

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

“LA FORMACIÓN INTEGRAL DEL ODONTÓLOGO EN LA UNIVERSIDAD EL BOSQUE CON
EL ENFOQUE DEL MODELO BIOPSIICOSOCIAL;
UNA MIRADA DESDE LA BIOÉTICA”.

MARIA CLARA RANGEL GALVIS

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

DOCTORADO DE BIOÉTICA

BOGOTÁ COLOMBIA

2013

“LA FORMACIÓN DEL ODONTÓLOGO DE LA UNIVERSIDAD EL BOSQUE CON EL ENFOQUE DEL MODELO BIOPSIICOSOCIAL; UNA MIRADA DESDE LA BIOÉTICA”.

MARIA CLARA RANGEL GALVIS

TESIS PRESENTADA COMO REQUISITO PARCIAL PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR
EN BIOÉTICA

DIRECTOR DOCTOR JAIME ESCOBAR TRIANA
LINEA DE INVESTIGACIÓN BIOÉTICA Y EDUCACIÓN

UNIVERSIDAD EL BOSQUE
DOCTORADO DE BIOÉTICA
BOGOTÁ COLOMBIA

2013

RESUMEN

La Facultad de Odontología de la Universidad El Bosque, encausa la formación de odontólogos integrales, fundamentada en una concepción holística coherente con el Modelo propuesto por Engel en 1977, e implementado como modelo biopsicosocial y cultural. Esta tesis se enmarca en la línea de investigación del doctorado: "Bioética y Educación". Se realiza un análisis de los conflictos y de los dilemas que surgen de las tensiones que se generan entre el Enfoque de formación que se nutre de la bioética, y la problemática que se suscita, en el desarrollo de las prácticas formativas del estudiante de Odontología, a causa de las dificultades que enfrentan los estudiantes para conseguir pacientes y cumplir con los objetivos de formación clínica.

Si bien esta disconformidad se reporta en la revisión de literatura relacionada con la problemática planteada en esta tesis, parece todavía ser un aspecto de poca trascendencia, en los espacios de formación de las facultades de Odontología del país, en razón a que las clínicas en las que se lleva a cabo estas prácticas se encuentran en un ambiente educativo y no de prestación de servicios.

Este estudio se realizó bajo la metodología empírico-exploratoria de carácter cualitativo en tres fases. En la primera fase, se revisaron los programas académicos con el fin de determinar si en estos existe apropiación del modelo biopsicosocial y la bioética, en tanto que son dos áreas que se han estructurado de forma transcurricular.

En la segunda fase se realizaron cuestionarios autodireccionados a docentes, estudiantes y pacientes, con el fin de indagar sobre la apropiación del enfoque de formación biopsicosocial cultural y bioético y si se generan tensiones o conflictos que lleven a desvirtuar el modelo.

En la tercera fase se estructuraron 6 grupos focales para un total de 30 participantes: 10 docentes, 10 estudiantes y 10 pacientes, para profundizar en los hallazgos encontrados en la segunda fase y explorar la posible existencia de conflictos que

conlleven a la conformación de dilemas en las prácticas formativas docente-asistencial.

Entre los hallazgos más destacados en la revisión de los programas se vislumbró que el área comunitaria es el que tiene mayor claridad en la aplicación del enfoque de formación Biopsicosocial Cultural y Bioético. Los docentes y estudiantes de la Facultad de Odontología reconocen con suficiencia el modelo Biopsicosocial, el cual es concebido como un modelo holístico de calidad de vida, como un modelo de atención centrado en el paciente y como un paradigma de formación de carácter integral.

Se evidenciaron tensiones entre el modelo de formación bajo el enfoque biopsicosocial propuesto por la Universidad El Bosque y el modelo de atención en las clínicas odontológicas, en razón a la presencia de conflictos en la relación docente-paciente-estudiante debida principalmente a la exigencia académica del cumplimiento de requisitos prácticos durante la atención de los pacientes, conflictos que pueden desencadenar en dilemas de diversas categorías.

Esta realidad invita a un análisis juicioso al interior de los programas de Odontología del país que determine la necesidad imperiosa de plantear desde la bioética nuevas propuestas de formación integral, enmarcadas en la construcción de consensos que permitan dar un abordaje bioético, plural, multidisciplinario, social y humanístico en los espacios reales del sistema de prestación de servicios en salud, en donde se acojan y se contemplen unas prácticas docencia-servicio dirigidas a la solución de la necesidad real del paciente y a la vez, que el estudiante en formación guiado por su tutor colabore en dar cobertura en salud a la población.

Se proponen lineamientos para una recontextualización del enfoque de formación biopsicosocial teniendo como eje transversal la bioética. Se plantea una integración de las áreas a partir de núcleos temáticos que le permitan al estudiante asociar y aplicar progresivamente los conocimientos básicos adquiridos en los contextos de las prácticas formativas intra y extramurales, mediante un modelo de atención centrado en el paciente a partir de una pedagogía crítica que asegure el aprendizaje significativo y la creación de conciencia social.

Se invita a establecer diálogos para una construcción colectiva desde la autorreflexión de otros programas de Odontología, que lleven a repensar y redimensionar la formación de los futuros Odontólogos. Por último, se hace un especial énfasis en que ésta es una responsabilidad que compete no sólo a las Universidades sino también a los Ministerios de Salud y de Educación, de tal forma que se establezcan acuerdos y compromisos que tiendan a mejorar las condiciones de formación de los futuros Odontólogos, permitiéndoles asumir como propia una perspectiva ética para la humanización de la atención, ejercer con responsabilidad social y colaborar con el sistema de salud, ampliando su cobertura.

Palabras Clave: modelo biopsicosocial, currículo en odontología, Bioética, relación odontólogo-paciente-estudiante, conflictos, dilemas.

SUMMARY

The Dental School at El Bosque University, bases its duty to be on a comprehensive training of dentists with a holistic philosophy consistent with a biopsychosocial model proposed by Engel (1977) and implemented as biopsychosocial and cultural approach at El Bosque University (Escobar Triana, 1991; Ovalle, 2010). This research, based on a qualitative model, was conducted with the participation of students, teachers and patients, attending dental clinics at the university. Similarly, elements of analysis arising from the review of curricula were integrated.

This thesis is part of the doctoral research line : "Bioethics and Education" as an analysis of conflict and / or Bioethical dilemmas that arise during the practical training of dental students, something demonstrated in the literature as a problem which has not been given the importance.

Deserves discussion and make a true diagnosis within dentistry programs in the country, in order to determine whether there is a need to put forward new proposals for training in teaching- assistance practices which come to improve the health and quality of life impacting social responsibility to the Colombian population.

This study was conducted under an exploratory qualitative methodology in three phases in which in a first stage academic programs were reviewed in order to determine the ownership right of the biopsychosocial model and bioethics.

A second phase in which there were made autodireccional questionnaires that included teachers, students, patients and a third phase by focus groups with teachers, students and patients to determine at a glance bioethics existence of tensions, conflicts and dilemmas between the training model under the biopsychosocial approach and cultural and the training practice teaching assistance .

Among the most important findings is envisioned that the community area is the one that most clearly has the training approach. Teachers and students of the dental school recognized with sufficiency the biopsichosocial model, which is conceived as a holistic quality of life model, as a model of care focused on the patient and as a paradigm of integral carácter formation

Among the most significant findings was glimpsed, in vocational training practices are tensions between academic rigor with practical compliance requirements for patient care and the training approach involving humanized and comprehensive care, giving rise a bioethical dilemma.

Guidelines are proposed for a recontextualization of the biopsychosocial approach model having as axis bioethics. There is a proposal of an integration of the areas starting from thematic cores that allow student associate and progressively apply the basic knowledge acquired in the contexts of formative practices intra and outside through a model of care focused on the patient from a critical pedagogy ensuring meaningful learning and social awareness inviting to a collective construction and an invitation for self-reflection of other Dental programs, to rethink and reshape the formation of the dentists, along with the Government sectors as the Ministry of Health and Welfare as well as Education.

