

Qué hacer por una educación médica integral

What to do for an integral medical education

Álvaro Olivera Díaz¹

Resumen

En un periodo de crisis, con cuestionamientos al sistema sanitario en Colombia, facultades de medicina están interesadas en impartir desarrollos humanísticos, culturales y sociales, en adición a los conocimientos y habilidades disciplinares. Esto como parte de una formación integral que procura ideales morales para la profesionalidad.

Para ser consistentes con ese propósito pedagógico, los diseños académicos y curriculares han de mostrar acciones de organización y distribución de conocimientos, estimando los desafíos éticos y políticos del sistema sanitario y el valor de la vocación moral del aspirante, como presupuesto del futuro profesional.

Este artículo muestra potenciales barreras del modelo, y propuestas de intervenciones, visionando niveles de formación disciplinar permanentes desde las ciencias y las humanidades médicas.

Palabras clave: Educación médica, humanidades médicas, formación integral.

Abstract

In a period of crisis, with questions about Colombian health system, medical schools are interested in education imparting humanistic, cultural and social development, additional to knowledge and disciplinary skills. This is as part of comprehensive educational training to moral ideals of profession.

To be consistent with the pedagogical purpose, academic and curricular designs have to show actions on organization and distribution of knowledge to consider ethical and political issues of the health system and applicant s moral vocation as budget of future professional.

The article shows potential barriers to the model and proposed interventions, envisions levels of permanent disciplinary training since the medical humanities and sciences.

Keywords: Medical education, medical humanities, integral training.

Fecha de recepción: 15 de julio de 2012
Fecha de aceptación: 24 de octubre de 2012

¹ Pediatra. Especialista en Educación Médica. Magister 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

En el actual discurso pedagógico de la educación superior, la formación integral es un propósito para lograr niveles de equilibrio entre el interés por el conocimiento, por el saber y el tener como expresiones de poder, en los que parece estar empeñado el actual modelo de sociedad. Pero la realidad es que a pesar de las buenas intenciones formativas, no es claro por qué existe una brecha entre la educación y el ejercicio de la profesión, que distancia el contenido del discurso formativo con la observancia de la realidad social, porque a diario se observan actos que la sociedad reprocha en el servicio público o privado, derivados a veces de la mala conducta de algún profesional, lo cual no deja de ser inconsistente.

La educación médica en Colombia no es ajena a ese discurso ni al reto social de la salud en un periodo de crisis financiera del sistema sanitario, alentado por la industrialización y los afanes de ingresos económicos, por lo que se cuestiona la operatividad del modelo y se reclaman ajustes en las políticas del Estado para afrontar este período. Las universidades están convocadas al cumplimiento de su misión formativa. En las facultades de medicina invocan el principio de formación integral. Los estudiantes al iniciar la carrera son atraídos por la oferta curricular.

Sin embargo, de las percepciones en el aula surge una preocupación porque con el transcurrir de los semestres se observa que los estudiantes suelen designar los saberes académicos de contenido humanístico como materias de *relleno o costura*. En esa actitud se manifiesta una debilidad en la adherencia al currículo que puede derivar de diversas lec-

turas, entre otras: el carácter del estudiante, el contexto institucional del país, la crisis del modelo sanitario, y la imprecisión en los alcances del término educación integral. De allí surge la cuestión: ¿qué hacer por una educación médica integral?

Considerar la integralidad en el currículo médico es un imaginario académico que se institucionaliza con organización administrativa a partir del conocimiento de lo justo en materia de opciones educativas que haga posible su cumplimiento. Se expresa con ideales de máximos y se nutre en la obligación desde lo mínimo. Incluye la institucionalidad e infraestructura física educativa y hospitalaria y un recurso humano basado en la selección meritatoria de profesores y estudiantes. En estos se priorizan el carácter y la vocación por la medicina que deriven en educación médica permanente. Esa intención plantea al menos tres niveles: 1. nivel básico de vocación en el aspirante, 2. nivel de formación profesional y personal, y 3. nivel de postgrado. Seguidamente se verán en el texto.

NIVEL BÁSICO DE VOCACIÓN

Reside en criterios de evaluación para seleccionar aspirantes a la carrera de medicina, y puede haber discrepancias entre instituciones en cuanto algunas se reservan el derecho de admisión. En todo caso, los criterios se han transformado con el tiempo ajustados al orden institucional y legal; pero al parecer no existe un referente académico universal que explique lo que ha de ser el mejor modelo de selección. Por eso las instituciones educativas adoptan lo que estiman transparente y adecuado al mérito para ser admitido; por ejemplo, las mejores capacidades cognitivas para el razonamiento lógi-

co-matemático y la comprensión lingüística de textos basada en pruebas masivas de carácter objetivo.

