

## El devenir en educación médica: un encuentro con la bioética

### Becoming in medical education: an encounter with the bioethics

Álvaro Olivera Díaz<sup>1</sup>

#### Resumen

*El contexto de la educación médica ha estado influido en las últimas décadas por significados académicos derivados de contenidos humanísticos expresados en saberes emergentes de disciplinas como la bioética, que trascienden la medicina como práctica social, inserta en los ambientes de aprendizaje y los del desempeño profesional. Ambos afectan el sentir de una sociedad que se aprecia medicalizada y participa a diario en demanda de gestos de autonomía y justicia no ajenos al acontecer médico. En cierto modo, el propósito de este artículo pretende significar unos vínculos que traducen la interpretación de los momentos de formación académica con los derivados del orden social en el quehacer profesional, tratando así de relacionar y comprender las dinámicas actuales que influyen en el desempeño del profesional médico.*

**Palabras clave:** Educación médica, bioética, desempeño profesional

#### Abstract

*The context of medical education has been influenced in the last decades by academic meanings derived from humanistic contents uttered in emergent knowledge of disciplines like bioethics, which widen medicine like a social practice, inserted in both environments of learning and professional performance. Together affect the feeling of a society that is seen medically committed and daily work on basic gestures of autonomy and justice non alien to medical events. In certain way, the intention of this article tries to give meaning to some bonds that translate the moments of academic formation which the derives of the social order in the professional task, trying to relate and to understand the current dynamic which influence the performance of the medical professional.*

**Key words:** Medical education, bioethics, professional performance.

<sup>1</sup> Pediatra. Especialista en Educación Médica. Magíster en Bioética. Profesor asociado. Jefe Departamento de Bioética, Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena (Colombia) a.oliver1@costa.net.co  
**Correspondencia:** Universidad de Cartagena, Facultad de Medicina, Departamento de Bioética, tercer piso. Campus de Zaragocilla, Cartagena (Colombia).

## INTRODUCCIÓN

Desde la antigua Grecia, cuna de la cultura occidental, el orden natural consagró la división social del ejercicio médico en tres tipos clásicos: el médico de los esclavos, el médico de los ciudadanos libres, el médico autodidacta con responsabilidad propia (1). Después de 25 siglos, en Colombia, el orden de las transformaciones sociales en la vida asistencial parecen mostrar posturas de comportamiento en torno al desempeño de ese profesional, que permiten identificar tres tipologías representativas de su accionar clínico y laboral en relación con vínculos generacionales de la medicina: los médicos “antiguos” de corte humanístico, los intermedios, con actitud pragmática, y los emergentes, muy soñadores, pero a veces confundidos.

Desde ese orden perceptivo del funcionamiento médico podría considerarse una tesis que permita comprender y explicar el devenir de esas representaciones en conexión con modelos de educación médica. En consecuencia, resultarían útiles para ese propósito los acumulados obtenidos en la exploración de prácticas formativas desde el oficio de profesor, basado en la observación de cohortes estudiantiles de medicina, como también en publicaciones existentes afines con referentes pedagógicos en que subyacen hipotéticamente las identidades mencionadas.

En ese sentido, a manera de investigación en el aula, un inventario de opciones de orden general con estudiantes de medicina revela que al indagar por qué eligieron y decidieron estudiar esa carrera por lo común se obtienen respuestas muy similares y casi unánimes: *porque me gusta servir y ayudar a los necesitados*. Dado el caso, se aprecia que en los momentos iniciales de su formación

pareciera que el estudiante no se centrara en necesidades materiales, y menos lo haría en los deseos personales de esa naturaleza, amén de los propios de sus estudios. Es más, se pensaría que, en efecto, invocan creencias por el servicio y el beneficio ajenos, profesado con el declarado desapego a lo material. Podría decirse que es una etapa de candor e idealismo estudiantil como expresión de añoranza por el sentir de la profesión a la que se aspira llegar, quizás provista de un desprevenido desinterés y con visión futura ante la vocación genuina. Cabría decir que aunque distantes pero muy afines, en ese pensamiento coinciden y se identifican los ideales juveniles con la prestancia humanística de médicos de pasadas generaciones.