All this, in order to establish agreements and commitments with the purpose of improving the training of future dentists, allowing them to take as their own, ethical perspective for the humanization of care, exercise social responsibility and work with the health care system to expand its coverage.

Keywords: bio-psycho-social model, dental curriculum, bioethics, dentist-patient relationship, conflicts, dilemmas.

INTRODUCCIÓN

La presente tesis doctoral tiene como objeto identificar las tensiones, conflictos y dilemas bioéticos que se suscitan en la formación de los estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad El Bosque, ubicada en la ciudad de Bogotá, Colombia.

La Universidad orienta su proyecto educativo desde el “Enfoque Biopsicosocial y Cultural, y asume su compromiso con el país teniendo como imperativo supremo la promoción de la dignidad de la persona humana en su integralidad. Así lo promulga cuando manifiesta en la formulación de la Misión que sus máximos esfuerzos se concentran en establecer las condiciones propias para facilitar el desarrollo de los valores Ético-Morales, Estéticos, Históricos y Tecno-Científicos enraizados en la cultura de vida, su calidad y su sentido. Lo anterior, se lee en la Misión, en la perspectiva de la construcción de una sociedad más justa, pluralista, participativa, pacífica y la afirmación de un ser humano responsable, parte constitutiva de la naturaleza y de sus ecosistemas: Receptor y constructor crítico de los procesos globales de la cultura¹”.

En consecuencia, el programa de Odontología de la Universidad El Bosque fundamenta la formación de los futuros odontólogos con el *Enfoque Biopsicosocial y*

¹ UNIVERSIDAD EL BOSQUE. Misión y Proyecto Educativo. Documentos Institucionales No1. Santafé de Bogotá, D.C., pp.21. Septiembre. 1997.

Cultural^{2 3 4} que tiene como imperativo supremo la promoción de la dignidad de la persona humana en su integralidad, con una sólida preparación científica y humanística que le permita integrarse en equipos transdisciplinarios y trabajar en diagnóstico, promoción, prevención, rehabilitación y mantenimiento de la salud oral e integral del individuo, su familia y la comunidad a la que pertenece, mediante la aplicación de los avances técnicos, científicos y bioéticos, para mejorar la calidad de vida de sus pacientes⁵.

En esta investigación se realizó un estudio cualitativo exploratorio y descriptivo, a partir del cual se identificaron presiones de orden académico que dan lugar a conflictos desde la perspectiva bioética que emergen durante la formación de los estudiantes de Odontología de la Universidad El Bosque, según el Enfoque Biopsicosocial y Cultural, impartido en los primeros semestres del pregrado.

La información se obtuvo a partir de la revisión de los programas académicos, cuestionarios auto direccionados y grupos focales a estudiantes docentes y pacientes de VI, VII, VIII y X semestre que asisten a las clínicas odontológicas de la Facultad de Odontología de esta Universidad.

Se observó que la formación del estudiante desde el enfoque biopsicosocial cultural y bioético se está desarticulando, en el periodo comprendido entre el ingreso del estudiante a las clínicas hasta el momento de su graduación, debido a la dificultad que ha existido en su integración a la realidad imperante en la que el estudiante debe buscar pacientes con las patologías requeridas para realizar tratamientos que se suman como requisitos de formación en el cumplimiento de destrezas y habilidades o competencias situación que les genera presiones de tiempo y logros.

² ENGEL, George. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine, En: Science, Vol196, No 4286. 1977. pp.129-136.

³ ENGEL. George. The biopsychosocial model and the education of health professionals. Annals New York Academy of Sciences. 0077-8923/78/0310-0169. 01.75/2 0 1978.

⁴ ESCOBAR TRIANA, Jaime. La formación humana y social del médico. Memorias II encuentro de egresados. Asociación de exalumnos medicina. odontología Æexcolme¨. Santa fe de Bogotá, D.C. Colección Educación Médica Vol. 6. P.8. Bogotá: Fundación Escuela Colombiana de Medicina, 1991.

⁵ UNIVERSIDAD EL BOSQUE. Misión Facultad de Odontología Universidad El Bosque en: Plan de Desarrollo 2012-2016. Renovación de Acreditación Programa de Odontología.

La investigación evaluó la tensión entre dos exigencias: una formativa, fundamentada en una perspectiva holística bajo el Enfoque Biopsicosocial, cultural y la bioético, y otra asistencial orientada al logro de destrezas y habilidades clínicas. Se estableció que se presentan situaciones en la interacción docente-estudiante-paciente que afectan la calidad de vida de cada uno de estos actores, a la vez que se configuran conflictos que conllevan en algunos casos a dilemas éticos en el proceso de formación en que, de un lado, se imparte una formación humanista enmarcada en el modelo biopsicosocial y cultural y de otro, el cumplimiento de procesos académicos, con lo que se presentan exigencias que terminan llevando a confrontaciones y abusos de unos y otros implicados así como a la ejecución de acciones que sobrepasan los límites de la ética por parte de los estudiantes, tras su necesidad de cumplir requisitos.

El estudio tuvo la necesidad de sobrepasar algunas dificultades relativas a la reticencia de estudiantes y pacientes a participar por no verse comprometidos a exponer con sinceridad sus puntos de vista, evitando con ello posibles problemas.

Como propuesta frente a los hallazgos obtenidos surge la necesidad de redimensionar las prácticas formativas del Programa de Odontología de la Universidad El Bosque y dar un mayor énfasis a la aplicación del enfoque biopsicosocial cultural y bioético, con una atención en la que predomine la dignificación de la relación docente-estudiante para que se logre una práctica docencia-servicio humanizada, en la que se otorgue un espacio a la bioética que permita reflexionar acerca de la responsabilidad social que deben asumir los educadores con la formación de los futuros profesionales de la salud.

Los lineamientos propuestos serán un insumo que convoca a la reflexión tanto en este como en otros programas de Odontología del país y de la región. Se propone evaluar estos lineamientos desde los ámbitos Bioéticos, Gubernamentales, Sociales y Educativos para establecer acuerdos que den viabilidad a una formación pertinente de los odontólogos, que permita a las facultades de odontología colaborar con el objetivo de ofrecer cobertura en salud a la población.

Para esto, se plantean algunos lineamientos orientados a repensar el modelo y a recontextualizar el enfoque biopsicosocial y cultural teniendo como eje integrador de reflexión para la toma de decisiones la bioética.

CAPITULO 1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los estudiantes de odontología, durante la formación clínica, tienen conflictos derivados de la atención al paciente, en el modelo de formación docencia-servicio, aspecto que genera tensiones entre el enfoque de formación desde el modelo biopsicosocial y la práctica docente- asistencial, repercutiendo en serias implicaciones bioéticas.

El modelo de formación imperante en las prácticas clínicas de las facultades de odontología ha sido por tradición un modelo biomédico, centrado en el tratamiento de la enfermedad, derivado de la teoría que asume que esta es "causa de desviaciones de la norma de variables medibles".

Este concepto es considerado por Engel como un paradigma reduccionista que contempla un dualismo mente- cuerpo y aísla los procesos mentales de los somáticos.⁶

Existen diversos modelos de formación clínica que van de menor a mayor complejidad desde unas clínicas del paciente sano en los primeros semestres a clínicas para tratamiento de pacientes de mediana complejidad; en algunos programas las tienen divididas por especialidades o disciplinares y otros las constituyen como clínicas de

⁶ ENGEL G L. The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatry 1980 May; 137(5):535-44.

atención integral del paciente, en las que existe un tutor para un grupo de 6 a 8 estudiantes quien se encarga de supervisar y guiar al estudiante durante la atención de los pacientes y es apoyado por especialistas de acuerdo con el caso del paciente.