Y parece ser que no basta con eso; sería deseable, además, estimar la actitud primaria del aspirante y el nivel de su desarrollo psicológico y de valor moral que intenten explorar el tema de la vocación médica, porque en términos de acumulados históricos hay acuerdos sobre el tema; son conocidos, por ejemplo, los aportes de Gregorio Marañón sobre la vocación médica, citados por Gracia y Córdoba, al destacar que la vocación es (...) “la voz, voz interior, que llama hacia la profesión” y (...) “la medicina es una de las profesiones que en mayor medida requiere una fuerte vocación” (1, 2).

Identificar el carácter vocacional del potencial estudiante de medicina sería una medida pedagógica necesaria, en tanto la formación integral del médico no solo depende de los *programas de estudio*; también influyen las actitudes y demandas de los pacientes, el modelo del sistema sanitario, y además, la personalidad y actitudes del neófito: “Como estudiantes, debemos ser los que tomemos la iniciativa de nuestra propia formación integral, independiente al diseño curricular de las universidades, y el primer paso para lograrlo es la identificación de nuestra vocación” (3).

De manera que apelar al criterio de un carácter moral básico y actitudes para ingresar a las facultades de medicina, unidos a posteriores conocimientos y habilidades clínicas adquiridas en buenas instituciones educativas y de asistencia sanitaria, aporta fundamentos básicos para aspirar a ser médico (a) integral (4, 5, 6).

Sobre el tema, la investigación en el aula parece constatar que para muchos en la vocación reside el sentido de las preferencias: (...) “estudiamos medicina porque nos gusta servir y ayudar a los necesitados” (7).

Sin embargo, más allá de los rasgos altruistas de la vocación invocados en la tradición milenaria de la medicina se nota que del contexto sanitario derivan hechos vinculados con claros intereses que confunden al estudiante, en tanto la realidad pública inherente al aseguramiento en salud oficializa la intervención de actores privados que invierten recursos y procuran la utilidad y rentabilidad económica en la dinámica de funcionamiento del sistema.

En términos de una interpretación franca de la realidad sanitaria sin perjuicio de la vocación, habría que deshacerse de prejuicios decrépitos que homologan la vocación médica al significado social de un ejercicio desinteresado del servicio, porque parece reñir con la verdad. Y si bien es valorable y exigible moralmente el sentido vocacional del médico, este es compatible con el ejercicio profesional que desarrolla un trabajo como sustento material y espiritual de vida.

Entonces; ¿qué hace distinto a quien pretende estudiar medicina de quien estudia otra carrera? Probablemente una respuesta es que para seleccionar y admitir aspirantes a profesar el cuidado de seres humanos haya que esculcar preferiblemente en ellos rasgos del carácter moral que definan el sentido de su virtud vocacional, ya que algunas veces ejercerán en circunstancias muy difíciles que demandan más allá del mínimo esfuerzo convencional, en lo que estará a prueba su personalidad y actitud genuina de pre-

ciados ideales morales, dado que (...) “no es el obligado respeto a la ley, sino la tendencia a la excelencia moral, la característica fundamental de la profesión médica” (8).

Así, cuando se habla de educación médica integral se ha de estimar en el aspirante a ser seleccionado los acumulados de formación básica, donde reside una gran oportunidad educativa para incluir a la niñez, convocando a la familia en procura de un desarrollo personal que no los haga *extraños morales* en sistemas de valores socialmente contruidos; facilitando su inserción escolar, cultural y social en espacios de desarrollo cognitivo, psicológico y moral (9,10).

A partir de ese ámbito de desarrollo previo que sirve de base para definir perfiles del neófito, valgan las amplias y flexibles ofertas de las instituciones de educación superior valorando capacidades y méritos de quienes pretenden ser médicos y tengan así la justa oportunidad de lograrlo.

FORMACIÓN PERSONAL Y PROFESIONAL

Durante siglos, la práctica médica occidental ha mantenido del legado de Hipócrates su dimensión clínica y ética extensiva a la educación médica como un arquetipo de acumulados históricos provistos de los esbozos de la ciencia, arte y virtudes; aunque, en verdad, hoy se difumina en consideraciones de hechos académicos con los que se pretende estructurar un diseño de educación médica integral.