Pero al distinguir entre las tres posturas contemporáneas descritas es presumible que algo acontece en los desarrollos pedagógicos de la educación médica y en el quehacer profesional (ya desde el punto de vista de la influencia del contexto académico, científico, laboral o asistencial, o de otro orden) que generarían eventualmente diversas expresiones personales, traducidas como estabilidad o transformación del carácter, que construye ya desde su “formación”, es decir, una identidad que los definiría en una posición moral estable, o a una adaptación profesional con las características de las generaciones emergente e intermedia. Esta hipótesis se mostrará en el desarrollo de este artículo.

## LAS FUENTES DE INFLUENCIAS

La historia de la medicina contemporánea permite comprender los estrechos vínculos con los desarrollos de la educación médica occidental durante el siglo XX, que muestra la bien conocida influencia del Informe de Abra-

ham Flexner, encomendado especialmente por las Fundaciones Carnegie y Rockefeller, en 1910, en Estados Unidos, a través del cual se inspira la generación de transformaciones en la medicina científica con la aparición del ordenamiento académico de las disciplinas médicas que han incidido en el desarrollo del modelo pedagógico y asistencial de la medicina.

En ese orden, en 1948 vino a Colombia una misión de expertos que según algunos marcaría el viraje definitivo de la educación médica colombiana, que adoptaría desde entonces el modelo norteamericano (2). La aparición de las especialidades médicas en los sistemas educativos y de atención como disciplinas resultantes del citado informe fue precedida por el ejercicio de prácticas pedagógicas conductistas marcadas por un pasado humanístico de influencia europea, que privilegiaba la atención y el estudio integral del ser humano como unidad anatómica y funcional, constituida por sistemas orgánicos susceptibles a enfermar, donde reside históricamente el interés y el esfuerzo por comprender y dar explicaciones razonables a los eventos patológicos que demarcaron los orígenes de la medicina científica.

Aquellas prácticas empíricas tradicionales ligadas a las limitaciones diagnósticas y terapéuticas justificaron el razonamiento clínico predominante de una época en la que se afirmaba que la medicina *curaba a veces, aliviaba a menudo y consolaba siempre* (3).

Con la aparición y el fortalecimiento de las especialidades médicas visibles desde mediados del siglo XX se asistía a un modelo biomédico que significaba una transición hacia lo que sería el debilitamiento en lo resolutivo de la medicina general. Ésta se fundamentaba

en la asistencia personalizada que carecía de elementos tecnológicos y se respaldaba en la habilidad clínica y el ejercicio empírico como legado de una tradición pedagógica conductista propia de la época.

Esas prácticas integrales estaban referenciadas por una estructura y organización de la educación médica que difiriere sustancialmente de las actuales; porque a partir de la adopción y aplicación de las recomendaciones del Informe Flexner el ser humano fue dividido y reducido académicamente en partes con los fundamentos de un método científico que facilitaba su estudio y comprensión, lo cual generó nomenclaturas de asignaturas curriculares como las conocemos hoy día: histología, fisiología, neumología, cardiología y muchas más (4). En Colombia, esas transformaciones pedagógicas y curriculares no fueron ajenas a las administrativas y académicas. Hasta finales de la década de los setenta, la titulación médica otorgaba la distinción académica de *Doctor en Medicina y Cirugía*. La experiencia observada desde esa concepción educativa da fe de las habilidades y capacidades médicas integrales que eran demostrativas de la titulación conferida. Para entonces, la influencia del humanismo europeo, aunado a la destreza y capacidad implícitas en el proceso pedagógico formativo, eran garantías del buen desempeño integral. Ya con las nuevas influencias transformadoras de corte constructivista surgen las regulaciones normativas con reformas curriculares asociadas al saber pedagógico reciente, y emerge una tendencia en el discurso oficial que declara y posiciona el concepto de competencia formativa como expresión académica que pretende armonizar el rigor en la formación y la capacitación profesional para el buen ejercicio.