Ha habido diversas corrientes tendientes a proponer reformas en los currículos en odontología desde el enfoque reduccionista de tratar la enfermedad oral hasta la intervención de los determinantes psicosociales de la salud oral propuesto por Khatami⁷ (2011).

Se han propuesto modelos alternativos como el basado en competencias para asegurar su apropiación, o el modelo de aprendizaje centrado en la comunidad descrito por Mofidi et al (2003)⁸ y Strauss et al (2003)⁹, o el modelo de aprendizaje centrado en el paciente descrito por Eriksen (2008)¹⁰.

Se debe repensar el modelo de enseñanza- aprendizaje en odontología ya que en estos estudios se plantea la necesidad de mejorar habilidades del estudiante en resolución de problemas, pensamiento crítico, profesionalismo y competencias sociales y culturales.

Aún no es claro y se requiere el desarrollo de una malla conceptual para un razonamiento ético clínico que le permita tomar decisiones concertadas y consentidas previendo los riesgos y las consecuencias. Estos aspectos quizás no se están contemplando debido al corto tiempo que se tiene para el desarrollo de las actividades clínicas y es quizás en estos espacios en los que se requiere la interacción de docentes de diferentes áreas para dar discusión a los casos de los pacientes.

Se reportan en la literatura dificultades de diverso orden en las clínicas odontológicas de las facultades de odontología: Goncalves (2005), describe la vulnerabilidad de

⁷ KHATAMI, Shiva, D.D.S., Mac Entee, Michael. Evolution of Clinical Reasoning in Dental Education. *Journal of Dental Education*. Vol75, No, 3. pp.321-328. March 2011

⁸MOFIDI, Mahyar D.M.D, M.P.H; STRAUSS, Ronald. Dental Students' Reflections on Their Community-Based Experiences: The Use of Critical Incidents *Journal of Dental Education* Volume 67, Number 5, pp. 515-523. May 2003

⁹ STRAUSS, Ronald D.M.D, Ph.D; MOFIDI Mahyar D.M.D., Reflective Learning in Community-Based Dental Education. *Journal of Dental Education*. Volume 67, Number 11. Pp.1234-1242. November 2003.

¹⁰ ERIKSEN, Harold. M. "A patient centered approach to teaching and learning in dental student clinical practice". En: *European Journal of Dental Education*,. Norway: Blackwell Munksgaard, No. 12, pp. 171- 172. 2008.

pacientes ante la necesidad imperiosa de recurrir a estas clínicas¹¹ por las siguientes razones: falta de cobertura de los servicios de salud, carencia de recursos para asistir a una consulta privada; Veloso¹² (2010) investiga sobre la falta de autonomía del paciente para la toma de decisiones en los tratamientos que van a recibir, y la violación al derecho de ser informado y de consentir el tratamiento.

Estos conflictos se han discutido ampliamente por parte de los profesores en los Consejos de Facultad, Comités de Clínica, Currículo y Calidad, lo que genera fuertes cuestionamientos al modelo de formación actual.

En síntesis, el problema radica en las tensiones que se presentan en la Facultad de odontología entre el enfoque de formación del modelo Biopsicosocial, enfoque que promulga una formación integral y holística encaminada a ver al paciente como un ser humano que debe ser tratado en sus dimensiones biológicas psicológicas y sociales, a quien debe darse solución a sus necesidades de salud desde una visión integral multi sistémica¹³ que vaya encaminada a la determinación y control de sus factores de riesgo con el fin de asegurar la recuperación y el mantenimiento de la salud¹⁴. Situación que exige un diagnóstico más profundo de las circunstancias y motivos que ocasionan los conflictos que son evaluables desde la Bioética.

En esta tesis se evalúan los conflictos desde la Ética Convergente propuesta por Maliandi¹⁵ quien plantea la fenomenología de la conflictividad que parte de la moralidad o de los conflictos provenientes de las relaciones entre medios y fines en la que se propone dirimir los conflictos a partir de procedimientos efectivos y asumir que la vida

¹¹ GONÇALVES .R, Evelise. MACHADO. V, Martha Inés. A vulnerabilidade e o paciente da clínica odontológica de ensino. En: Revista Brasileira de Bioética. Vol 1 No2. Pp 195-205, 2005.

¹² VELOSO, L.R.; PYRRHO, M, MACHADO, A.C.A. GONÇALVES, E.R. GARRAFA, V. Autonomia do paciente odontológico no Hospital Universitário. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, vol. 34, n. 86, p. 531-541. 2010

¹³ WEISS Y BERTALANFFY, V. The Biopsychosocial model En: Clinical application of the Biopsychosocial model: The Biopsychosocial Approach: Past, Present, Future Edited by Frankel, R. Quill, T. McDaniel, S. p.2. 2003.

¹⁴ BRESLOW, Lester, "A Quantitative Approach to the World Health Organization. Definición de salud:" "Estado total de Bienestar físico, mental y social". International Journal of Epidemiology, 1, pp. 347-355. 1972.

¹⁵ MALIANDI, R. Ética convergente fenomenología de la conflictividad, Buenos aires, 2010. Colección Pampa Aru.p23.

humana puede estar inmersa en estos y que debe superarlos en los momentos en que se presenten.

De igual modo, se considera el método propuesto por Rickert y Weber¹⁶, sobre "El conflicto de valores", en el que se propone evidenciar los conflictos a partir de posturas prácticas y determinar cuáles pueden ser las posibles consecuencias de cada opción axiológica, de tal forma que el individuo identifique los efectos de sus acciones y tenga claridad y sentido de responsabilidad, sin que se impongan posiciones o sistema de valores particulares o propios que no lleven a solución alguna.

Por tal motivo, se espera hacer explícitos los problemas y conflictos, para proponer soluciones donde la Bioética pueda aportar a un modelo de formación para odontólogos. De esta manera, se contribuirá a la apropiación de la Bioética integrada al enfoque de formación Biopsicosocial en la práctica asistencial de los futuros odontólogos buscando así ser coherentes con la Misión y con la Visión de la Universidad El Bosque.

La manera en que se imparte la formación práctica en Odontología es única dentro de los profesionales de la salud en cuanto que el estudiante debe aplicar en su práctica clínica (atención al paciente) los conocimientos adquiridos en los primeros semestres y fundamentarlos mediante la apropiación de competencias durante su capacitación clínica¹⁷.

Los tratamientos los debe realizar directamente el estudiante quien lleva a cabo intervenciones de carácter irreversible a los pacientes, esto bajo la supervisión de un profesor¹⁸ quien lo orienta y evalúa con el fin de determinar el grado de adquisición de las competencias requeridas de acuerdo con el nivel de complejidad según el curso en el que se encuentre, sin determinarse claramente el grado de delegación de funciones para la aprobación del semestre que está cursando y así llegar a la obtención de su título como profesional.

¹⁶RICKERT Y M.WEBER La axiología neokantiana y el conflicto de valores en GRACIA, Diego. El Método de la Bioética. Fundamentos de Bioética. Triacastela, Madrid, 2008. Pp: 467.

¹⁷ HADEN, Karl. HENDRICKSON, William. Curriculum Change in Dental Education, 2003-09. Journal of Dental Education. Vol74, No.5. March 2010. pp:539-557.

¹⁸ VIVIENNE R, ALISON. RIOGH. GREGORY, M. SEYMOUR, J. Undergraduate dental education in New Zealand: 2007-2009 final-year student feedback on clinical learning environments. New Zealand Dental Journal 107, No. 3: 85-90: September 2011.

Este ha sido el modelo que ha caracterizado la formación tradicional¹⁹, modelo que genera ciertos cuestionamientos éticos en la medida en que se expone al paciente a ser intervenido por un practicante en formación cuyo interés en la mayoría de los casos no es quizás la salud del paciente sino el cumplimiento del requisito para obtener una calificación aprobatoria, se habla de la *discriminación entre el que enseña y el que aprende*. Problema que no ha sido investigado a profundidad quizás por la dificultad de tener que cambiar completamente el sistema que ha caracterizado la formación en mención.

