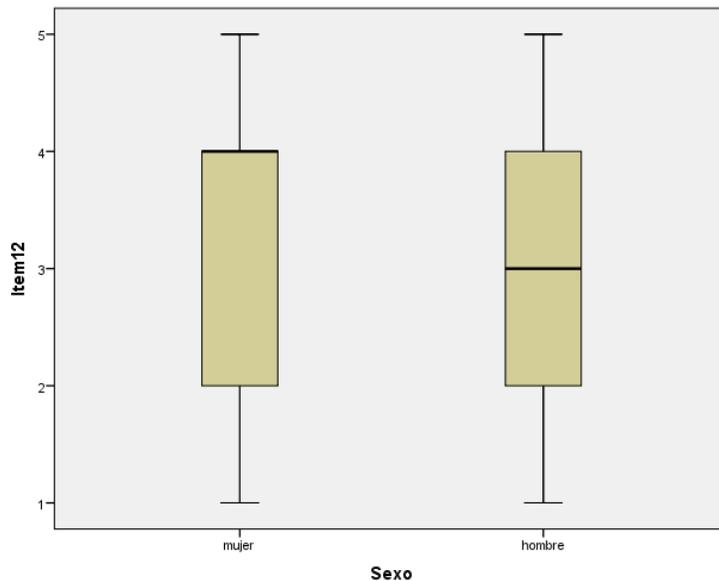


Figura 12: Comportamiento del sexo con respecto a las categorías: altruismo, beneficencia

ITEM 13: EL médico debe agotar todos los recursos, ya que el paciente tiene derecho a recibir atención médica de urgencia, sin importar su etnia cultural

Categorías: Conciencia, confidencialidad.

Hombres y mujeres respetan el derecho del paciente a recibir atención médica de urgencia (conciencia) y evita la discriminación (confidencialidad)

En cuanto al semestre: Los tres semestres tienden a afirmar el derecho a recibir atención médica de urgencia (respeto por los derechos y conciencia) sin importar su etnia cultural (no discriminación). Hay acuerdo en los semestres con tendencia a la evolución del razonamiento moral.

En cuanto a la edad: La media de edad de los semestres considera que el médico debe agotar todos los recursos ya que el paciente tiene derecho a recibir atención médica de urgencia (conciencia) sin importar su etnia cultural (confidencialidad) No se observa correlación positiva con el incremento de la edad para este ítem.

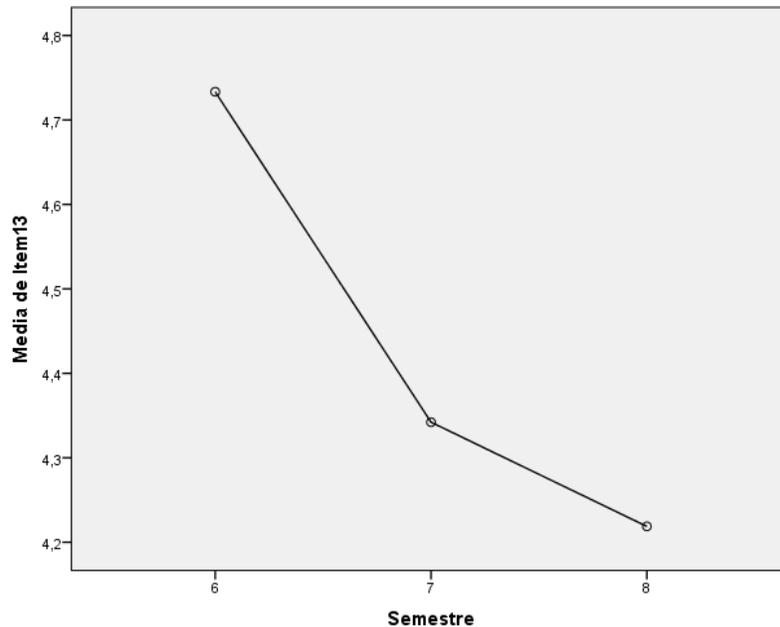


Figura 13: Comportamiento de los semestres con respecto a las categorías: Conciencia, confidencialidad

ITEM 14: Dar atención de calidad no implica necesariamente que el médico deba tomar una perspectiva diferente a la propia

Categorías: Beneficencia, adopción de roles.

Hombres y mujeres consideran que dar atención de calidad (beneficencia) implica necesariamente que el médico deba tomar una perspectiva diferente a la propia (adopción de roles). Hay un reducido número con predominio de hombres, que considera que dar atención de calidad (beneficencia) no implica necesariamente que el médico deba tomar una perspectiva diferente a la propia (adopción de roles)

En cuanto al semestre: Para los tres semestres y en especial para sexto semestre la atención de calidad si implica que el médico deba tomar una perspectiva diferente a la propia. Existe mayor claridad en los estudiantes de sexto semestre con respecto a la atención de calidad (beneficencia) lo cual implica tomar una perspectiva diferente a la propia (adopción de roles). No hay evolución en el razonamiento moral para los semestres.

En cuanto a la edad: Para la media de edad, la atención de calidad (beneficencia) si implica que el médico deba tomar una perspectiva diferente a la propia (adopción de roles). No se observa correlación positiva con el incremento de la edad para este ítem.

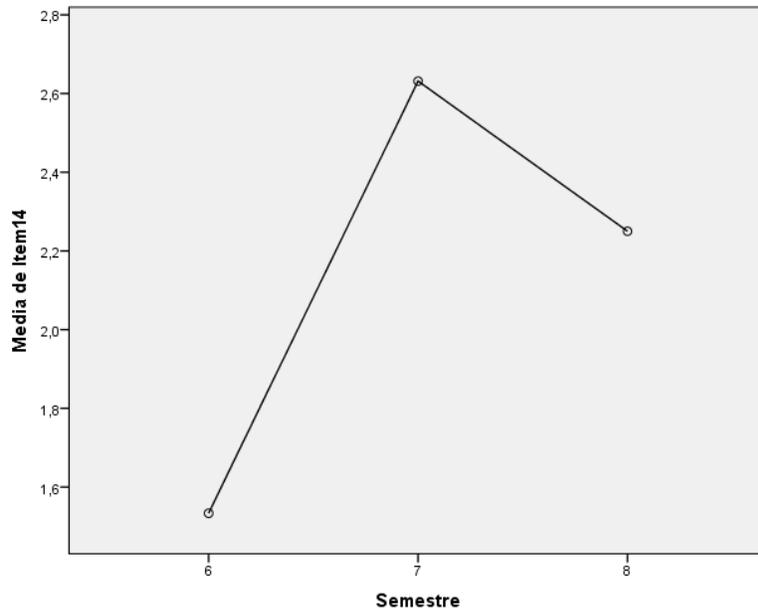


Figura 14: Comportamiento de los semestres con respecto a las categorías: Beneficencia, adopción de roles

ITEM 15: El médico no debe tener en cuenta la calidad de vida del paciente para promover su bienestar, al decidir si continua o no con la reanimación

Categorías: deber de cuidado, altruismo.

Hombres y mujeres consideran que el médico no debe tener en cuenta la calidad de vida del paciente (deber de cuidado) para promover su bienestar (altruismo) al decidir si continua o no con la reanimación. Hay un pequeño grupo de hombres en desacuerdo con la afirmación, es decir que consideran que se debe tener en cuenta la calidad de vida del paciente para promover su bienestar

En cuanto al semestre: Para los estudiantes de los tres semestres con mayor acuerdo en séptimo semestre, el médico no debe tener en cuenta la calidad de vida del paciente para promover su bienestar al decidir si continúa o no la reanimación. No se prioriza la calidad de vida (deber de cuidado) ni se promueve el bienestar (altruismo) a través de ella. No se evidencia desarrollo moral en ninguno de los grupos y no hay tendencia hacia el desacuerdo con la afirmación.