La formación por competencias estaría evidenciada por indicadores, cursando en paralelo con el impulso de la investigación biomédica generadora de conocimientos, articulada a metodologías científicas que confieren el carácter de clínico a lo que se puede evidenciar previamente mediante la experimentación y pruebas objetivas, y surgió la tendencia dominante de la medicina basada en la evidencia y los abordajes para aprendizajes mediante estrategias basadas en problemas, análogos en bioética a metodologías muy formativas como la *casuística*; que pretenden explorar y potenciar el carácter crítico del profesional de la medicina y del estudiante en formación, para afrontar lo duro e inesperado de los casos, e identificar el mejor conocimiento en materia diagnóstica o terapéutica disponibles. Sin duda, representa una ruptura histórica con el modelo de una medicina empírica tradicional basada en la intención benéfica del acto médico, que estaba desprovisto de un interés experimental *per se*. Como lo plantea el autor Diego Gracia (5), significa el tránsito de un período histórico basado en la “intención” a otro de gran influencia actual basado en la evidencia del rigor científico, que es depositario del mayor nivel de confianza médica, aunque muy distante, a la hora de valorar decisiones clínicas, del viejo método conferido al arte y la experticia representado en la evidencia empírica.

Es una dinámica presuntamente transformadora, que desde inicios de la década de los ochenta del pasado siglo XX se incorpora a la educación superior colombiana, en la que se han adoptado y desarrollado tres tendencias básicas, no ajenas a la educación médica; enmarcadas en el interés por el *desarrollo del conocimiento, los procesos de innovación y la capacidad de aprender*. Son tendencias que

han influido profundamente en la vida de las instituciones de educación superior y les han demandado una mayor flexibilidad en su organización y en sus relaciones internas con una mayor proyección al denominado entorno social (6).

Puede notarse que en el fondo de lo expuesto subyace un acumulado histórico, y la medicina de hoy presenta dos categorías académicas convencionales de formación profesional que responden a las titulaciones en medicina general y especialidades. Podría esperarse que de la armonización entre ellas dependa mucho el futuro del ejercicio de una medicina que rescate aquellas añoranzas por el buen desempeño con los significados que representaba en ese pasado humanístico la figura del médico para la sociedad. Porque si algo es evidente hoy día es la modificación significativa en el modelo de relación que otrora existía entre el médico y el paciente, derivado de la crisis del concepto paternalista de beneficencia médica heredado de la tradición hipocrática. El médico ya no podía imponerse al paciente, sino que éste había de ser informado para que pudiera ejercer su derecho irrenunciable a la autonomía que le permite conceder el consentimiento en las intervenciones diagnósticas y terapéuticas. Éste, posicionado de conocimientos por el acceso a la información que antes desconocía, asume una postura cada vez más crítica respecto a las decisiones médicas y reclama con vehemencia el derecho a recibir una justa atención de calidad (7).

Pero otro aspecto que merece destacarse en términos bioéticos de justicia es la universalización de los servicios sanitarios en gran parte de los países occidentales, que se ha convertido en uno de los derechos de mayor importancia. Esto ha dado origen a una

reestructuración social con una importante repercusión: la *medicalización* de la sociedad o extensión de la medicina a todos los ámbitos de la vida humana, que en tanto derecho social la identifica como propia, y en cierto modo cuestiona la autoridad del médico en los dominios de ese saber (8); lo cual podría enmarcarse como una interpretación en la transformación del otrora paciente, convertido en el usuario o cliente de hoy, que accede a la asistencia sanitaria por derecho, lo cual crea una problemática que surge del significado de la consideración tradicional de paciente; derivado tal vez de concepciones históricas paternalistas no ajenas a los estados, en las que se homologaba el acto del servicio médico sobre el paciente a una obra de caridad, hoy contrastada con la del titular de un derecho fundamental que demanda un servicio en su categoría de cliente dentro de un sistema segmentado de salud. Ahora bien, todo esto tiene un conjunto de rasgos peculiares en la compleja dinámica de la prestación sanitaria, que plantean problemas éticos específicos, como señala Simón Lorda; en cuanto el médico al considerar tanto el bien del paciente como el gasto de la atención puede acabar convirtiéndose en un “agente doble” en la prestación del servicio de salud (9). Evitarlo, es una cuestión moral, ajustada al código personal de valores para no ser proclives a la influencia dominante del asegurador sanitario.