En la literatura existen publicadas algunas experiencias de formación en las que se relatan dilemas que invitan a la reflexión y muy pocas propuestas que tengan como objetivo formar profesionales con vocación de servicio hacia la atención integral del paciente, en la búsqueda de la solución de los problemas de salud bucal teniendo en cuenta los factores biológicos psicológicos, socio culturales y ambientales que pueden generar un desequilibrio y estar afectando su salud y calidad de vida, para incrementar las posibilidades de éxito en el tratamiento que se instaure^{20 21 22}.

1.2 PREGUNTA

¿Cuáles son los dilemas bioéticos que emergen de los conflictos que se generan en las prácticas formativas de los estudiantes de odontología entre el enfoque de formación

¹⁹YOUNGSON, L. E. MOLYNEUX, K. FOX, E. L. BOYLE and PRESTON, A. J. Undergraduate requirements in restorative dentistry in the UK and Ireland. British Dental Journal. 203 (Suppl) 2007.p 9-14.

²⁰ RANGEL. G, María Clara. Perspectiva bioética y modelo biopsicosocial en la relación odontólogo-paciente durante la formación del estudiante en la universidad El Bosque en: Revista Salud Bosque. Universidad El Bosque Julio- Diciembre, 2011. V. 1, No. 2.pp 87-98.

²¹ ADEA Commission on Change and Innovation in Dental Education: HENDRICKSON, D, W, MD. ANDRIEU, S Ph.D. Educational Strategies Associated with Development of Problem-Solving, Critical Thinking, and Self-Directed Learning. Journal of Dental Education Volume 70, Number 9, September, 2006. P.927.

²²T MCLEAN, J F. AIRLEY. GERZINA, TM ADRF. Undergraduate Summer Vacation Research Grant Abstracts. Comparison of perceptions of dental clinical teaching by students and by teachers. Australian Dental Journal ADRF Special Research Supplement; 50, 2005. .p. 4.

bajo el modelo biopsicosocial y la práctica asistencial en las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad El Bosque?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Las tensiones y conflictos suscitados en la relación docente-estudiante-paciente durante las prácticas formativas confluyen en la configuración de dilemas éticos que deben ser evidenciados y evaluados desde la bioética para proponer planes de mejora que tiendan a humanizar, dignificar y mejorar la calidad de la atención de los pacientes y la formación de los estudiantes.

Este es un conflicto recurrente descrito de manera sucinta en la literatura autores como Fugill (2005)²³, Sharp et al (2005)²⁴ y Eriksen (2008)²⁵ reportaron en estudios realizados en facultades de odontología de Norteamérica y Europa la presencia de conflictos que conllevan a dilemas éticos que comprometen la autonomía de los pacientes, en que se vulnera la integridad y dignidad entre profesores, pacientes y estudiantes, en estos estudios se recomienda centrar la atención en las necesidades y expectativas de los pacientes y recurrir a los códigos de ética. Divaris et al (2008)²⁶ describen la educación dental como un proceso pedagógico complejo, demandante y estresante, en el que se observa una discriminación entre el que enseña y el que aprende, por conflictos del orden académico e interpersonal que confluyen en ocasiones en dilemas éticos. Define un ambiente académico ideal como aquel que

²³ FUGILL.M. Teaching and learning in dental student clinical practice. En: Eur. j Dent Educ. Vol 9. No. 3. 2005. pp. 131-6.

²⁴ SHARP, Helen. KUTHY RA. HELLER. KE, Ethical dilemmas reported by fourth-year dental students. J En: Dent Educ. vol 69. No.10:2005. pp. 1116-22.

²⁵ ERIKSEN, Harold. M. "A patient centered approach to teaching and learning in dental student clinical practice". En: European Journal of Dental Education,. Norway: Blackwell Munksgaard, No12, 2008. pp. 171- 172.

²⁶ DIVARIS, K, BARLOW P. J. CHENDEA, S. A. The academic environment: the students' perspective. Journal compilation ^a 2008 Blackwell Munksgaard and The American Dental Education Association, Eur J Dent Educ . No. 12 (Suppl.1),2008. pp. 120–130.

mejor prepara al estudiante para su futuro profesional y contribuye en su desarrollo ético, psicosomático y social.

Se observa cómo se dan recomendaciones de manera tangencial, sin que se haya dado la discusión en los espacios pertinentes para dar solución a los conflictos planteados, ya que se antepone las competencias académicas a la atención integral del paciente y por ende la formación integral del futuro profesional.

La práctica clínica formativa bajo el modelo de enseñanza tradicional en ocasiones no beneficia al paciente, se convierte en una práctica deshumanizada que va en contravía de una adecuada relación profesor-paciente-estudiante que se ve afectada su Calidad de vida²⁷ y Bienestar^{28 29}, dando como resultado un ambiente ético disfuncional, estresante, para el cual no existe aún una propuesta desde la bioética que ayude a superar el problema planteado^{30 31}.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo General.

Caracterizar y analizar a partir de tensiones y conflictos expuestos por docentes, estudiantes y pacientes los dilemas bioéticos que emergen en la formación del estudiante de Odontología, considerando el Enfoque

²⁷ SEN, Amartya. Define "Calidad de vida como el logro de un desarrollo integral del ser humano a partir de unas condiciones deseables del orden: social, político económico y cultural y la adquisición de capacidades del orden funcional". En Capacidad y Bienestar. En Nussbaum, M y SEN, A. La Calidad de Vida. México. FCE. P56. 1996.

²⁸ Bienestar para Sen es sinónimo de "felicidad" y "deseo de realizarse".

²⁹ GRIFFIN J, Well-being, its Meaning. Measurement and moral importance. Oxford Univ, Press. 1988.

³⁰ ELBADRAWY, H. Korayem, M. The flexible requirement system for grading of clinical performance of undergraduate dental students. Eur J Dent Educ 2007; 11: 208–215

³¹ DIVARIS, K. BARLOW, P. J. CHENDEA, S. A. The academic environment: the students' perspective. Journal compilation a 2008 Blackwell Munksgaard and The American Dental Education Association. Eur J Dent Educ. 12 (Suppl. 1), 2008. P.120–130.

Biopsicosocial y Cultural propuesto institucionalmente y la práctica docente-asistencial en las Clínicas Odontológicas de la Universidad El Bosque.

1.4.2 Objetivos Específicos

Identificar, a partir de la visión de los actores sociales, las tensiones presentes en la interacción de estudiantes, pacientes y docentes, en las prácticas formativas.

Categorizar y analizar las propuestas planteadas para la resolución de los diferentes conflictos que se presentan en las prácticas formativas en odontología en la interacción de estudiantes, pacientes y docentes, propuestas desde la perspectiva de los actores implicados.

Plantear con base en los resultados, unos lineamientos orientadores desde la bioética para la solución de conflictos éticos que se suscitan en la relación docente estudiante paciente al interior de las prácticas formativas en Odontología.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 MARCO POLÍTICO Y NORMATIVO

El Marco Político y Normativo que se desarrolla a continuación hace referencia a algunos aspectos relevantes relacionados con la formación universitaria en odontología y se involucra, por tanto, aspectos relativos a las áreas de la Educación y la Salud.

Una vez promulgadas: la Ley 30 de 1992³², por la cual se legisla la autonomía de la Educación Superior, y la Ley 100 de 1993³³, por la cual se crea el Sistema de

³². LEY 30 DE 1992 (Diciembre 28) Diario Oficial No. 40.700 de 29 de diciembre de 1992.
http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc./ley/1992/ley_0030_1992.htm.