En cuanto a la edad: Para la media de edad del grupo, el médico no debe tener en cuenta la calidad de vida del paciente (deber de cuidado) para promover su bienestar (altruismo) al decidir si continúa o no con la reanimación. No hay correlación positiva con el incremento de la edad para este ítem.

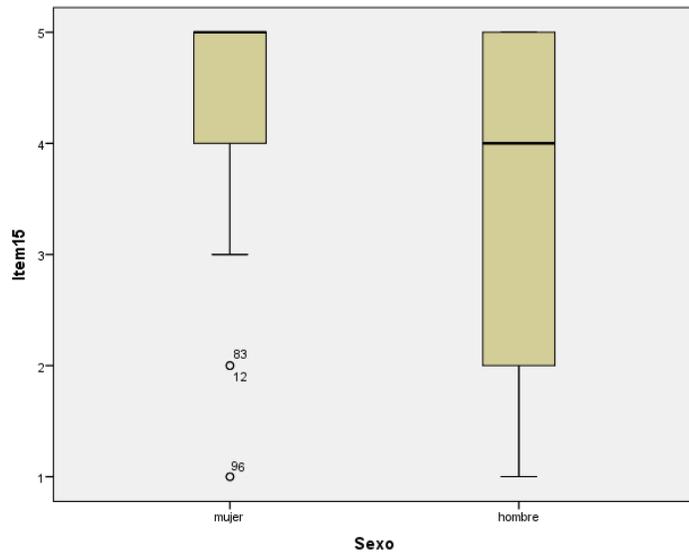


Figura 15: Comportamiento del sexo con respecto a las categorías: deber de cuidado, altruismo

ITEM 16: La atención del paciente está mediada por el cumplimiento de los intereses del médico que lo atiende

Categorías: Confidencialidad y justicia, descentración del interés propio.

Hombres y mujeres se inclinan a pensar que la atención del paciente está mediada por el cumplimiento de los intereses del médico que lo atiende. No logran adecuada articulación entre la atención médica (confidencialidad y justicia) con la descentración del interés propio, lo cual es más marcado en el grupo de hombres.

En cuanto al semestre: Para los estudiantes de séptimo semestre (cursando bioética) la atención del paciente está mediada por el cumplimiento de los intereses del médico que lo atiende. No hay adecuada articulación entre la atención médica (confidencialidad y justicia) y la descentración del interés propio, la cual si se evidencia en los estudiantes de sexto semestre y levemente en los de octavo semestre. No se evidencia desarrollo moral para este ítem.

En cuanto a la edad: La media de edad está de acuerdo con la afirmación, es decir que no hay adecuada articulación entre la atención médica (confidencialidad y justicia) y la descentración del interés propio. No hay correlación positiva con el incremento de la edad para este ítem.

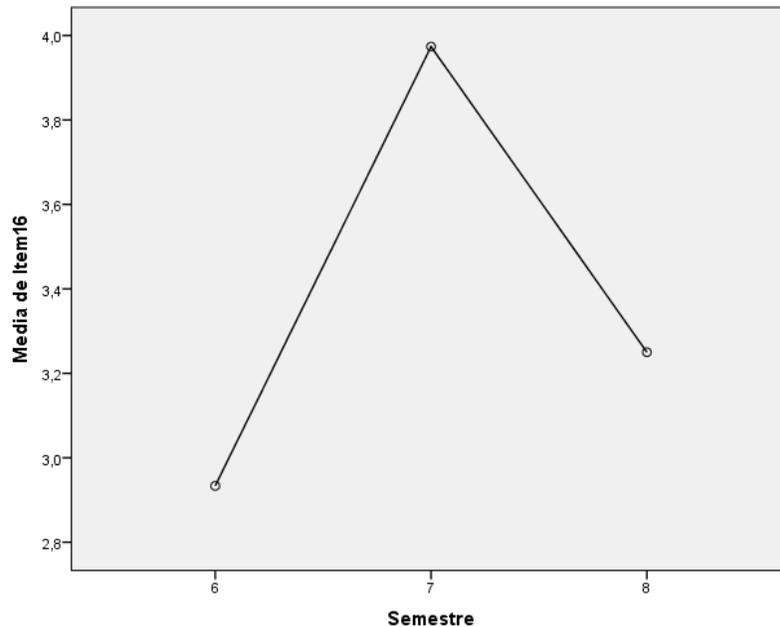


Figura 16: Comportamiento de los semestres con respecto a las categorías: Confidencialidad y justicia, descentración del interés propio

ITEM 17: Prevalecen los conocimientos teóricos y prácticos del médico sobre la calidad de vida del paciente

Categorías: conciencia, deber de cuidado.

Para la mayoría del grupo prevalecen los conocimientos teóricos y prácticos del médico (conciencia) sobre la calidad de vida del paciente (deber de cuidado).

En cuanto al semestre, se observa con tendencia a indecisos con la afirmación a los estudiantes de sexto y octavo semestre. Los estudiantes de séptimo semestre (cursando bioética) están de acuerdo con la afirmación, es decir que para ellos prevalecen los conocimientos teóricos y prácticos del médico (conciencia) sobre la calidad de vida del paciente (deber de cuidado). No se evidencia desarrollo moral en ninguno de los semestres para este ítem

La media de edad de la muestra tiende a indecisos y de acuerdo con la afirmación, es decir que para ellos prevalecen los conocimientos teóricos y prácticos del médico (conciencia) sobre la calidad de vida del paciente (deber de cuidado). No existe correlación positiva con el incremento de la edad para este ítem.

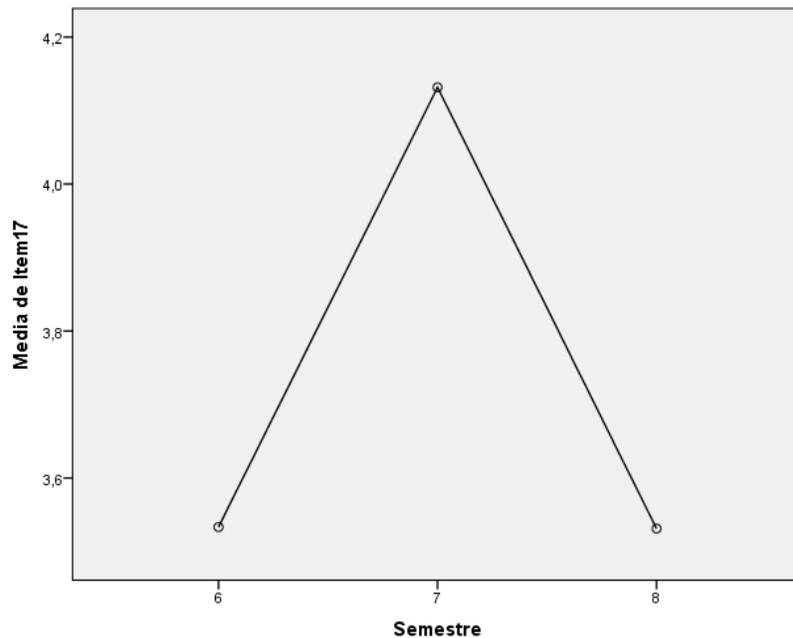


Figura 17: Comportamiento de los semestres con respecto a las categorías: conciencia, deber de cuidado

ITEM 18: El médico es capaz de tener en cuenta los derechos del paciente, porque entiende la situación actual de la familia

Categorías: confidencialidad y justicia, adopción de roles.

Los hombres tienden más a estar de acuerdo que las mujeres en respetar los derechos del paciente (confidencialidad y justicia) y entender la perspectiva de la familia (adopción de roles). Es de anotar que hay un pequeño grupo de hombres y mujeres que están totalmente en desacuerdo con la afirmación.