## EL CONTEXTO ÉTICO EN LA PEDAGOGÍA MÉDICA

Es conocido, desde un punto de vista clásico, que la vocación médica surge desde muy temprano y está relacionada con esa actividad a la cual se siente inclinado el estudiante. En consecuencia, como señala el autor Diego

Gracia, está ligada al ejercicio de una actividad que va impresa en el propio carácter de la persona. De allí que desde Gregorio Marañón cualquier aprendizaje de conocimientos y habilidades será inútil sin vocación, y las actitudes para ser médico se tienen o no se tienen, pero no se enseñan, y en cualquier caso se adquiere mucho antes de llegar a la Facultad de Medicina (10).

En la actualidad, cuando se dimensiona pedagógicamente el aprendizaje médico a partir de unas categorías educativas expresadas en competencias académicas formativas, las actitudes primarias como expresión del ser, en tanto genuinas, se tienen pero no se enseñan. Pero hay que admitir la adquisición y generación de actitudes secundarias susceptibles de aprendizaje y desarrollo progresivo. Estas se asimilan, como categorías de aprendizaje, a las competencias del saber y el saber hacer, muy ligadas a las facultades cognitivas y conductuales en los saberes declarativos y de las habilidades procedimentales (11).

Tal pareciera, de acuerdo con esas apreciaciones, que la actitud primaria del estudiante para ser médico se identifica con la vocación genuina de su ser. Esa actitud, por supuesto, evoluciona y madura. En esto han coincidido la mayor parte de autores, y se destaca que en 1985 el *New England Journal Of Medicine* publicó un trabajo de consenso elaborado por los mejores representantes de la bioética norteamericana, incluidos Albert Jonsen, John Fletcher y Charles Culver, entre otros, quienes concluyeron:

Antes de expresar nuestras recomendaciones para un programa básico, queremos hacer explícitas ciertas creencias que compartimos sobre la enseñanza de la ética médica. La primera, que nosotros creemos que el carácter

moral básico del estudiante de medicina está formado al entrar en la Facultad de Medicina. El currículo de ética médica no está diseñado para mejorar el carácter moral de los futuros médicos, sino para dotar a quienes ya tienen un buen carácter de los conocimientos intelectuales y las habilidades interaccionales que permitan que ese carácter moral se exprese en el mejor comportamiento posible (12).

Entonces, acogiendo el significado de ese razonamiento, afín con el del autor Diego Gracia, y según los trabajos realizados en los últimos años, lo único que puede pretenderse en los cursos de ética médica y de bioética es la enseñanza de conocimientos y habilidades, no directamente actitudes. Si éstas han de ser educadas, sólo podrá hacerse indirectamente a través de los conocimientos y las habilidades, que según otros autores, no sólo es posible sino altamente deseable (13).

## EXPERIENCIAS FORMATIVAS EN BIOÉTICA

Podría decirse que una gran dificultad que se aprecia en la educación médica de hoy es la aparente separación que suele hacer el estudiante de su formación académica con el desarrollo de las acciones y capacidades para el potencial desempeño. Asimismo, hay dificultades con la educación médica para integrar el razonamiento clínico con el razonamiento moral; en tanto la práctica de la medicina lleva inmersa la valoración del acto moral de la atención médica, y las distintas disciplinas médicas y científicas tienen su dimensión bioética. En este sentido, es conocido que en las últimas décadas la bioética ocupa un lugar central en la praxis médica y es inherente a las decisiones clínicas, con repercusiones públicas que trascienden a los

medios de comunicación social. Todo ello, porque no hay consenso alrededor de situaciones clínicas que generan dilemas éticos. Entonces; ¿cómo intervenir en la educación médica para capacitar al estudiante en el abordaje de los dilemas éticos?

Antes de explorar las rutas pedagógicas para atender el interrogante se advierte que esa dificultad en el ámbito clínico y moral está muy bien descrita por el autor Albert Jonsen con una metáfora; comparando la teoría moral en medicina con un viaje en un globo aerostático y los juicios prácticos de la práctica clínica cotidiana como un viaje en bicicleta. El ciclista tiene que estar atento a los escollos que aparecen en el camino, pero muy pocas veces necesita interesarse por una visión general del territorio que transita; por su parte, el tripulante del globo tiene la visión panorámica del territorio, pero pierde de vista las particularidades del camino, tan cercanas al ciclista (14).