Seguridad Social en Colombia, los programas de odontología en Colombia pasaron de 12 a 34 programas en 19 Instituciones (cinco de carácter público y trece privadas); algunas de estas instituciones cuentan con extensiones del programa en otras ciudades diferentes a la sede principal.

Esta ampliación en la oferta más que garantizar mayor cobertura desde los servicios de salud en el país, ha generado una mayor concentración de programas e instituciones en las ciudades principales. Debido a los cambios en el sistema de prestación de servicios que requiere un profesional con competencias en el conocimiento del sistema y una atención del paciente en consultas despersonalizadas de veinte minutos para que el profesional cumpla con las metas de facturación de la institución -aspecto que difiere sustancialmente con el perfil de formación- han llevado a los programas a realizar modificaciones curriculares conducentes a formar profesionales con competencias clínicas, administrativas, de gestión y promoción social, en detrimento de la formación humanística y bioética. Afín a las tendencias neoliberales, se han establecido a nivel mundial los currículos centrados en formación por competencias.

En Colombia, mediante el Decreto 2566 del 10 de septiembre del 2003 por el cual se establecen las condiciones mínimas de calidad y demás requisitos para el ofrecimiento y desarrollo de programas académicos de educación superior, el Gobierno Nacional reglamentó las condiciones mínimas de calidad para los programas académicos de educación superior; y mediante la Resolución 2772 del 2003 se definen las características específicas de calidad para los programas de pregrado en Ciencias de la Salud.

Las competencias deben responder a los parámetros de evaluación establecidos para los Exámenes de Calidad del Estado (ECAES), determinados en el Decreto 1781 de 2003, por el cual se reglamentan los Exámenes de Estado de Calidad de la Educación Superior ECAES, de los estudiantes de los programas académicos de pregrado, hoy denominados SABER PRO; y cumplir con el perfil requerido para trabajar en el mercado laboral, perfil que difícilmente se puede alcanzar por falta de espacios de consolidación de su práctica clínica en el sistema de seguridad social, por las

³³ Constitución Política de Colombia Artículo 49. El pensador editores Santafé de Bogotá, 1991. P.43.

limitaciones del sistema que cada vez reduce más el ejercicio del odontólogo general , cuya actividad profesional se orienta hacia la de un "diagnosticador" y gestor de procesos de facturación.

El odontólogo, además, debe racionalizar los procedimientos con el ánimo de contener costos del sistema, en contraposición con el deber ser de algunos programas que avanzan en la orientación de sus procesos formativos más allá de lo técnico-instrumental, hacia perspectivas de comprensión de las necesidades de la población. La salud constituye un derecho como se contempla en la Carta Política de las Naciones Unidas, destacado en la Declaración por la Salud de los Pueblos de (Alma Ata en 1978)³⁴ la cual declara la necesidad urgente por parte de todos los gobiernos, de proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo; considera la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades³⁵; establece que la salud es un derecho humano fundamental , y para lograr este estado en sus máximos niveles se requiere del compromiso y la intervención de los sectores sociales, políticos y económicos³⁶. Es un indicador de desarrollo humano y social, aún cuando puede ser subjetivo, en la medida en que se involucren aspectos socio- culturales inherentes a cada región. La diversidad en los contextos impide, en ocasiones, establecer parámetros relacionados con la equidad en la distribución de los recursos en salud desde una perspectiva de justicia distributiva que busca lograr el nivel de salud digno de un ser humano, aspecto que lleva a generar una relación entre la calidad de vida y el proceso salud-enfermedad de las personas³⁷.

En los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas³⁸ se encuentra la salud bucodental, la cual representa uno de los determinantes de la salud. Esta es

³⁴ Declaración Alma Ata 1978.

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/113877/E93944.pdf.

³⁵ Organización mundial de la salud. Documentos básicos:

<http://www.phmovement.org/cms/files/WHO-Constitution-ES.pdf>,
www.ops.org.bo/atta/declaracion.pdf.

³⁶ www.ops.org.bo/atta/declaracion.pdf.

³⁷ SCHWARTZMANN, Laura; Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. Ciencia y enfermería IX(2):9-21, 2003.

³⁸ Comisión sobre determinantes sociales de la salud acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores. Documento de información preparado para la Comisión

considerada factor de riesgo en la salud general; la falta de medidas preventivas en este campo ha desencadenado incrementos en los índices de morbilidad oral aspecto que ha detonado las alarmas de los indicadores epidemiológicos, relacionados con enfermedades crónicas de alto riesgo como diabetes, cardiopatías y accidentes cerebrovasculares. Uno de los factores desencadenantes ha sido las barreras de acceso a los servicios y la falta de iniciativas de parte del Estado para instaurar políticas que promuevan el desarrollo de adecuadas medidas de promoción, prevención, tratamiento y mantenimiento de la salud bucodental.

La Constitución Política de Colombia del año 1991 estableció el estado social de derecho democrático, participativo y pluralista, en donde se debe promover el respeto, la dignidad humana y el derecho a la salud; según De Currea Lugo³⁹ el derecho a la salud se materializa en la exigencia de medios que garanticen o restablezcan unas condiciones adecuadas de naturaleza biológica y no sólo de aquella que está alterada. Cuestiona que desde una visión biopsicosocial, al exigir el derecho a la salud, se deben precisar elementos sociales que pueden incidir como factores de riesgo para que se instaure la enfermedad, por lo cual no sólo se busca la supervivencia, sino la salud para garantizar una vida digna.

La Normatividad vigente en Odontología desde la Ley 10 de 1962 define la salud como un servicio público, con el Decreto Reglamentario 491 de 1990 que propone los requisitos para el ejercicio de la profesión en Odontología y la ley 35 de 1989 o Código de Ética en Odontología, en el que se declaran los principios del ejercicio ético del profesional, al igual que se describe el proceso ético disciplinario.

Es preciso señalar que el sistema de salud vigente limita la autonomía del profesional de la salud, porque éste se ve presionado, desde el parámetro costo-efectividad que

sobre Determinantes Sociales de la Salud. Marzo de 2005. Organización Mundial de la Salud http://www.who.int/social_determinants/resources/action_sp.pdf:

³⁹ De CURREA-LUGO, Víctor; La reforma a la salud en Colombia. En Salud y Neoliberalismo. Bogotá: Universidad El Bosque. Colección Bios y Oikos 9. P.111. 2010.

enmarca la prestación de servicios establecida, que no tiene en cuenta el trato digno del paciente ni del profesional en lo relativo a su contratación.

A finales de 1994, después de promulgada la ley 100/93 -recordemos que propone lograr el derecho a la salud como un derecho al servicio, tendiente a dar cobertura en salud a toda la población colombiana para el año 2000- el Gobierno Colombiano firmó un acuerdo con la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, para realizar un estudio sobre los requerimientos necesarios para poner en práctica la reforma del sistema de salud planteado por esta ley. Al siguiente año, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) aprobó un préstamo para financiar proyectos que consolidaran algunas áreas en desarrollo: Políticas de salud, fortalecimiento institucional y el desarrollo del recurso humano.

A principios del 2000, se reportaron los siguientes problemas en el caso de los Recursos Humanos⁴⁰: La suboferta en algunas áreas, la mala distribución o inadecuado cubrimiento, la baja demanda de profesionales en el primer nivel de atención; la ausencia de una institución encargada de los recursos humanos y de su capacitación en áreas administrativas que permita su adecuado manejo con eficiencia y calidad; el bajo poder de negociación y débil capacidad en la toma de decisiones en ámbitos políticos, de salud pública y planificación; el déficit en destrezas y habilidades clínicas de acuerdo con el contexto y las necesidades de la población.