Todo es así porque con el tiempo transcurrido es poco lo que queda en el devenir de la medicina actual, sujeta a la transformación

de valores médicos bajo el influjo de las tecnociencias que han dado impulso a otras visiones; por ejemplo, la moralidad ya no consiste en ajustarse al orden natural de las cosas; si la naturaleza no puede, allí estará la ciencia y la tecnología para hacerlo posible. Pero a pesar de ello, es cierto que algunas veces los médicos han dicho: “permite que la naturaleza siga su curso”; y la medicina, sin embargo, ha sido una interferencia para la naturaleza. Así que por el influjo de las tecnociencias desde el siglo anterior (para citar un hecho), la medicina, a través de la reproducción asistida, se opondría al curso natural de ciertas formas de infertilidad.

Y ya en el transcurrir de la ética práctica, qué decir del advenimiento de las unidades de cuidado intensivo y de las interferencias mediadas por intervenciones que se oponen al orden natural de los límites razonables de la existencia en los confines de la vida.

Muchas son las disciplinas que han participado de las reflexiones morales suscitadas por esas intervenciones, lideradas, entre otros, por representantes de filósofos de la ciencia biomédica. Stephen Toulmin tituló un ensayo *Cómo la medicina salvó la vida de la ética* (11). Se refería a una ética que valida la reflexión moral en temas concretos y particulares que interesa a la vida de las personas y dista de posturas teóricas metafísicas... A partir de la década de 1960 ocuparía espacio en el funcionamiento de la medicina. En el terreno clínico y en los ambientes de aprendizaje médico se advertía el ocaso de la otrora postura paternalista, y emergía el principio de respeto a la autonomía de los pacientes. Estos encontraban en el derecho legal a un mínimo decente en salud, una conquista de gran alcance social en términos de justicia sanitaria (12,13).

Pero más allá de la superación del paternalismo, médico y paciente asistían a un escenario sanitario complejo, provisto de dificultades para los actores del sistema, a la cual no escapa ni es ajena la educación médica. Esta es testigo de una relación asimétrica y un tenso juego de roles por el derecho a la salud, regulada por normativas que sustituyen la responsabilidad moral y profesional por el deber *per se*, lo cual es típico de un modelo de sociedad postmoralista (14), que subvalora aspectos vocacionales de la profesión por las regulaciones deontológicas aplicables al accionar del prestador y del asegurador, escenificando visibles momentos de tensión crecientes.

En consecuencia, surgen cambios en instituciones asistenciales que a menudo fijan límites y restringen oportunidades reales a prácticas formativas afectando la adquisición de conocimientos y habilidades procedimentales, que contrasta con aquel estilo formativo en el que se privilegiaban las destrezas en la formación disciplinar, reflejada en virtudes por las capacidades resolutivas que caracterizaban a los médicos en esas generaciones.

Al identificar diferencias académicas con el paso del tiempo, se visionan escenarios reales que profundizan el sentido de las reflexiones y desafíos que son característicos en periodos de crisis como el actual, en los que se acude, entre otras instancias de solución posibles, al razonamiento académico y ético, en tanto la condición de la salud humana es un reto social y centro del problema de estudio para la educación médica.

La búsqueda de soluciones justifica esfuerzos que definen un renacer de propósitos integrales de la formación médica, tratando de aportar salidas virtuosas en este periodo

de crisis sanitaria, cuando el problema parece estar más allá de los límites racionales en la frontera económica de la salud, porque a diario se escucha que ninguno de los actores del sistema se encuentra satisfecho, y aunque el tema de la economía supera las intenciones de análisis en este escrito, desde las instancias de gobierno se dice que a pesar de los vientos recesivos del exterior, la economía del país anda bien; pero quizá en materia de moralidad administrativa del sector sanitario no se puede expresar lo mismo.

Entonces surge el tema de la ética pública sanitaria, porque (...) “el problema de la ética ha sido siempre un foco de meditaciones, sobre todo en los periodos de crisis o transición, ya que los objetivos del progreso económico sólo se justifican si se centran en el hombre y su bienestar social” (15).