En relación con ese aspecto de la separación de categorías morales y clínicas en la educación médica, al indagar en los estudiantes cuál es su percepción de la formación ética en los estudios de medicina, merece destacarse esta respuesta:

(...) estamos en la antesala a una crisis de carácter (...) Los médicos jóvenes o en el último año ya muestran los primeros indicios de prepotencia o simple indiferencia; probablemente es lo que observan en muchos de sus profesores, que con la experiencia ya no sienten, ya no les importa nada más allá de la satisfacción personal, ya nada los sorprende. (...) Y nosotros, simples polluelos, espero que tengamos la valentía de guardar lo que, gracias a la misericordia divina, nos regala la bioética. Pero a veces no sé si reírme o asustarme frente

a los comentarios altivos y en algunos casos inhumanos que escucho decir a uno que otro de mis compañeros y temo por mi inmutabilidad frente a lo que escucho, frente a lo que vive a mi alrededor (15).

Esta conmovedora reflexión de una estudiante de tercer semestre no dista de otras preocupaciones sobre la percepción de situaciones no éticas en el escenario clínico, y cómo las mismas afectan o modifican el código de ética personal del futuro médico. Sin embargo, son pocos los estudios que han intentado evaluar cómo los estudiantes de medicina perciben su ambiente ético y el impacto que éste ejerce en su desarrollo moral. En uno de esos pocos estudios se demostró que los estudiantes de medicina observan cómo participan en conductas no éticas comenzando tempranamente en los primeros años de estudios, cuestionándose la influencia de esa exposición sobre el sistema de valores de los estudiantes (16). Otro estudio (17) revela dos fenómenos interesantes: primero, los potenciales efectos de exposición a situaciones no éticas como los comentarios inapropiados acerca de la situación de los pacientes; segundo, una paradoja ética: los estudiantes de medicina observan y aun participan en conductas no éticas, sin embargo, la mayoría sostiene que su código personal de ética no cambiará. Esto contrasta con los resultados encontrados por el estudio de Feudtner y colaboradores (18), en el cual el 62% de los estudiantes de tercero y cuarto año sometidos a la exposición de comentarios inapropiados acerca de los pacientes mostraron una gradual erosión ética en el curso del tiempo.

Los resultados allí obtenidos arrojan múltiples implicaciones: primero, la exposición de los estudiantes a situaciones no éticas dentro del ambiente clínico puede motivarlos

a mantener separados los códigos de ética: uno personal y otro como médico. Esta apreciación es particularmente soportada por la diferenciación en el desarrollo académico como médico versus el desarrollo como persona. Además, en lo relacionado con el código ético como estudiante de medicina, pocos estudiantes indicaron que su código de ética debía mejorar cuando le tocara efectuar estudios de residencia, y más bien indicaron que lo declinarían; segundo, la exposición al ambiente clínico puede causar en los estudiantes el cambio de sus valores, quizás sin el reconocimiento de ese cambio. Esta suposición es soportada por la gradual aceptación de comentarios inapropiados a lo largo de los años de estudios.

Los resultados sugieren que los estudiantes de medicina son motivados a justificar razonablemente sus observaciones y participación en conductas no éticas. De conformidad, su código de ética se transforma tanto, que está de acuerdo con su conducta, creando una relación inconsistente entre las dos. Por lo anotado, se aprecia complejidad y niveles de dificultad existentes alrededor de los procesos formativos en medicina y en relación con los del acto médico; con sus repercusiones éticas en tanto esos desacuerdos en ética médica tienen características de irresolubilidad.