En cuanto al semestre, los estudiantes de séptimo y octavo se inclinan hacia indecisos con la afirmación. Los estudiantes de sexto semestre tienden a estar de acuerdo en tener en cuenta los derechos del paciente (confidencialidad y justicia) y entender la situación actual de la familia (adopción de roles). No se evidencia evolución en el razonamiento moral de los semestres.

La media de edad se sitúa en indecisos y de acuerdo con la afirmación, lo cual indica que comprenden que el médico es capaz de tener en cuenta los derechos del paciente (confidencialidad y justicia) porque entiende la situación actual de la familia (adopción de roles). No existe correlación positiva con el incremento de la edad para este ítem.

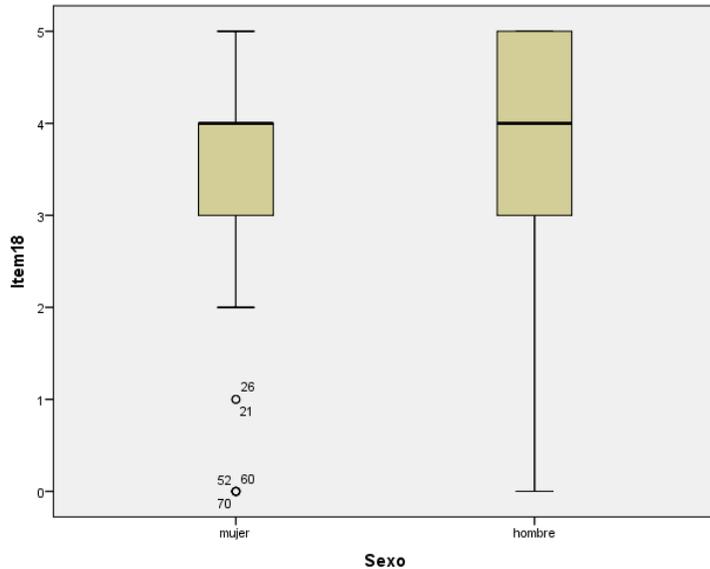


Figura 18: Comportamiento del sexo con respecto a las categorías: confidencialidad y justicia, adopción de roles

ITEM 19: Para garantizar el bienestar del paciente, el médico no tiene porqué considerar las secuelas neurológicas a largo plazo dado que su interés es salvarle la vida

Categorías: Beneficencia, adopción de roles.

Hombres y mujeres están totalmente de acuerdo y de acuerdo con la afirmación, es decir que no asumen una perspectiva diferente a la propia (adopción de roles) y no dan prioridad a la calidad de vida del paciente (beneficencia) Mayor número de hombres en desacuerdo que de mujeres

En cuanto al semestre, se observa la tendencia a indecisos de los estudiantes de sexto y octavo semestre. Los estudiantes de séptimo semestre (cursando bioética) tienden a estar de acuerdo con la afirmación, para ellos el médico no tiene por qué considerar las secuelas neurológicas a largo plazo, dado que su interés es salvarle la vida. No se prioriza la calidad de vida (beneficencia) y no se asume una perspectiva diferente a la propia. No hay desarrollo moral con respecto a este ítem

La media de edad de la muestra de estudiantes se sitúa indecisos con tendencia a de acuerdo con la afirmación, lo cual indica la falta de claridad en los conceptos de calidad de vida (beneficencia) y adopción de roles. No existe correlación positiva con el incremento de la edad para este ítem.

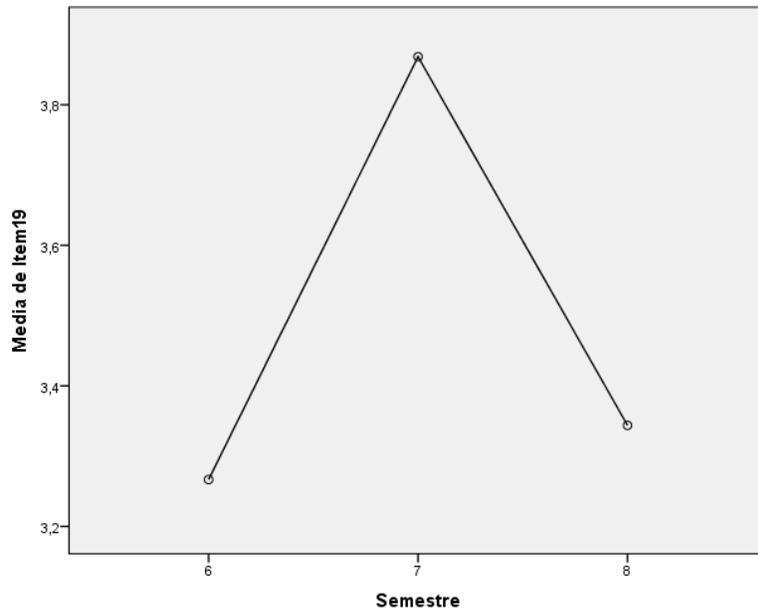


Figura 19: Comportamiento de los semestres con respecto a las categorías: Beneficencia, adopción de roles

ITEM 20: El médico tiene el deber de responder a todas las necesidades de salud del paciente con el fin de dar prioridad a su bienestar y calidad de vida.

Categorías: Contrato, confianza y justicia en el intercambio; deber de cuidado.

Hombres y mujeres se agrupan totalmente de acuerdo con la afirmación, es decir, responden adecuadamente a su deber profesional y ético (Contrato, confianza y justicia en el intercambio) además de dar prioridad al bienestar y calidad de vida del paciente (deber de cuidado)

En cuanto al semestre, es más claro para los estudiantes de séptimo semestre, en relación a sexto y octavo, que el médico tiene el deber de responder a todas las necesidades de salud del paciente (Contrato, confianza y justicia en el intercambio) con el fin de dar prioridad a su bienestar y calidad de vida (deber de cuidado). No se mantiene el desarrollo moral para octavo semestre con respecto a este ítem.

La media de edad en la muestra de estudiantes se sitúa de acuerdo con la afirmación, lo cual indica la comprensión del deber del médico de responder a todas las necesidades de salud del paciente (contrato confianza justicia en el intercambio) con el fin de dar prioridad a su bienestar (Deber de cuidado) y calidad de vida. No existe correlación positiva con el incremento de la edad para este ítem.

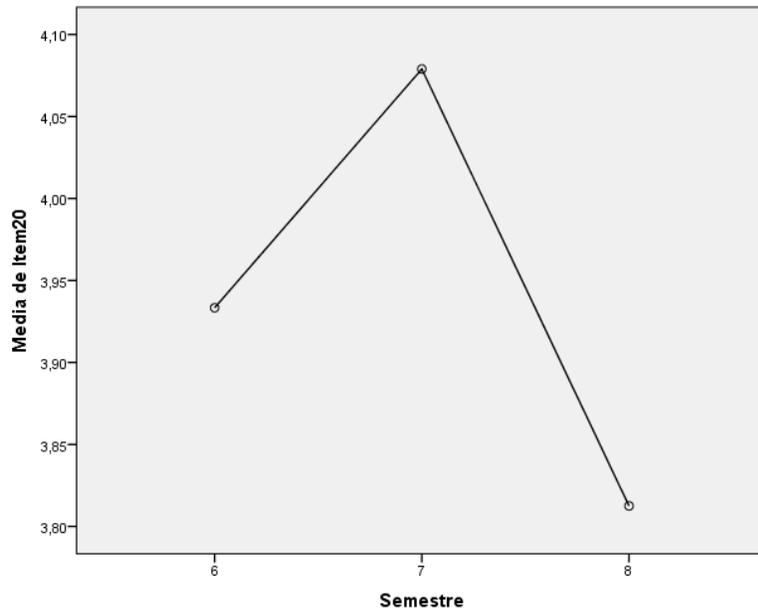


Figura 20: Comportamiento de los semestres con respecto a las categorías: Contrato, confianza y justicia en el intercambio; deber de cuidado.