Es por ello ineludible la visión de la ética médica en la perspectiva de formación integral en conexión con el ejercicio médico. Porque si bien la solución de la problemática sanitaria –que afecta a la educación médica– es un tema de política pública en la que las instituciones educativas no disponen de medios resolutivos, sí es de interés para la educación médica integral abordar temáticas trascendentes en materia de ética pública para generar cultura de valores propios que transformen el funcionamiento sanitario mediante actitudes del estudiante extensivas al imaginario social en relación con rasgos personales expresados en virtudes que haga revalidar aquella medicina compasiva y solidaria que se resiste a renunciar al equivalente moral del carácter personal (...) “porque la medicina no es solo una ciencia operativa y técnica, sino una práctica social fundada en el humanismo” (16).

Por ello se espera que la búsqueda académica de humanización a través de las humanidades médicas genere esos actos de reciprocidad e interdependencia positiva, para que médico y paciente posicionados de una relación simétrica, en la medida de lo posible, se reconozcan como personas que se valoran en términos de *justicia conmutativa*, privilegiando la posibilidad de entendimiento y una comunicación respetuosa entre ellos.

Sin embargo, hay que admitir que el horizonte de sentido académico en la búsqueda de humanización médica encuentra barreras visibles, que, por supuesto, generan retos curriculares crecientes porque en el aula es de común ocurrencia las expresiones tácitas o explícitas de los estudiantes que en sus gestos no académicos están mencionando a las asignaturas médicas de valor humanístico *materias de relleno*.

Esa postura explicaría que tal vez enfoques basados en asignaturas desprevenidamente tienden sus propias barreras a los propósitos académicos de primer orden como la formación médica integral, en tanto no se pondera la integración de esos saberes con los científicos. Esto se refleja a menudo en los ambientes de aprendizaje cuando se pretende justificar razonamientos prácticos de naturaleza clínica. Se aprecia que comúnmente el razonamiento moral está sujeto al mínimo convencional, por cuanto lo normativo, lo biológico y lo clínico a menudo sustituye y desplaza a lo ético.

Pero validando los esfuerzos académicos y de acuerdo con la opinión de Rodríguez Portales, hay saberes “que deben explicitarse como los de la ética clínica y de correcto razonamiento, ya que no se pueden dar por sabido”, porque se asumen riesgos morales: “el riesgo de suponernos éticos y otras ma-

las costumbres”, quizá como la de considerar que la ética ya está dada y aprendida, por lo que solo basta para demostrarlo la sujeción al ordenamiento normativo (17,18).

Tal vez por ello cabe reiterar en los escenarios de aprendizaje clínico que uno de los grandes aportes derivados de la renovación ética para la educación médica integral es la posibilidad de potenciar su práctica reflexiva con saberes humanísticos alrededor de conocimientos insertos en el razonamiento práctico de la medicina, “considerando que no es optativo ser reflexivo en la práctica profesional de la medicina”, porque la propia medicina crea y exige esa lógica reflexiva, y si bien el saber científico biomédico cuenta con la validación rigurosa de métodos objetivos enmarcados en la medicina basada en evidencias –nuevo paradigma clínico para toma de decisiones consensuadas–, eso no excluye la posibilidad de reflexionarlo en relación con la dimensión moral del razonamiento clínico cotidiano (4,19, 20).

En la tabla adjunta se sintetizan las barreras para la educación médica integral en el pregrado:

Tabla 1. Barreras en la educación médica integral

Tensiones entre los actores.
Límites de tiempo para escuchar a los pacientes.
Acceso restringido a prácticas formativas.
Hechos de corrupción administrativa.
Interés en la rentabilidad económica.
Actitudes y demandas crecientes.
Sistema de creencias que privilegian la asistencia.
Nomenclatura de asignaturas.
Fronteras aisladas entre asignaturas.
Aislamiento de saberes humanísticos y clínicos.
Adolecer de un carácter vocacional <i>per se</i> .

Fuente: elaborada por el autor.

NIVEL INTEGRAL DE POSTGRADO

El propósito de educación integral en las especialidades médicas y quirúrgicas también plantea barreras: a) bajas inversiones en infraestructura y en tecnologías de información, b) débiles acuerdos sobre estrategias académicas y curriculares, c) débiles modelos para la enseñanza interdisciplinaria, d) crisis financiera del modelo sanitario (21).

Al margen de la primera barrera, que por obvias razones supera los alcances de este artículo, se intenta una mirada al tema de la interdisciplinaria, las estrategias curriculares y la crisis del modelo sanitario.