Ante esta problemática, las intenciones formativas han de contemplar y privilegiar diseños curriculares no asignaturistas, que expresen la transdisciplinariedad de la bioética, inmersa en la dimensión del saber científico y clínico en estudio. Estos diseños se facilitan y tienen respaldo, porque se observa un interés creciente entre clínicos en el aprendizaje de la bioética, y es destacable el papel desempeñado por algunas universidades del país con diferentes influencias alrededor de las escue-

las de pensamiento bioético; que capacitan para la formación avanzada de docentes en esa disciplina; lo que para Peter Singer y McKneally (19); enseñar bioética para clínicos es una tarea especial que sin embargo no resulta difícil para los que son profesores activos; por lo que desde los espacios formativos en la educación médica, la bioética se convierte en herramienta pedagógica integradora, que articula el razonamiento clínico y moral, fundamentando las decisiones y cursos de acción ante las problemáticas morales del acto médico que generan dilemas éticos. El interés de las facultades de medicina en las metodologías de la bioética para el abordaje de los dilemas éticos ha de estar materializado en la operatividad de comités de bioética, que desarrollan una labor educativa. Todas estas estrategias generan significado en la medida de su aproximación real a las problemáticas éticas, y la metodología más adecuada será aquella que más se ajuste a los casos paradigmáticos comunes, situando la bioética clínica en la cama del enfermo, con dinámicas de participación de grupos pequeños, y destacando los temas tratados al nivel de formación del estudiante.

## EL ESCENARIO GENERAL

No es posible ocultar la compleja situación de los sistemas de atención sanitaria y de educación médica en Colombia, por cuanto en instituciones de prestación de servicios que integran el sistema sanitario se ofician prácticas formativas y son escenarios en los que participan múltiples actores con diversidad de intereses; lo cual, en cierto modo, ha incidido en transformaciones y continuas regulaciones de los modelos de prácticas asistenciales formativas entre las instituciones hospitalarias y las de educación

superior formadoras del recurso humano en salud. Ambas entidades participan mediante convenios con la permanente obligación de dar pruebas de calidad en la educación y la asistencia profesional, para dispensar a los pacientes los servicios de un cuidado integral que permitan contribuir a elevar los estándares de salud de la población (20).

Este ámbito de complejidad interinstitucional para la formación profesional en medicina evoca un pasado histórico, en que las concepciones pedagógicas de la ética se expresaban como un saber implícito, inherente al proceso de formación profesional. En su mayor parte, los profesionales de la medicina se atenían a lo establecido en el código de ética plasmado en el juramento hipocrático, que no era objeto de análisis y reflexión por parte de los mismos. Sin embargo, la transformación en la atención sanitaria convierte a las instituciones hospitalarias a la luz de modelos empresariales y con vocación científica biomédica; por lo que en las sociedades actuales, cada día más centradas en la economía, y con un alto grado de desarrollo científico y tecnológico, enfrentan a los estudiantes y profesionales de la salud a situaciones que exigen, de manera muy especial, un análisis y reflexión de carácter ético, para lo cual la tradición hipocrática parece insuficiente.

Es el caso de los dilemas morales frente a tratamientos extraordinarios en unidades de cuidados intensivos, o en situaciones como las tecnologías de asistencia reproductiva, la problemática del embrión humano, y muchas otras; donde muchas veces se quedan en entredicho principios morales o religiosos fuertemente anclados en la tradición, o aquellos que surgen de la racionalización de la prestación de servicios de salud, donde con frecuencia entran en conflicto las exigencias



de eficiencia de las empresas promotoras y prestadoras del servicio y las exigencias de calidad de parte de los usuarios (21).

Ese es el escenario que afrontan las cohortes estudiantiles y de profesionales en su proyección futura, como también la realidad de los escollos presentes en las distintas representaciones de generaciones médicas.

Según se aprecie, cada una enfrentando sus incertidumbres, ideales y pensamientos. Identidad humanística del neófito con la del profesional avezado de pasadas generaciones que se refugia en la concepción clásica de la vocación médica. Confusión y sueños del estudiante, que se detiene en espacios de reflexiones bioéticas y se enfrenta a problemáticas crecientes en actitud comparable con el profesional de una generación recién egresada, expresando:

(...) Por un lado tenemos Bioética, en donde aprendemos, nos hacemos conscientes de la proyección social y la imagen pública que representa el médico, así como también que sin importar la edad, religión u origen de la persona que tenemos al frente, es alguien a la par de nosotros, por lo que debemos tratarla como tal. En contraposición, recibimos otros mensajes en los cuales nos dicen que somos vendedores: vendedores de fármacos, vendedores del sistema, vendedores de salud, y que por tanto debemos tratar de lo mejor al cliente para que no se nos vaya. ¿Qué significa eso? Para ser sincera, aún no termino por entenderlo. Lo que sí entiendo es la presencia de una gran contradicción en la educación médica: ¿brindamos servicios de salud o vendemos el servicio de salud? (22).