3.4. CONCLUSIONES

Con respecto a la evolución en el razonamiento moral por categorías podríamos concluir que:

- Existe evolución en el razonamiento moral a través de los semestres analizados (sexto, séptimo y octavo) en los conceptos de: dignidad humana, deber ser ético y el contrato confianza, justicia en el intercambio; conciencia, adopción de roles y confidencialidad.
- No existe evolución en el razonamiento moral a través de los semestres analizados (sexto, séptimo y octavo) en los conceptos de: altruismo, deber de cuidado, descentración del interés propio y beneficencia
- El concepto de deber de cuidado no presenta evolución en el razonamiento moral a través de los semestres ni con el incremento de la edad en la muestra analizada.

Con respecto a la discordancia en el razonamiento moral por categorías:

- Los estudiantes fallan en el reconocimiento de actos morales como relevantes, y no relacionan el ámbito moral con la obligación de dar calidad en la atención.
- El altruismo se relativiza al igual que el concepto de dignidad humana cuando se considera el hecho absoluto de salvar la vida. Frente a este hecho, el grupo en general señala la preponderancia del ejercicio médico disciplinar, antes que la beneficencia sobre el paciente.
- Al confrontar la atención del paciente, mediada por el cumplimiento de los intereses del médico que atiende, los estudiantes no logran descentración del interés propio. Los estudiantes consideran que el paciente es visto por el médico como un medio para mejorar su desempeño profesional (falta al concepto de dignidad humana y deber ser ético)
- Para los estudiantes, prevalecen los conocimientos teóricos y prácticos del médico (conciencia) sobre la calidad de vida del paciente (deber de cuidado).
- Cuando el interés es salvarle la vida al paciente, los estudiantes no consideran las secuelas neurológicas a largo plazo, no asumen una perspectiva diferente a la propia (adopción de roles) y no dan prioridad a la calidad de vida del paciente (beneficencia).

Con respecto a la evolución en el razonamiento moral con la edad:

- Existe evolución con el incremento de la edad en los conceptos de: dignidad humana, altruismo, descentración del interés propio, deber ser ético y el contrato confianza, justicia en el intercambio; beneficencia y confidencialidad.
- Existen comportamientos particulares en relación con la edad de algunos estudiantes:
 - Hay un estudiante de 18 años de edad que puntúa excepcionalmente alto en todas las categorías (17 items alto 3 indeciso)
 - Hay un estudiante de 29 años que puntúa alto (13 items alto, 5 items bajo, 2 indeciso)
 - Hay un estudiante de 26 años de edad que puntúa excepcionalmente bajo en todas las categorías (12 items bajo 5 items alto)

Con respecto a la evolución del razonamiento moral en relación a la asignatura de bioética:

Los estudiantes de séptimo semestre que se encuentran cursando bioética:

- Muestran mayor comprensión de la prioridad de las necesidades del paciente (deber de cuidado) sobre el interés profesional del médico (descentración del interés propio) en afirmación positiva, sin embargo están de acuerdo en sobreponer los intereses del médico sobre las consecuencias para el paciente al realizar la reanimación en afirmación negativa.
- No consideran relevante el ámbito moral (altruismo) al dar atención de calidad al paciente (beneficencia)
- Consideran que la condición del paciente y el conocimiento del médico sobre ésta (conciencia) son factores determinantes en el momento de la reanimación (beneficencia)
- Consideran una obligación del médico velar por el bienestar del paciente (beneficencia) sin anteponer intereses personales o profesionales (descentración del interés propio)
- Consideran que el médico no debe tener en cuenta la calidad de vida del paciente para promover su bienestar al decidir si continúa o no la reanimación. No se prioriza la calidad de vida (deber de cuidado) ni se promueve el bienestar (altruismo) a través de ella.
- Para ellos la atención del paciente (confidencialidad y contrato confianza justicia intercambio) está mediada por el cumplimiento de los intereses del médico que lo atiende (descentración del interés propio)
- Para ellos prevalecen los conocimientos teóricos y prácticos del médico (conciencia) sobre la calidad de vida del paciente (deber de cuidado).
- Para ellos el médico no tiene por qué considerar las secuelas neurológicas a largo plazo, dado que su interés es salvarle la vida haciendo evidente la preponderancia del ejercicio médico disciplinar (altruismo) antes que la beneficencia sobre el paciente.
- Es más claro para ellos que el médico tiene el deber de responder a todas las necesidades de salud del paciente (contrato confianza y justicia en el

intercambio) con el fin de dar prioridad a su bienestar y calidad de vida (deber de cuidado).

Con respecto al cruce de categorías: Beneficencia y deber de cuidado en relación con altruismo y descentración del interés propio a través de los semestres:

- Deber de cuidado y descentración del interés propio: razonamiento alto en especial en séptimo semestre durante el curso de bioética
- Beneficencia y altruismo: razonamiento bajo, en especial en séptimo semestre durante el curso de bioética
- Categoría beneficencia y descentración del interés propio: razonamiento alto, en especial en séptimo semestre durante el curso de bioética.
- Categoría altruismo y deber de cuidado: razonamiento bajo, en especial en séptimo semestre durante el curso de bioética.

Podemos concluir del cruce de variables:

- El adecuado razonamiento moral en las categorías deber de cuidado, beneficencia y descentración del interés propio sugiere tener relación con el conocimiento de los conceptos durante el curso de bioética para los semestres estudiados.
- Al relacionar las categorías beneficencia y deber de cuidado con altruismo los estudiantes descienden en su capacidad de razonamiento moral

Con respecto a la significancia estadística entre categorías y semestres:

Categorías significativas estadísticamente ($p < 0,05$)

- Categorías beneficencia y adopción de roles: Razonamiento alto en los tres semestres, en especial en sexto.
- Categorías confidencialidad; contrato confianza, justicia en el intercambio y descentración del interés propio: Razonamiento bajo especialmente en séptimo semestre

Podemos concluir de la significancia estadística:

- Los estudiantes, en especial de sexto semestre, razonan moralmente en forma adecuada al vincular la atención de calidad con la toma de perspectiva diferente a la propia
- Los estudiantes evidencian deficiencias en el razonamiento moral, en especial en séptimo semestre, al considerar anteponer los intereses del médico que atiende en el proceso de atención médica.

Conclusiones comparativas:

En comparación con el estudio realizado en la Universidad Javeriana, los estudiantes de medicina de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, en Tunja:

- Demuestran de igual manera formas complejas e interesantes en las que se desarrolla el razonamiento moral.
- El razonamiento bioético no parece tener relación con la Asignatura formal de la Carrera de Medicina
- El razonamiento moral no necesariamente evoluciona con la edad. Sólo algunas categorías específicas muestran evolución.
- El razonamiento moral evoluciona de manera independiente a la variable género.
- El razonamiento moral de los estudiantes de igual manera, no evoluciona necesariamente con el avance de los semestres. Sólo algunas categorías específicas muestran evolución y al comparar se evidencia:
 - La dignidad humana y la confidencialidad son categorías coincidentes en cuanto a su evolución en el razonamiento moral de los estudiantes en los dos estudios realizados.
 - El deber de cuidado es una categoría que para este estudio, al igual que para el anterior, tampoco muestra evolución en el razonamiento moral con el avance de los semestres ni con la edad.
 - El altruismo es una categoría que a diferencia del estudio previo, con puntuaciones positivas en coalescencia con dignidad, beneficencia, confidencialidad y deber de cuidado; para este estudio, muestra

deficiencias en el razonamiento moral, en especial cuando se relaciona con beneficencia y deber de cuidado.

- La beneficencia es una categoría que muestra diferencias entre los estudios, con evolución positiva en el razonamiento moral en el estudio previo y sin evidencia de evolución en el razonamiento moral para el presente.
- En general la mayoría de estudiantes puntúa más alto en las categorías cuando las preguntas se realizan en positivo.