La carencia de interdisciplinaria, como barrera potencial en la educación médica, evoca a Michael Balint, psicoanalista, quien desde mediados del siglo XX creó grupos de reflexión común en el Reino Unido sobre dificultades de relación con los pacientes. Buscaba mejorar las capacidades asistenciales entre las disciplinas o especialidades. Es decir, interdisciplinaria médica (4).

En esa dirección, Albert Jonsen, profesor de ética en la Facultad de Medicina de la Universidad de Washington, formulaba preguntas: ¿Cuál es el significado de la ética médica para la medicina moderna, los cuidados y políticas de salud? ¿De dónde vino la nueva ética médica? Imaginaba que quienes trabajan en este nuevo campo solamente ahora comienzan a reflexionar sobre esas preguntas. La nueva medicina y la vieja ética intentarían algunas respuestas (22).

Quizá por ello Joseph Fins, profesor de medicina interna en Estados Unidos, expresaba que durante tantos años en la medicina no fue necesario esforzarse mucho para comu-

nicarse bien con el paciente porque el médico sabía lo que él necesitaba. Esto cambiaría en las últimas décadas con el nacimiento de la *bioética*, porque en su base está la voz del paciente y la importancia de compartir decisiones y de comunicarse con él (23).

En el pensamiento del profesor Fins destaca la importancia de la bioética en la relación interdisciplinaria de la medicina. Expresa que así como existe el proceso de diagnóstico diferencial en la medicina, hay también un proceso de diagnóstico diferencial en la ética después de cultivar los detalles científicos narrativos, los del contexto y las normas sociales. Lo que se busca con ese método es superar la división entre la teoría ética y la práctica médica.

En la búsqueda de respuesta al qué hacer por la educación médica integral, una consideración es la importancia de integrar saberes a través de la interdisciplinaria en apreciación práctica del proceso de aprendizaje para los estudiantes; porque cuando se parcelan los contenidos disciplinares podría percibirse que se dan unas fronteras visibles en el currículo que fragmentan los saberes (24, 25). Los estudiantes suelen reaccionar con desinterés académico ante esas posturas ambiguas y utilizan, como ya se anotó, nomenclaturas propias de ellos para denominar esos saberes fragmentados y desarticulados de los de la formación específica. Podría pensarse, en consecuencia, que la formación médica integral con perspectiva humanística conciba la interdisciplinaria explícitamente en el currículo con otros saberes profesados por el docente.

Pero más allá de lo puramente curricular y académico, a estos estamentos no les está vedado las miradas de la problemática de

salud; y más bien les corresponde, porque según Diego Gracia, esta (...) “ha dejado de ser una cuestión que los individuos gestionan privadamente para convertirse en problema público, político... No puede extrañar por ello que uno de los capítulos más vivos y polémicos de la bioética actual sea el de la justicia sanitaria”.

Según esa perspectiva integral, se cuestiona el actual modelo de aseguramiento en salud como potencial barrera formativa (porque genera tensiones éticas entre los actores y nadie se siente satisfecho), sustituible a partir de un referente público unificado y financiado estatalmente. Sería una opción para superar el actual estado de cosas que no satisface a ninguno de los actores presentes, en particular a los médicos, porque pareciera negarles el *ethos* sanitario; aunque a pesar de ello se han venido adaptando al sistema, quizá por necesidades materiales propias de su condición humana; o por la sustitución de la vocación genuina, asimilada a lo normativo, e instruida desde instancias políticas y jurídicas; porque hoy en día la ética profesional es imitadora de la ley, es una *ética sin moral*, con todo lo que eso representa, en tanto erosiona ideales y virtudes del profesional de la medicina (26).

CONCLUSIONES

Los métodos convencionales de la educación médica integral están concebidos como ideales morales de prácticas clínicas cotidianas que se apoyan en la ética y conllevan la prestación creciente de acciones humanizadas. No obstante, existen tensiones ético-políticas derivadas de la crisis en el financiamiento del actual modelo sanitario que suscitan cuestionamientos al sistema de aseguramiento en salud, con claras inciden-

cias que afectan la formación profesional, generando desafíos en las generaciones docentes y estudiantiles que afrontan el devenir formativo de la integralidad.

La integralidad es un escenario que demanda esfuerzos académicos y revaloraciones, donde siempre será relevante el papel del docente, porque al decir de Savater, (...) “quien pretende educar se convierte en cierto modo en responsable del mundo ante el neófito” (27).