En esta reflexión se traducen algunas tensiones que se generan entre la bioética y la

salud pública, muy sensibles para el neófito; pero refleja el significado transcurricular que integra la práctica formativa de una bioética social y sus aproximaciones con la bioética clínica; en fin, las variadas dimensiones bioéticas de las diferentes disciplinas médicas.

## CONCLUSIONES

Para el profesional y docente de la medicina puede haber respuestas a las preguntas y explicación a las incertidumbres que plantea el estudiante. Muchas más de lo que éste puede imaginar. Y en este intento de clarificar las relaciones entre el proceso de educación médica y el desempeño profesional pareciera existir un eslabón que trasciende los nexos convencionales entre esas actividades y permite además la comprensión del pensamiento y accionar de la generación intermedia, aún por explicar. Porque inspirado en el pragmatismo norteamericano de John Dewey, el médico y profesor universitario Joseph Fins ha propuesto una metodología académica de razonamiento moral llamada *pragmatismo clínico* (23), que puede facilitar la comprensión del pensamiento en esa generación; la cual se ha venido adaptando a las influencias de sus experiencias formativas y del desempeño, y podría decirse que hoy es el eje donde gravita la capacidad resolutoria del talento humano para la prestación de la asistencia sanitaria en Colombia. Es más, son médicos tan versátiles, que hasta ofician de ejecutivos con fuero de clínicos. Han incursionado en los ámbitos científico, académico, económico y empresarial del sector sanitario y educativo, emprendiendo acciones como actores no aislados dentro de estos sistemas, que los posiciona como líderes que sirven de referente a sus pares profesionales.

Pero más allá del pragmatismo con que actúan para enfrentar la complejidad del sistema sanitario y educativo, no parecen ser ajenos a los enfoques y aplicación de metodologías que pretenden armonizar el razonamiento científico biomédico con el razonamiento moral; como expresiones de un razonamiento práctico para afrontar problemáticas complejas que generan dilemas en la atención clínica. Ya en la mencionada metáfora de Albert Jonsen, la interpretación de los autores Ferrer y Álvarez (24) advierte que en ella hay elementos de verdad que animan a su aproximación, cuando afirman que no están tan seguros que la teoría moral esté, en realidad, tan distante de las realidades cotidianas, y según ellos, es indispensable una confrontación permanente de ambas perspectivas: la del ciclista y la del tripulante del globo.

Finalmente, se aprecia que en los presupuestos formativos de la educación médica de hoy trasciende el significado del mensaje contenido en la concepción primigenia de la bioética de Potter (25), como imperativo clínico de armonizar la ciencia con las humanidades desde la perspectiva del razonamiento práctico en la medicina. Pero cabe agregar que más allá de esa consideración pedagógica, y distante de todo ánimo positivista, mantiene vigencia uno de los términos de la declaración de la Conferencia Mundial de Educación Médica en Edimburgo, 1993, que señala a las ciencias como el centro de todo programa de formación; articulando la capacidad y el saber técnico del médico con su habilidad procedimental; unidos con las virtudes, valores y principios formativos que confiere la bioética, para identificar dilemas éticos que surgen en la práctica clínica y decidir cuándo es moralmente justificable un curso de acción atendiendo el criterio del cuidado debido y del mejor interés por el beneficio del paciente

(26), que satisfaga las expectativas del mismo y sus familiares, en sintonía con el contexto general y la valoración de calidad de vida; lo cual es coherente con la obligatoriedad social del rigor académico en las facultades de medicina; porque sin el buen conocimiento del terreno médico, *el ciclista puede encaminarse por un camino totalmente errado y terminar en las antípodas del destino deseado* (24). He allí una justificación de los intentos pedagógicos de aproximación hacia el encuentro con la bioética clínica para proyectar el futuro moral de la educación médica.