CAPÍTULO IV: PROPUESTAS PARA LA EDUCACIÓN MÉDICA EN BIOÉTICA

INTRODUCCIÓN

El capítulo IV plantea el análisis de algunas propuestas curriculares para la enseñanza de la bioética, partiendo de la caracterización de la educación médica en bioética en la actualidad, su problemática e implicaciones en el contexto de la práctica clínica habitual. Considerando además la influencia del proceso de socialización médica, se plantean las posibilidades de establecer cambios necesarios.

4.1. CARACTERIZACIÓN DE LA EDUCACIÓN MÉDICA EN BIOÉTICA

Es claro que desde la antigüedad, la enseñanza del oficio médico ha requerido la consideración de un marco ético necesario para un ejercicio óptimo de la profesión. Esta es la razón por la cual la ética médica nace con la misma estructuración de los currículos médicos. Históricamente como se ha enmarcado, los sucesos de los siglos XX y XXI han hecho necesarios ajustes en los currículos médicos de acuerdo a los retos impuestos por la tecnología y las nuevas políticas en salud. De la misma manera la ética médica y bioética han evolucionado acoplándose a las necesidades de análisis de estos nuevos tópicos. En condiciones ideales se supone que este remodelamiento de los currículos de acuerdo a los avances técnico-científicos sucede de manera completa y coordinada resultando en un aprovisionamiento por parte del estudiante de las herramientas necesarias para un ejercicio médico adecuado y ético, dentro de un contexto particular. Sin embargo, lo que sucede en la realidad de la educación médica y la práctica clínica difiere de este ideal profesional.

El problema radica según Outomuro (1999) en la desarticulación de la ética médica y la bioética al interior de los currículos y la falta de contexto de sus contenidos con respecto a su aplicación a la práctica médica habitual. Cada una de estas hipótesis será abordada de manera particular:

4.1.1. DESARTICULACIÓN DE LA BIOÉTICA DENTRO DE LOS CURRÍCULOS MÉDICOS

Es claro que la bioética en la formación de pregrado del médico es una materia básica, tanto para las especialidades clínico quirúrgicas como para la investigación clínica. (Outomuro, 1999) El modelo ideal según esta autora, supone la integración de los contenidos de las asignaturas del ciclo biomédico y clínico con las humanísticas, haciendo evidente el carácter de transdisciplina de la bioética.

La bioética como la define J. González (2002) coincide con la “multi” o “transdisciplina” donde diversas perspectivas (médica, biológica, jurídica, filosófica) tienen en principio la misma “autoridad” y entre todas se va generando el diálogo plural y abierto que caracteriza la deliberación bioética, clave de sus juicios y decisiones.

Investigaciones sobre las barreras educativas que enfrentan modelos de educación médica como el modelo bio-psico-social de Engel y la integración de los contenidos biomédicos y humanísticos, destacan la falta de interés de los alumnos hacia las disciplinas sociales (percibidas como irrelevantes y antagónicas a la medicina) además de la carencia de médicos con conocimientos de ciencia social y la pobre comunicación entre los médicos y los investigadores sociales (Benbassat y col, 2003, citados por Semberoiz, 2012).

La bioética por su estrecha relación con las humanidades, frecuentemente se ubica en un terreno filosófico cuyo abordaje se torna complejo para la estructura positivista del saber médico (Outomuro, 1999)

Sumado a lo anterior, debe considerarse que el debate alrededor de lo humano, social y cultural tradicionalmente ha sido abordado por sociólogos, filósofos y antropólogos. Es necesario recordar que uno de los objetivos de la bioética es fomentar el diálogo interdisciplinar. Según Lolas Sptepke (2002) de esta manera se comporta como una disciplina “puente” (Lolas, F. 2002). Existe entonces la difícil tarea de articular las disciplinas de contenidos biológicos con las disciplinas de contenidos sociales, de tal manera que se logre alcanzar la “interdisciplinariedad”.

Partiendo de las características de interdisciplina y transdisciplina de la bioética y de su ubicación en el área de las humanidades, surge la necesidad de analizar los perfiles de formación de los profesionales a cargo de su enseñanza en los currículos médicos. Los médicos generalmente no disponen de los conocimientos en sociología, filosofía y antropología necesarios para evidenciar la interdisciplinariedad y transdisciplinariedad de la bioética. De igual manera los sociólogos, filósofos y antropólogos generalmente no tienen la capacidad de articular sus conocimientos con el contexto de la práctica clínica habitual. Lo anterior hace evidente la dificultad de encontrar profesionales con el perfil completo e ideal y la capacidad de integración de estos conocimientos. Ante este escenario, la estrategia de enseñanza de la bioética sugiere la integración de profesionales de diversas disciplinas que se encuentren interesados en ampliar su base de conocimientos hacia áreas específicas (áreas médicas o áreas humanas para el caso) y funcionar como un grupo de discusión en torno a problemas particulares, diseñando estrategias de motivación que logren vincular el aprendizaje teórico y práctico de la bioética al contexto de los contenidos biomédicos y clínicos.

4.1.2. FALTA DE CONTEXTO DE LOS CONTENIDOS DE LA BIOÉTICA EN SU APLICACIÓN A LA PRÁCTICA MÉDICA HABITUAL

Algunos estudios como el realizado por Suárez & Díaz (2007) han mencionado la percepción de los estudiantes de medicina de una disociación entre lo aprendido y lo vivido en sus prácticas clínicas hospitalarias con respecto a la ética. “Para el estudiante no existe un referente concreto en el cual apoyarse cuando existen dilemas o dudas sobre aspectos éticos de la práctica clínica” (Suárez & Díaz, 2007).

Es necesario analizar tanto los contenidos temáticos, como el contexto de los estudiantes de medicina que fundamentan estas percepciones.

En cuanto a los contenidos temáticos, la bioética como se ha indicado, es una asignatura que en la mayoría de los currículos médicos se enseña de una manera teórica. Los tópicos de frecuente abordaje se relacionan con la ética principialista, el consentimiento informado, la investigación y biotecnología. Dentro de los tópicos

clínicos, son frecuentes los dilemas éticos, donación de órganos, aborto, eutanasia y manejo de pacientes con VIH (Outomuro, 1999).

El “Programa de base de estudios sobre bioética” de la UNESCO, planteado como un consenso de expertos de los estados miembros, propone ejes temáticos basados en los principios de la “Declaración Universal sobre bioética y derechos humanos”. El principal grupo al que se destina este programa son estudiantes de medicina, a quienes se sugiere enseñar bioética antes de que finalice la fase clínica de su formación. “Aunque el programa podría introducirse en la fase preclínica, se reconoce su mayor eficacia para los estudiantes en la fase clínica, puesto que estos estudiantes habrán sentido la necesidad de una reflexión ética y estarán más capacitados para reconocer la dimensión ética que presentan los distintos casos y problemas” (UNESCO, 2008).

El programa sugiere una ampliación de los contenidos temáticos habitualmente abordados en los programas de bioética de las escuelas médicas, dando campo al análisis de temas sociales, culturales y ambientales, por ejemplo, algunas unidades se dirigen a temáticas como: diversidad cultural y pluralismo, solidaridad y cooperación, responsabilidad social y salud, protección de las generaciones futuras, del medio ambiente, la biosfera y la biodiversidad. De igual manera el programa deja en libertad lo relativo a los métodos de transmisión de contenidos, la contextualización de los mismos a las diferentes culturas y la ampliación de la base de conocimientos.

Es importante destacar que el programa de base considera necesario que “la ética esté tan presente como sea posible en todo el programa universitario” (UNESCO, 2008).

El programa de base, sugiere además el análisis de temas relacionados con la bioética y los avances biotecnológicos, los cuales indudablemente deben hacer parte de la reflexión dentro de los currículos médicos.