Por lo tanto, corresponde educar bien a las generaciones presentes y venideras, y al margen de barreras que se opongan a la educación integral, con criterios distantes a los de la falta de control institucional para ciertos programas de medicina que pretenden intereses más allá de lo académico, creándole así al sistema sanitario un volumen de médicos cuyo presente no puede con la nostalgia de evocar el pasado de un arte imperecedero, porque hoy día se difumina la imagen de aquel médico benevolente que antaño se esforzaba en mantener la vigencia de la virtud compasiva hacia el paciente como símbolo de una medicina sana y extensiva con la imagen del buen médico que otrora se legaba de los maestros.

Conflicto de interés: Ninguno.

Financiación: Universidad de Cartagena.

REFERENCIAS

- (1) Córdoba R. El elemento ético religioso en la relación médico paciente. *Persona y Bioética* 2007; 11(2): 156 - 9.
- (2) Gracia D. *La enseñanza de la ética médica. Fundamentación y enseñanza de la bioética*. Bogotá; 2004. pp. 175 -184.

- (3) Mena D. Documento académico. Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena; 2012.
- (4) Tizón J.L. Sobre la formación integral del médico: aportaciones de las primeras jornadas estatales de estudio y reflexión sobre el tema. *Educación médica* 2009; 12 (4): 209 - 21.
- (5) 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 - 256.
- (6) Drane J. *Cómo ser un buen médico*. Santafé de Bogotá: San Pablo; 1998.
- (7) Olivera A. El devenir en educación médica: un encuentro con la bioética. *Salud Uninorte* (Barranquilla, Colombia) 2010; 26 (2): 349 - 59.
- (8) Martínez K. La educación en bioética, camino para la profesionalidad. *Revista calidad asistencial* 2011; 26(1): 62 - 6.
- (9) Engelhardt JR. *The foundations of bioethics*. New York: Oxford University Press; 1996.
- (10) Thomas L. (Singer P., editor). *La moralidad y el desarrollo psicológico. Compendio de Ética*. Madrid: Alianza Editorial; 1993: 621 - 635.
- (11) Toulmin S. How medicine saved the life of ethics. *Perspectives in biology and medicine* 1982; 25(4): 736 - 50.
- (12) Beauchamp T, Childress J. *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press; 2009.
- (13) Gracia D. *Profesión médica, investigación y justicia sanitaria*. Bogotá: El Búho; 2002.
- (14) Lipovetsky G. *El crepúsculo del deber*. Barcelona: Anagrama; 2000.
- (15) Berlinguer G. Conflictos y orientaciones éticas en la relación salud y trabajo. *Salud de los trabajadores* 1994; 2(2):91 - 106.
- (16) Rodríguez A. Hacia la humanización en salud. *ARS Médica*; 10(10). Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/ArsMedica/ArsMedica10/Ars17.html>
- (17) Rodríguez J. Profesionalismo y educación médica. *ARS Médica*; 15(15). Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/ARSMedica15/Profesionalismo.html>
- (18) De Currea V. Sobre el riesgo de suponernos éticos y otras malas costumbres. Ponencia V *Encuentro de Educación Superior en Salud. El profesional de la salud: un ser humano ético y social*. Medellín, Universidad de Antioquia (Colombia); 2011.
- (19) Tajer C. Haciendo posible el debate sobre la medicina basada en evidencias. *Revista argentina de cardiología* 2010; 78 (5): 459 - 66.
- (20) Ferrer JJ, Álvarez JC. *Para fundamentar la bioética*. 2ª ed. Madrid: Desclée de Brouwer; 2003.
- (21) Hirsh D Ogur B, Thibault G, Cox M. "Continuity" as an organizing principle for clinical education reform. *The New England Journal of Medicine* 2007; 256 (8): 858 - 66.
- (22) Fins J. Experiencia norteamericana en la enseñanza de la bioética. *Memorias del Seminario -Taller educación en bioética*. Programa Regional de Bioética. OPS/OMS. Concepción (Chile); 1996. pp. 31- 40.
- (23) Jonsen, A. The birth of bioethics. *Hasting Center Report* 1993; 23 (6).
- (24) Garrafa V. *Estatuto epistemológico de la bioética*. México: Unesco; 2005.
- (25) Díaz M. *Flexibilidad y organización de la educación superior en Colombia*. Bogotá: Icfes; 2002.
- (26) Cortina A. *Ética sin moral*. Madrid: Tecnos 2008.
- (27) Savater F. *Política para Amador*. Barcelona: Ariel; 1992.