Además se detectó la inexistencia de planeación de los mercados educativos, laborales y de servicios, con desarticulación entre el sistema general de seguridad social y el sector formador de recurso humano en salud; la inexistencia de centros de práctica docencia-servicio debido a que los profesionales en formación quedaron por fuera del sistema, lo cual es una de las principales causas de la falta de pertinencia en la formación de estos profesionales, ocasionando cambios en el ejercicio y en la vida laboral, disminución salarial, subcontratación, desempleo, deserción, pérdida de la autonomía y subordinación de los profesionales ante las exigencias del empleador.

⁴⁰Desafíos para los recursos humanos en el sistema general de seguridad social en salud. Bogotá, octubre de 2002. República de Colombia. www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Obs.

El Ministerio de Protección Social y el Observatorio de Talento Humano desarrollaron el proyecto para la creación de la ley 1164 del 2007 de Talento Humano en Salud⁴¹. Uno de sus objetivos fue el de establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de planeación, formación, vigilancia, control del ejercicio, desempeño y ética del Talento Humano del área de la salud mediante la articulación de los diferentes actores que intervienen en estos procesos. En los principios bajo los cuales debe regirse el Talento Humano está el de la Ética en la formación y el desempeño, enmarcado en el contexto cuidadoso de la vida y la dignidad del ser humano.

En el Capítulo VI, denominado "De la prestación ética y bioética de los servicios", el Artículo 34 se refiere al "contexto ético de la prestación de los servicios y de la conducta de quien ejerce la profesión u ocupación en salud, debe estar dentro de los límites del Código de Ética de su profesión u oficio y de las normas generales que rigen para todos los ciudadanos, establecidas en la Constitución y la ley".

El Artículo 35, sobre los principios Éticos y Bioéticos, además de los principios rectores consagrados en la Constitución Política establece como requisitos de quien ejerce una profesión u ocupación en salud "la veracidad, la igualdad, la autonomía, la beneficencia, el mal menor, la no maleficencia, la totalidad y la causa de doble efecto". De igual modo, se refiere al papel que debe tener la educación universitaria en la formación en valores para la vida lo cual tiene cada vez más implicaciones en el futuro de los profesionales. Es por ello que debe darse una reflexión desde los ámbitos académicos invitando a la disertación multidisciplinaria desde la fundamentación filosófico-moral del contexto histórico en el que se ha estructurado la Bioética y como esta sirve de puente entre la humanidad el ecosistema y los avances tecno científicos que pueden estar generando conflictos y dilemas a partir de su introducción.

En la misma vía se pretende establecer esta disertación y el consenso alrededor de las problemáticas específicas en los espacios comunitarios y clínicos que posibiliten la disponibilidad de elementos inter y trans- disciplinarios para la toma de decisiones éticas.

⁴¹ Ley 1164 de 2007 de Talento Humano en Salud (Octubre 3)
Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud.
El Congreso de Colombia.

En el transcurrir diario del ejercicio de los profesionales en salud, se ven abocados a enfrentarse a diversas situaciones en que conllevan dilemas morales y éticos; muchas veces el profesional peca por ignorancia o inocencia y queda involucrado en conflictos que en ocasiones no son siquiera generados por él mismo sino por las obligaciones impuestas por el sistema.

¿Hasta qué punto un profesional de la salud por salvaguardar su estabilidad económica, está en condiciones de ir en contra del sistema?

Se hace evidente que la responsabilidad de dichas acciones recae directamente sobre el profesional que instaura los tratamientos, sin considerar que es una responsabilidad compartida con la institución que instituye las políticas y los protocolos de manejo.

La academia en diversos espacios ha manifestado su preocupación e interés en colaborar en el desarrollo de estrategias, políticas y programas que contribuyan al mejoramiento de las condiciones de salud, mediante una atención integral a la población. Es evidente la dificultad que ha tenido la academia para lograr convenios docente-asistenciales que le permitan al estudiante asistir a este tipo de prácticas, aun cuando existe una norma vigente a partir del Acuerdo 003 del 2003, el cual reglamentó los centros de práctica asistencial como hospitales universitarios, según el Modelo Docencia-Servicio, establecido por los Ministerios de Educación y Protección Social. La realidad es muy distante puesto que no se dan las condiciones y los espacios para su implementación.

La Normativa vigente en Odontología desde la ley 10 de 1962⁴², con el decreto reglamentario 491 de 1990 que propone los requisitos para el ejercicio de la profesión en Odontología y los decretos reglamentarios de la ley 35 de 1989 o Código de Ética en

⁴²Ley 10 DE 1962 Por lo cual se dictan normas relativas al ejercicio de la odontología en Colombia en: DIARIO OFICIAL 30768 Miércoles 11 de abril de 1962.

Odontología⁴³, declaran los principios del ejercicio ético del profesional, al igual que describe el proceso ético- disciplinario.

Con fundamento en la normatividad se crean restricciones que sólo consienten desarrollar programas de promoción, prevención y atención con instituciones escolares y grupos comunitarios con frecuencia aledaños a la zona de influencia de las facultades de odontología, a partir de alianzas y convenios particulares que han dado como resultado acciones puntuales que no tienen impacto dentro de los sistemas de vigilancia epidemiológica, debido a una tradicional tendencia de instaurar estas prácticas formativas en escenarios desarticulados del actual Sistema de Salud.

2.2 MARCO INSTITUCIONAL

2.2.1 La Organización de Facultades Escuelas y Departamento de Odontología de la Unión de Universidades de América Latina y El Caribe (Ofedo-Udual).

La Institución que congrega la Academia y las facultades de odontología a nivel de América Latina es la OFEDO-UDUAL la cual fue fundada en Santo Domingo en 1980; actualmente se encuentran adscritas 48 facultades; su objetivo es el de promover en las facultades de odontología asociadas la adopción de modelos académicos caracterizados por la indagación de los problemas de salud de la población desde los contextos particulares de cada Universidad y Escuela de Salud, para que el graduando pueda de alguna manera realmente efectiva responder a las necesidades socio demográficas de su entorno, logre la producción y transferencia del valor social de los conocimientos, establezca trabajo conjunto con las comunidades y lleve a cabo investigación que permita el esclarecimiento de la realidad y la manera de brindar bienestar a las comunidades de nuestros países y de la región.

⁴³ LEY 35 DE 1989 sobre ética del odontólogo colombiano en: Diario Oficial Año CXXV No. 38.733 jueves 9 de marzo de 1989.

Las políticas nacionales, regionales e institucionales deben impulsar y articular a los grupos de investigación académica y los diferentes sectores, de tal forma que los resultados se vean reflejados en soluciones con responsabilidad social y sean líneas de investigación prioritaria.⁴⁴

2.2.2 Asociación Colombiana de Facultades de Odontología (ACFO)

Fundada el 25 de agosto de 1.961, la Asociación Colombiana de Facultades de Odontología (ACFO), tiene como objetivo colaborar en el mejoramiento de los niveles científicos y el perfeccionamiento de los sistemas pedagógicos de las facultades, congregar la academia para el establecimiento de proyectos en las áreas estratégicas de educación, investigación y servicios que viabilicen y colaboren en la toma de decisiones en los sectores gubernamental y no gubernamental, acudiendo a los expertos de las diferentes facultades cuando se presentan convocatorias que requieren de la estructuración de proyectos que con sus resultados impactan a la Odontología Colombiana.

2.2.3 La Universidad El Bosque.

La Universidad El Bosque es una Institución de Educación Superior privada, de utilidad común, sin ánimo de lucro, que nació como Escuela Colombiana de Medicina en el año 1977 y se convirtió en Universidad El Bosque, en 1997.

Desde su nacimiento como Escuela Colombiana de Medicina, la Universidad ha asumido su compromiso con el desarrollo de nuestro país.