Teniendo en cuenta lo anterior, es evidente que la bioética instruida como una materia teórica, al interior del aula de clase, y ubicada en las áreas clínicas del pregrado de medicina no es suficientemente aprehendida por los estudiantes ni aplicada a las situaciones clínicas cotidianas.

Esta falta de contexto o la disociación de los contenidos de la ética médica con relación a la práctica clínica habitual, explica los hallazgos empíricos de escalas de medición como la aplicada en el capítulo III de este trabajo, los cuales, evidencian la preponderancia del saber clínico disciplinar adquirido en el hospital, sobre principios bioéticos como el de beneficencia o la dignidad humana; además de sobreponer los intereses del médico por encima de los intereses del paciente y desvincular los conocimientos médicos, la práctica médica y la ética médica.

Se organiza en la mente del estudiante una estructura jerarquizada de los saberes y una distinción entre lo médico y lo no médico, lo relevante e irrelevante para la práctica clínica, que desaparece en el terreno hospitalario el espacio de análisis bioético frente al paciente.

En este punto la propuesta podría retomar lo sugerido por Siegler (1978), con respecto a la enseñanza de la bioética en la cabecera de la cama. La posibilidad de integrar a un especialista en bioética a las revistas médicas hospitalarias no debe descartarse; es más, como mínimo debe considerarse la revisión de temáticas bioéticas dentro del hospital, las cuales, tomando como base la cotidianidad y la casuística del escenario de aprendizaje médico, teóricamente, serían interiorizadas de manera diferente por los estudiantes. De esta forma, el sólo hecho de asistir a clases de bioética en el hospital marcaría una diferencia en la contextualización de la asignatura.

Aun con los contenidos temáticos apropiados, con un especialista en bioética al interior del Hospital, es necesario retomar a Pellegrino: “el aprendizaje del dominio cognitivo es totalmente ineficaz si no está acompañado por la maduración afectiva de los alumnos y por el ejemplo explícito del plantel docente, sobretodo el dado por sus integrantes clínicos” (Pellegrino, 1974, citado por Semberoiz, 2012).

La maduración afectiva de los alumnos se enmarca dentro del proceso de socialización médica, el cual a su vez, incluye el aprendizaje del currículo oculto. Los médicos que ejercen su práctica clínica, diariamente exhiben modelos de relación médico-paciente, médico-equipo de salud y médico-institución, modelando inadvertidamente las actitudes de los estudiantes; es en realidad “casi imposible neutralizar la influencia ejercida por el

currículo oculto o evitar que el estudiante sea víctima de los factores negativos que caracterizan a las instituciones donde se lleva a cabo la educación médica en nuestro país” (Suárez & Díaz, 2007)

Al analizar esta realidad y comprender la dificultad de la modificación de comportamientos adquiridos por los profesionales de la salud, que lógicamente reflejan sus propios modelos de entrenamiento; queda la posibilidad de lograr la ruptura del modelo predominante partiendo del incentivo a la capacidad de crítica y reflexión de los estudiantes, ofreciendo argumentos sólidos, constantes y consonantes con la realidad vivida en el hospital, para visualizar hacia el futuro un cambio verdadero y positivo en la formación del carácter de los estudiantes. Esto implica lógicamente un cambio radical en la manera de instruir la bioética y en general el componente de las humanidades en los currículos médicos, es decir, abre el espacio a las reformas curriculares en los pregrados médicos.

4.2. PROPUESTAS HACIA LA EDUCACIÓN MÉDICA EN BIOÉTICA

En la búsqueda del equilibrio entre la formación científica y las humanidades médicas, ciencias sociales y la bioética, Alfredo Semberoiz ha problematizado el hecho de que hasta el presente, tales reformas no hayan generado cambios significativos en el currículo médico (Semberoiz, 2012).

Según lo plantea este autor, las reformas curriculares de las últimas décadas del S.XX han acudido a estrategias diferentes y complementarias: la primera es extender la base fáctica de la ciencia clínica (incluir aspectos psicológicos, sociales y culturales). La segunda es el enfoque de la bioética médica (reglas y procedimientos para salvaguardar los intereses de las personas) o inculcar en los alumnos un conjunto de virtudes y actitudes esenciales para el correcto ejercicio médico (profesionalismo médico). Sin embargo, ninguno de estos enfoques ha logrado el buscado equilibrio de los componentes. Algunas críticas al enfoque de la bioética sostienen que sus estrategias pedagógicas se concentran en el “componente cognitivo” pasando por alto el “componente afectivo”. Se consagra un modelo analítico centrado en el estudio de

“casos dilemáticos” desinteresado por la socialización médica y por la maduración afectiva y moral de los alumnos (Feudtner y Christakis, 1994, citados por Semberoiz, 2012).

Otra de las críticas al enfoque de la bioética señala que las propuestas educativas de la bioética médica no interpelan el paradigma de la biomedicina, por el contrario ratifican la pretensión de “objetividad” del entrenamiento biomédico e incluso llegan a imitarlo (Fox, 1999, citado por Semberoiz, 2012).

Ante la poca efectividad de las reformas y sus enfoques queda señalar lo planteado por los modelos mixtos, tomando como base el ideal de Engel, de un médico capaz de integrar los “hechos” de la psicología, la antropología y de las ciencias sociales. (Engel, 1978). Este modelo se interpreta como resultado de la implementación de modelos pedagógicos que han combinado las bases curriculares médicas (componente fáctico) con las humanidades médicas, complementando lo cognitivo con los aspectos “no biológicos” de la medicina (bioética) y lo conductual para trasladar actitudes humanísticas a las conductas, por ejemplo, la empatía (Arnold y cols. 1987, citado por Semberoiz, 2012). Estos modelos mixtos han ganado adeptos en escuelas de medicina en todo el mundo.

Con respecto a estos enfoques mixtos, sin embargo, Semberoiz aclara que no se debe confundir el movimiento de las humanidades médicas (y sus vertientes mixtas) con propuestas recientes en favor de la enseñanza y del cuidado médico humanista: “El interés de éstas últimas es contrarrestar el currículo oculto a través de estrategias pedagógicas enfocadas en las actividades clínicas cotidianas de alumnos y médicos. El objetivo final de esas intervenciones es el aprendizaje de ciertas destrezas y actitudes consideradas parte integral del buen ejercicio clínico” (Branch y col. 2001, Gracey y col. 2005, citados por Semberoiz, 2012).

Con miras a lograr el funcionamiento de un modelo real de aprendizaje de la bioética y su impacto en la prestación de servicios médicos, se debe retomar el camino recorrido en el análisis de modelos anteriores.

La propuesta que surge de este trabajo de investigación considera para la enseñanza en bioética y como propuesta curricular en el área:

- El modelo pedagógico combinado (base fáctica biomédica con el componente de humanidades médicas) debe estar articulado al progreso del currículo, tanto en las áreas básicas como en las áreas clínicas, haciendo visible la transversalidad e interdisciplinariedad de sus componentes.
- En las áreas clínicas, la bioética debe trasladarse al hospital, lo ideal es, como lo sugieren Suárez & Díaz “que los problemas y vivencias de los estudiantes se integren a la clase de bioética clínica de una manera más adecuada y que dicha clase sea parte “real” del contexto institucional en el que se lleva a cabo la formación médica, esto es, la propia facultad y el hospital” (Suárez & Díaz, 2007).
- El incentivo a la capacidad de crítica y reflexión por parte de los estudiantes, ofreciendo argumentos sólidos en el contexto hospitalario, se convertiría en el punto de partida para la modificación del currículo oculto hacia un nuevo modelo de relación y un remodelamiento de las actitudes de los estudiantes en la práctica clínica que pueda replicarse en el futuro.