**Conflicto de interés:** Ninguno.

**Financiación:** Universidad de Cartagena.

## REFERENCIAS

1. Engelhardt D. Sobre la clasificación y sobre la historia de la Ética Médica. *Labor hospitalaria*. Instituto Borja de Bioética 2000; 255: 36-47.
2. Roselli D. El desarrollo histórico de las especialidades médicas. *La medicina especializada en Colombia. Una aproximación diagnóstica* 2000: 31-42.
3. Córdón LA. Aliviar. Un derecho inalienable de todo paciente. [http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/730/1/Aliviar-Un\\_derecho-inalienable-de-todo-paciente.html](http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/730/1/Aliviar-Un_derecho-inalienable-de-todo-paciente.html): 20-08-2009
4. Garrafa V. Multi-Inter-Transdisciplinariedad, Complejidad y Totalidad Concreta en Bioética. *Estatuto Epistemológico de la Bioética* 2005: 67-84.
5. Gracia D. Investigación clínica. *Profesión médica, investigación y justicia sanitaria* 2002: 77-110.
6. Díaz M. Flexibilidad y organización de la educación superior. *Flexibilidad y educación superior en Colombia*. ICFES 2002: 59-116.

7. Bascuñan ML. Cambios en la relación médico paciente y nivel de satisfacción de los médicos. *Revista médica Chile* 2005; 133: 11-16.
8. Olivera A. Orígenes y vínculos de la bioética con la educación médica. *Bioética en la educación médica* 2008: 21-38.
9. Lorda PS. Ética de la empresa sanitaria. *Ética de las organizaciones sanitarias* 2005: 28-32.
10. Gracia D. La enseñanza de la ética médica. *Fundamentación y enseñanza de la bioética* 2000: 175-184.
11. Díaz BF, Hernández RG. Constructivismo y aprendizaje significativo. *Docentes del siglo XXI. Estrategias docentes para un aprendizaje significativo* 2001: 13-33.
12. Culver C, Clouser D, Gert B, Fletcher J, Jonsen A. et al. Basic curricular goals in medical ethics. *New England Journal of Medicine* 1985: 253-56.
13. Baldwin WC, Steven RD, Self DJ. Changes in moral reasoning during medical school. *Academic Medicine* 1991; 66: 1-3.
14. Jonsen A. A of ballons and bicycles. The relationships between ethical theory and practical judgment. *Hasting center report* 1991;5: 14-16.
15. Cantillo L. Documento Taller académico de Bioética. Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena; 2009.
16. Satterwhite R. Doing what I know is wrong: a survey on unethical conduct at one medical school. *Academic medicine* 1998; 73: 529-31.
17. Satterwhite R, Satterwhite III W, Enarson C. An ethical paradox: the effect of unethical conduct on medical student's values. *Journal of medical ethics* 2000; 26: 462-65.
18. Feudtner C, Christakis DA, Christakis NA. Do clinical clerks suffer ethical erosion? Student's perceptions of their ethical environment and personal development. *Academic medicine* 1994; 69: 670-679.
19. Singer P, Mckneally M. Bioethics for clinicians: Teaching bioethics in the clinical setting. *CMAJ* 2001; 164(8): 1163-1167.
20. Bitrán CM. Investigación en educación médica. <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/ArsMedica15/Ivestigacion.html>: 21-08-2009
21. Gallego F. Documento académico. Facultad de Ciencias humanas. Postgrado Auditoría Médica. Universidad de Cartagena; 2008.
22. Suárez J. Documento Taller académico de Bioética. Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena; 2009.
23. Fins J. Aproximación y negociación: El Pragmatismo Clínico y las diferencias. *Bioética. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud* 1999; 6: 91-108.
24. Ferrer JJ, Álvarez JC. El Paradigma casuístico. Para fundamentar la bioética 2003; 163-181.
25. Potter VR. Bioética Puente, Bioética Global, Bioética Profunda. *Bioética. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud* 1999; 7: 21-35.
26. Beauchamp T, Childress J. Nonmaleficence. *Principles of Biomedical Ethics* 2009; 149-196.