A partir de entonces, se planteó la misión institucional en los siguientes términos: "Desde el enfoque Biopsicosocial y cultural, la Universidad El Bosque asume su compromiso con el país teniendo como imperativo supremo la promoción de la dignidad de la persona humana en su integralidad. Sus máximos esfuerzos se

⁴⁴ OFEDO-UDUAL. Plan de Desarrollo Ofedo-Udual 2008-2013 En: www.ofedo-udual.org.

concentran en ofrecer las condiciones propias para facilitar el desarrollo de los valores ético-morales, estéticos, históricos y tecno-científicos enraizados en la cultura de vida, su calidad y su sentido. Lo anterior en la perspectiva de una sociedad más justa, pluralista, participativa, pacífica y la afirmación de un ser humano responsable, parte constitutiva de la naturaleza y sus ecosistemas. Receptor y constructor crítico de los procesos globales de la cultura”.⁴⁵

El enfoque de formación que ofrece la Facultad de Odontología de la Universidad El Bosque se estructura de acuerdo con el Proyecto Institucional, es decir, parte del modelo biopsicosocial y cultural como eje integrador del Plan de Estudios de la Facultad. Como ejes fundamentales del Proyecto educativo institucional y del nuevo Programa aparecen la docencia, la proyección social y la investigación.

Por su parte, los objetivos se establecen teniendo en cuenta los estándares de formación de odontólogos a nivel nacional e internacional, los cuales son adaptados a los contextos y a las necesidades de salud oral de la población colombiana.

2.3 PRÁCTICAS FORMATIVAS EN ODONTOLOGÍA O CENTROS DOCENCIA-SERVICIO

Desde 1985, la Universidad El Bosque estructuró las Clínicas Odontológicas direccionadas a la prestación de servicios a pacientes de las comunidades de la zona norte o áreas en las que los estudiantes al realizar trabajo comunitario pudiesen diagnosticar y remitir pacientes que necesiten de consulta odontológica. Estas clínicas se encuentran ubicadas dentro del campus universitario. Como usuarios se encuentran: la comunidad universitaria, los familiares de los estudiantes, pacientes de los centros periféricos y la población de vecinos de la Universidad.

La Clínica se erige en el espacio de interacción docente- estudiante- paciente, en donde los estudiantes se forman en las acciones propias de la odontología, articuladas con los procesos normativos, académico-administrativos, asistenciales, de

⁴⁵UNIVERSIDAD EL BOSQUE. Misión y Proyecto Educativo Institucional. En: Documentos Institucionales de la Universidad El Bosque. pp. 21. Bogotá. Universidad EL Bosque. 1996.

bioseguridad, basados en un ejercicio de trabajo en equipo e interacción con los actores allí presentes. En este espacio va adquiriendo cada vez mayores conocimientos, destrezas y habilidades, para la resolución de patologías que van de menor a mayor complejidad, acompañado por un cuerpo docente altamente calificado y la tecnología y los materiales apropiados. Se ha establecido como Enfoque de formación el Modelo Biopsicosocial para la atención de los pacientes; el estudiante aprende en este espacio que las necesidades van más allá de los aspectos tecnológicos biológicos, por lo cual dimensiona la atención desde aspectos no sólo biológicos sino; psicológicos, sociales, históricos, ecológicos y éticos, pues estos son fundamentales para las dinámicas del proceso salud–enfermedad y de la calidad de vida.

Para el desarrollo de éste modelo, el espacio de formación clínica está centrado en el ser humano y no en sus tejidos orales y estructuras dentales, con la finalidad primordial de que el estudiante pueda dar atención integral desde la multidimensionalidad del ser humano y pueda prestarle atención en salud oral acorde a sus necesidades y expectativas y lograr y este aprenda a mantener su salud a partir de su autocuidado apoyado por el seguimiento periódico de la salud alcanzada⁴⁶.

3. CAPÍTULO 3 MARCO TEÓRICO

3.1 MODELOS FORMATIVOS EN ODONTOLOGÍA

En la literatura se evidencia una diversidad de modelos formativos aplicados en odontología que van desde el modelo tradicional centrado en el aprendiz hasta el centrado en el paciente.

El Modelo Tradicional se caracteriza por que el paciente se encuentra al servicio de las necesidades y requerimientos del estudiante, el paciente cree en las recomendaciones del profesor, que es quien se asume tiene el conocimiento (Modelo Paternalista).

⁴⁶ UNIVERSIDAD EL BOSQUE. Documento Renovación de Acreditación 2012 Facultad de Odontología de la Universidad El Bosque.

El Modelo Informativo, por su parte, es con frecuencia dirigido por especialistas; en este contexto, el paciente sufre las necesidades educativas de cada especialidad y las estrategias de tratamiento resultan siendo de inadecuada coordinación⁴⁷.

Prevalece en los currículos odontológicos el conocimiento del experto docente sobre el concepto del estudiante inmaduro y el "paciente ignorante"⁴⁸, en ocasiones es influenciado por decisiones del profesional docente de acuerdo con sus preferencias personales o comerciales, o por cualificación del estudiante a partir de requisitos que deba cumplir en su aprendizaje.

En contraposición, el Modelo de Enseñanza Centrada en el paciente, se centra en el cuidado del paciente, sus necesidades y expectativas, considerando como clave el atributo de la calidad del cuidado y la autonomía del paciente en lo referente a la decisión sobre su tratamiento.

Para centrar la enseñanza en el paciente, el odontólogo debe moverse del modelo biomédico mecanicista a un modelo centrado en las necesidades del paciente según sus expectativas y desarrollo en su entorno natural y social, razón por la cual debe reorientarse la perspectiva científica y educativa hacia una formación integral con un enfoque holístico^{49 50 51}. Entendiendo por Holístico, considerar la interdependencia de todo el organismo, el cuerpo, la mente y su interconexión con el entorno natural y social⁵².

⁴⁷ BEAUCHAMP TL & CHILDRESS JF. Principios de Ética Bio médica. (4ed). Sao Paulo: Ediciones Loyola, 2002. p. 522.

⁴⁸ ENGEL.L, George. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science Ap 8; 196(4286):1997 129-36.

⁴⁹ ESCOBAR- TRIANA, Jaime. Dimensiones ontológicas del cuerpo: Una visión filosófica del cuerpo y su relación con el ejercicio de la medicina. Colección Bios y Ethos; Vol. 2. Bogotá-Colombia: El Bosque. 1997. pp.163.

⁵⁰ ESCOBAR. TRIANA, Jaime. La formación humana y social del médico. Memorias. Colección Educativa médica, Volumen 6. Bogotá: Fundación Escuela Colombiana de Medicina, 1991.p.9

⁵¹ OTERO, Mónica. URREA, Fanny. MONTAÑA, Jaime. Reflexiones institucionales y académicas entorno a la reforma del programa para la clínica de semiología del V semestre, Universidad El Bosque, Revista Científica Facultad de Odontología, Universidad El Bosque (ECM).Bogotá. Colombia. 2005. Volumen 11. No. 1.pp.71.

⁵² ESCOBAR- TRIANA, Jaime. Comprensión Sistémica de la salud y calidad de vida. En Bioética y Calidad de vida. Colección Bios y Ethos. Ediciones El Bosque.Editorial Kimpres. Bogotá, Noviembre 2000. p.59.

3.2 TENSIONES EN LAS PRÁCTICAS FORMATIVAS EN PROGRAMAS DE ODONTOLOGÍA

Las prácticas formativas de los estudiantes de los programas de Odontología en América y Europa, tradicionalmente se han dispuesto en clínicas ubicadas en el *campus* universitario. Aunque algunos programas han venido integrándolas a centros hospitalarios y centros comunitarios, persiste este modelo de clínica universitaria, en el cual la formación práctico-clínica se desarrolla a partir de determinado número de objetivos clínicos que debe cumplir el estudiante, para asegurar las competencias en destrezas y habilidades con las cuales debe egresar.