Aun teniendo en cuenta estos planteamientos, el gran reto se encuentra en la ruptura y remodelamiento del “*ethos*” hospitalario que circunscribe el proceso de socialización médica. Romper la estructura jerarquizada, egocéntrica y deshumanizada, cultivada por mucho tiempo al interior de los hospitales, requiere abordajes sociológicos y psicológicos complejos persiguiendo objetivos como: concientizar de la problemática a los profesionales en ejercicio; reestructurar los sistemas de prestación de servicios orientados al lucro; evitar la perpetua erosión de principios morales en el ejercicio clínico y disolver los modelos predominantes adaptativos y silenciosos.

CONCLUSIONES

Partiendo de la desarticulación de las humanidades y de la bioética al interior de los currículos médicos, se analizan las características de la enseñanza actual de la bioética en cuanto a sus contenidos y metodologías, proponiendo un modelo transversal e interdisciplinar de la enseñanza a través del currículo, con profesionales adecuados a las necesidades del contexto médico particular.

Con respecto a la falta de contexto de los contenidos de la bioética y su aplicación a la práctica médica habitual, se analiza el planteamiento de algunos autores, que vinculan su enseñanza al interior del hospital, donde suceden las vivencias de conflictos éticos cotidianos, posicionando la bioética al interior del entorno hospitalario.

Retomando el modelo ideal para la enseñanza de la bioética, se analizan sus posibilidades, en cuanto a la adquisición de habilidades cognitivas, el desarrollo moral del estudiante y el control de la influencia del currículo oculto, de frente al planteamiento de una reforma curricular en bioética.

Finalmente se reflexiona sobre el proceso de socialización médica y sus implicaciones en la formación de los estudiantes, el cual representa un reto para la bioética y las humanidades frente a la necesidad del cambio del modelo imperante.

5. CONCLUSIONES

- La ética ha sido parte del oficio de la medicina desde su aparición como arte y vocación. Esta es la razón por la cual la ética médica y posteriormente la bioética se han incluido de manera importante en los currículos médicos desde la institucionalización de su enseñanza.
- La educación médica en bioética tal como se encuentra instaurada no logra articular sus competencias de predominio cognitivo con el desarrollo moral del estudiante, lo cual permite que el proceso de socialización del estudiante al interior de los hospitales predomine en la conformación de su carácter profesional en comparación con la formación recibida en la facultad (currículo formal), lo que podría explicar en parte la notable “deshumanización de la medicina”.
- Al confrontar los estudiantes con una situación clínica extrema en la cual se realizan maniobras de reanimación a un paciente con mal pronóstico neurológico, los estudiantes razonan de maneras variables, mostrando comprender categorías bioéticas y psicológicas de manera adecuada al referirse a conceptos como el de dignidad humana, deber ser ético; contrato confianza, justicia en el intercambio; conciencia, adopción de roles y confidencialidad. Sin embargo, cuando se antepone el saber clínico y los intereses del médico, estos conceptos se relativizan y subvaloran al punto de sobreponer sus intereses, no comprender el deber de cuidado y no ser benéficos; además de considerar el ámbito moral como no relevante y no relacionado con la atención médica.
- El análisis de información con base en la escala de medición aplicada, aclara que el razonamiento moral no necesariamente evoluciona con las variables género, semestre y edad; además no se evidencia su relación con la asignatura formal de bioética.
- Como resultado del análisis del razonamiento moral en relación a las categorías bioéticas y psicológicas, se confirma la falta de coherencia entre lo aprendido y lo vivido por los estudiantes con relación a la asignatura de bioética, lo cual

impone la necesidad de replantear su modelo de enseñanza, sin dejar de considerar el proceso de socialización médica y la influencia del currículo oculto.

- El alcance de las propuestas de cambio del modelo de enseñanza de la bioética en los currículos médicos se plantea bajo la argumentación de una mejor articulación del área de humanidades a los demás contenidos biomédicos, examinando detenidamente el perfil de los docentes, su capacidad de aplicar la interdisciplinariedad de la bioética y abordar el contexto médico; además de hacer transversal su enseñanza en el currículo y transponer el escenario de aprendizaje de la bioética al Hospital.
- Esta investigación sugiere la influencia del currículo oculto en el proceso de socialización del estudiante, el cual se impone con estructuras y modelos médicos negativos para la formación del carácter. Este tema en particular plantea un reto de profundo de análisis desde la sociología y psicología, para visualizar elementos de transformación con base en posteriores estudios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Asociación de bioética fundamental y clínica. (1999). Grupo de trabajo sobre la enseñanza de la bioética. La educación en bioética de los profesionales sanitarios en España: una propuesta de organización. Madrid: Ed Lormo.
2. Asociación Médica Mundial, 51ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial (1999). La inclusión de la ética médica y los derechos humanos en el curriculum de las escuelas de medicina a través del mundo. Tel Aviv, Israel.
3. Baker, Robert B. McCullough, Laurence B. Cap I. What is the History of medical Ethics. The Cambridge World History of Medical Ethics. Cambridge University Press 2009.
4. Beauchamp, T & Childress, J. (1999) Cap 5. Beneficencia. En Principios de Ética Biomédica. pp 245-303. Madrid (España) Ed Masson.
5. Branch, WT Jr. (2000). Supporting the moral development of medical students. J Gen Intern Med. 15(7) pp. 503-8.
6. Carrick, Paul. (2001) Part II The Rise of Medical Ethics. Cap 4 Who was Hippocrates. Medical Ethics in the Ancient World. pp. 71-112. Washington. D.C. Georgetown University Press.
7. Cortina, A. (2013) Cap 3 Querer cuidar. En Para qué sirve realmente la ética. España. Paidós. pp 49-70
8. Culver ChM, Clouser KD, et al. (1985) Special Report. Basic curricular goals in medical ethics. New England Journal of Medicine. UK. 312(4) pp 253-6
9. Da Silveira. P (1997) Por qué mataron a Sócrates en Historias de los filósofos. Fundación Banco de Boston. Montevideo. Editorial Alfaguara.
10. De Azcárate, P (1871) Platón, Fedro. Obras completas. Madrid. Tomo 2. Disponible en www.filosofía.org/pla/i,g/azf02257
11. Díaz, E. (2013) Discursos de la bioética en Colombia. *Anamnesis. Revista de Bioética*, Bogotá (Colombia), N° 8 pp 22-34
12. Doyal L, Guillon R. (1998) Medical ethics and law as a core subject in medical education. British Medical Journal. UK. N° 316 pp 1623–4.
13. Engel, G. (1978) disponible en https://www.urmc.rochester.edu/biopsychosocial_model_approach.pdf.

14. Escobar, J. (2002) Historia de la bioética en Colombia. Mirada reflexiva de un protagonista. Programa de Bioética. Universidad El Bosque. Bogotá (Colombia) *Colección Bios y Ethos* (21) pp 8-57.
15. Escobar, H. Díaz, E. y cols (2010) Caracterización del razonamiento moral en la práctica clínica en relación con el proceso de formación médica en una facultad de medicina, categoría altruismo y dignidad, beneficencia, confidencialidad y deber de cuidado. *Revista Colombiana de Bioética*. Bogotá (Colombia) Universidad El Bosque. Vol. (5) pp 1.
16. Escobar, H. Páramo, L. y cols (2009) Validación de un instrumento de caracterización del desarrollo moral en estudiantes de medicina. *Revista Iberoamericana de psicología: ciencia y tecnología*. 2 (1) pp 53-66.
17. Escuela de medicina. Plan Académico Educativo (2009). Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Tunja. Boyacá. Colombia.
18. Escuela de medicina. Plan Académico Educativo (1998). Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Tunja. Boyacá. Colombia.
19. Fard, N et al. (2010). Ethical issues confronted by medical students during clinical rotations. *Medical Education Medical Ethics and History of Medicine Research Centre*. University of Medical Sciences, Teheran, Iran. (44) pp 723–730
20. Flexner, A. (1910) “Medical Education in United States and Canadá” Disponible en [http:// archive.carnegiefoundation.org/pdfs/.../Carnegie_Flexner_Report.pdf](http://archive.carnegiefoundation.org/pdfs/.../Carnegie_Flexner_Report.pdf).
21. Flexner, A. (1912) “Medical Education in Europe” Disponible en <https://tspace.library.utoronto.ca/.../1/flexner%20europe%201912.pdf>.
22. Fox, E. Arnold, RM. Brody, B. (1995) Medical ethics education: Past, present and future. Pubmed US. National Library of Medicine. National Institute of Health. NCBI. Acad. Med. 70 (9) pp 761-9 Disponible en www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7669152.
23. González, J. (2002). Etica y bioética. Revista de filosofía moral y política. UNAM. México. *Isegoría* (27) pp. 41-53.
24. Gracia D. Etica y vida. (1998) En Fundamentación y enseñanza de la bioética. Santa Fé de Bogotá. editorial El Buho.

25. Hren, D. Marušić, M. Marušić, A. (2011) Regression of moral reasoning during medical education: combined design study to evaluate the effect of clinical study years. *Plos One*. 6(3):e17406.
26. Huddle TS. (2005) Teaching professionalism: is medical morality a competency? *Acad Med*. 80(10) pp. 885-91.
27. Jang RW. (2003) Does medical education blunt our moral reasoning? A different interpretation of the Sherbrooke moral development study. *University of Toronto Med J*. 81(1) pp. 55-7.
28. Kohlberg, L. (1989) Estudios morales y moralización: el enfoque cognitivo-evolutivo. En: Turiel, Elliot., Enesco, Ileana y Linaza, Josetxu. (Compiladores). *El mundo social en la mente Infantil*. Madrid: Editorial Alianza. pp 71 – 100.
29. Kottow M, Alvarez C, Santander P, y cols (1993) Changes in ethical attitudes during medical studies. *Rev Med Chile* 121(4) pp 379-84.
30. León, J. (2008) Enseñar bioética: cómo transmitir conocimientos, actitudes y valores. *Acta Bioethica*, Vol 14 (1) pp 11-18 Santiago de Chile. Disponible en <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2008000100002>
31. Llano, A. (2007) Educación médica y Bioética. La bioética en la educación médica. *Anamnesis. Revista de bioética. Boletín de bioética clínica y filosofía de la medicina*. Bogotá (Colombia) Volumen 1 (1) pp 6
32. Leget, C. Olthuis, G. (2007) Compassion as a basis for ethics in medical education. Teaching and learning ethics. *Journal of Medical Ethics* (33) pp 617–620. Recuperado de doi: 10.1136/jme.2006.017772
33. Lolas Stepke, F. (2002) Enseñanza de la bioética. En *Temas de Bioética*. Editorial Universitaria. Santiago de Chile. pp.83.
34. Mainetti, J.A. (1989) Introducción histórica. En *Etica médica*. La Plata: Quirón.
35. Murrell, V. (2014) The failure of medical education to develop moral reasoning in medical students. *International Journal of Medical Education*. University of Memphis. Tennessee USA. (5) pp. 219-225 DOI: 10.5116/ijme.547c.e2d1
36. Outomuro, D. (1999) Fundamentación de la enseñanza de la ética en medicina. *Revista de la Fundación Facultad de Medicina*. Universidad de Buenos Aires Vol 9 (33) pp 23-26.

37. Oxford Concise Medical Dictionary, (2010) Oxford University Press. Pontificia Universidad Javeriana - Biblioteca General.
38. Pellegrino, E (1974) Educating the Humanist Physician. *JAMA*. Vol 227(11) pp 1288-94.
39. Reich, W.T. (1993)."How Bioethics got Its name". En The Birth of Bioethics, Special Supplement. *Hastings Center Report*. 23 (6).
40. Rennie, S. Rudland, J. (2003) Differences in medical students´ attitudes to academic misconduct and reported behavior across the years- a questionnaire study. *Journal Medical Ethics* (29) pp 97–102
41. Roberts L, Hammond K, Geppert C, Warner T. (2004) The positive role of professionalism and ethics training in medical education: a comparison of medical student and resident perspectives. *Academy of Psychians* (28) pp. 170-172.
42. Rothman, D. (1991) Cap 7. The doctor as a stranger. En Strangers at the bedside. A History of how law and bioethics transformed medical decision making. United States of América. Basic Books.
43. Sánchez Torres, F. (2009) Historia de la ética médica y la bioética. Recuperado de <http://www.encolombia.com/etica-medica-capitulo-II.html>.
44. Sánchez, MA. (1997) Las interrogantes fundamentales en la enseñanza de la bioética. Universidad Complutense. Bioética y ciencias de la salud. 2(4) pp 15-2.
45. Self DJ, Baldwin DC. (1998).Does medical education inhibit the development of moral reasoning in medical students? A cross-sectional study. *Acad Med* 73 (suppl) pp.91–3S.
46. Semberoiz, Alfredo (2012). Introducción. El momento ético. Sensibilidad moral y educación médica. Buenos Aires. Editorial Biblos.
47. Semberoiz, Alfredo (2012). Capítulo 2. El momento ético. Sensibilidad moral y educación médica. Buenos Aires. Editorial Biblos.
48. Séneca, L. Epistolae ad Lucilium (1494). Cartas a Lucilio (1984) Etica médica. Comentarios y reflexiones. Barcelona: Ediciones Orbís, S.A. pp.67 Recuperado de www.ilustrados.com/.../tica-Medica-Comentarios-reflexiones.

49. Schlaefli A. (1985) Does moral education improve moral judgment? A metaanalysis of intervention studies using the Defining Issues Test. *Rev Educ Res.* 55(3) pp. 319-52.
50. Siegler, M. (1978) A legacy of Osler. Teaching clinical ethics at the bedside. *JAMA.* 239 (6): pp 951-6
51. Sokol D. (2007) William Osler and the jub jub of ethics; or how to teach medical ethics in the 21 st century. *Journal of the royal society of medicine.* Vol 100 pp. 344
52. Suárez, F. Díaz, E. (2007) La formación ética de los estudiantes de medicina: la brecha entre el currículo formal y el currículo oculto. *Acta Bioethica*, vol 13 (1), pp 107 – 113. Santiago de Chile: Programa de Bioética de la OPS/OMS
53. Suárez, D. Giovanni, I. Escobar-Melo, H (2007). Construcción de un Instrumento de Evaluación Cualitativa del Razonamiento moral de los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá. D.C. Facultad de psicología. Universidad Javeriana. Biblioteca Alfonso Borrero.
54. UNESCO (2008) Programa de base de estudios sobre bioética. Programa de bioética y ética de la ciencia. Oficina Regional de Ciencia de la UNESCO para América Latina y el Caribe. Montevideo. Uruguay.
55. Universidad de los Andes. Currículo medicina (2015) Bogotá (Colombia) recuperado de <http://www.medicina.uniandes.edu.co>
56. Universidad del Bosque. Currículo medicina (2015) Bogotá (Colombia) recuperado de [http:// www.muelbosque.edu.co](http://www.muelbosque.edu.co)>node,
57. Universidad Javeriana. Currículo medicina (2015) Bogotá (Colombia) recuperado de <http://www.javeriana.edu.co>>carrera-medicina.
58. Universidad del Rosario. Currículo medicina (2015) Bogotá (Colombia) recuperado de [http://www. www.urosario.edu.co](http://www.urosario.edu.co)>medicina.
59. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Currículo medicina (2015) Tunja (Colombia) recuperado de <http://www.uptc.edu.co>>f_salud>pregrado.
60. Wiggleton, C. Petrusa, E. et al (2010) Medical students' experiences of moral distress: development of a web-based survey. *Acad Med.* 85(1) pp. 111-7.