En la literatura existe poca investigación formal acerca de los dilemas éticos que pueden presentarse en este modelo de formación docente-asistencial. Goncalves y Verdi⁵³ realizaron un estudio empírico exploratorio cualitativo, para identificar y analizar problemas éticos, durante la atención de pacientes por parte de los estudiantes en las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad Santa Catarina, en Florianópolis Brasil, donde se evidencia la manipulación al paciente, como un medio para obtener un fin académico.

Los resultados obtenidos por estos autores manifiestan la vulnerabilidad del paciente frente a la necesidad imperiosa de recurrir a este servicio, por la estrecha cobertura en la prestación de los servicios de salud pública del Estado; la no participación del paciente para la toma de decisiones frente a los tratamientos a los cuales se va a someter en dichas prácticas y la violación al derecho de ser informado adecuadamente y consentir el tratamiento. Las recomendaciones de dicho estudio son: repensar la humanización de estas prácticas formativas; crear una competencia ética, conciliando los intereses académicos con las necesidades del paciente, contexto en el cual el profesor debe ser un modelo para seguir, en su actividad académica, como un profesional ético y humano.

⁵³ GONCALVES.R, Evelise, MACHADO. V, Martha Inés. A vulnerabilidade e o paciente da clínica odontológica de ensino. En: Revista Brasileira de Bioética.2005. Vol. 1 No.2. pp. 195-205.

Koerber ⁵⁴ realizó un estudio en tres facultades de odontología de la Asociación de Educación Dental Americana y evaluó las opiniones en estudiantes, administrativos y directivos acerca del comportamiento ético en la formación de los estudiantes.

Según la investigación, los estudiantes aducen la necesidad de cumplir requisitos como objetivos de formación y en consecuencia se ven abocados a llevar a cabo hurto de materiales en preclínicas con fines diversos, el plagio o copia en exámenes por recibir una nota aprobatoria, inflexibilidad o rigidez en el cumplimiento de requisitos, agendas de tratamiento irreales y en ocasiones anotan procedimientos ficticios para mostrar el cumplimiento de tareas. También se comprobó la falta de interés en asumir un comportamiento ético, por desconocimiento o falta de apropiación del deber ser como futuros profesionales de la salud, el desinterés por cumplir en menor tiempo con el tratamiento del paciente, el desconocimiento en la práctica clínica de los intereses del paciente y de su autonomía.

Este investigador plantea que el profesor debe ser para el estudiante un modelo a seguir, tanto en su vida cotidiana como académica y que debe ser visto como un profesional humano y ético que trata con dignidad y respeto a sus alumnos, pacientes y compañeros de trabajo. La institución debe promover la formación de los profesores y el personal administrativo en todos los niveles de formación. Debe existir una "Cultura Ética" con un fortalecimiento del pensamiento bioético.

En la medida en que el cuerpo docente practique una cultura basada en los determinantes biopsicosociales podrá transmitir un conocimiento y un estado de ánimo óptimo ya que con el ejemplo se enseña mil veces más que con las palabras.

Debemos sensibilizar a la comunidad, frente a la cultura bioética como un nuevo paradigma que orienta con mayor fuerza creadora la evolución de la humanidad como civilización. El estar informado de dicha tendencia social y comprender la magnitud de sus beneficios seguramente contribuirá a la suma de las partes para alcanzar el consenso general que haga de la cultura bioética una institución social.

⁵⁴ KOERBER A, BOTTO RW, PENDLETON DD, Albazzaz MB, DOSHI SJ, Rinaldo. VA. Enhancing Ethical behavior: views of students, administrators, and faculty. En: J Dent Educ.2005. Vol. 69. No.2. pp. 213-31.

Sharp y Kuthy ⁵⁵ evaluaron, en los Estados Unidos, dilemas éticos, mediante 123 encuestas realizadas a estudiantes de odontología en su cuarto año de rotación por clínicas extramurales. Los hallazgos significativos reportados por este estudio informan sobre tensiones relacionadas con la atención de pacientes: un 25% de los alumnos evidenció recursos limitados para el desarrollo de adecuados tratamientos para los pacientes, un 19% reportó conflicto entre profesionales para el tratamiento llevado a cabo por un equipo interdisciplinario, un 15% reportó que existen unas políticas clínicas o procedimientos exigidos por los directivos de los centros asistenciales en salud fundamentadas en aspectos financieros, un 13% reportó la toma de decisiones clínicas sin tener en cuenta la autonomía del paciente y el 1% no reportó ninguna tensión.

En el estudio se demuestra la persistencia de dilemas éticos en este tipo de centros asistenciales y se pone de manifiesto recurrir a los códigos de ética que salvaguardan la responsabilidad social y el compromiso que se debe tener con las poblaciones vulnerables por parte del sector gubernamental o el trabajo social que se puede asumir desde las facultades de odontología en dichos centros; el autor propone hacer un llamado a las instituciones para que promuevan la enseñanza de la Bioética en la formación de odontólogos.

Los modelos de formación profesional en Odontología deben incidir en la creación de ambientes de aprendizaje y de estrategias favorables para el desarrollo de valores que permitan construir relaciones enmarcadas en el ejercicio ético del actuar personal y profesional.

Kohlberg en sus investigaciones, trabajó el estudio de la Educación moral⁵⁶, estableció la noción de *democracia educacional* y la define como "el contexto en el que el estudiante aprende con el profesor, los procesos en los que se estructuran las normas y reglamentos de una sociedad justa, permitiendo que la interacción entre el profesor y

⁵⁵ SHARP, Helen. M, KUTHY RA. HELLER KE, Ethical dilemmas reported by fourth-year dental students. J En: Dent Educ. 2005.vol 69. No10: pp: 1116-22.

⁵⁶ REIMER, J. De la discusión moral al gobierno democrático En: La Educación moral según Lawrence Kohlberg. Gedisa editorial. Barcelona. España.1997. Ed. Gedisa. pp.21.

el alumno lleve a la toma de decisiones compartidas y equitativas, que conduzcan al desarrollo de una comunidad basada en principios de justicia y cuidado". Este autor estudia el Desarrollo de la Conciencia Moral la cual debe razonar y analizar sobre juicios morales que se formulen ante dilemas morales que puedan presentarse; considera que el desarrollo moral de una persona pasa por tres niveles:

Nivel Pre-convencional: Respeto a normas por temor a las consecuencias de sus actos.

Convencional: Nivel en el que las personas se identifican con el grupo o la sociedad en la que viven siguiendo normas de conducta.

Nivel Post-convencional: Nivel en el que se toma conciencia, se acepta y se comprenden los principios éticos universales y los morales generales.

Gracia⁵⁷ correlaciona la forma en que Kohlberg aborda la adquisición de actitudes demostradas en los tres niveles antes mencionados para el desarrollo de actitudes éticas y morales que deben ser apropiadas durante la apropiación de conocimientos y habilidades para la formación, llevando a adquirir un alto nivel de apropiación de la Bioética en los estudiantes de salud, que les permita evolucionar; de tal forma que puedan analizar, reflexionar y tomar decisiones a partir de establecer juicios de valor a sus actuaciones.

En el proceso formativo en Salud se han establecido modelos de enseñanza-aprendizaje clínicos centrados en las necesidades del paciente que propician la disolución del conflicto en caso de presentarse; debería ser el paciente quien con su concepto contribuya a la nota final del éxito de las prácticas clínicas, permitiéndosele manifestar su estado de satisfacción, su nivel de conocimiento de los procedimientos a que ha sido sujeto y el grado de participación de su voluntad de consentimiento.

⁵⁷ GRACIA, Diego. Fundamentación y Enseñanza de la Bioética. Ética y Vida. Estudios de Bioética. Santafé de Bogotá: Editorial EL Buho.1998. pp. 176-177.

Eriksen⁵⁸ recomienda centrar el cuidado del paciente en sus necesidades y expectativas considerándose la clave del atributo de la calidad del cuidado. Queda la inquietud de si este es un modelo centrado en el paciente o en la toma de decisiones de tratamiento para el logro de estándares de alta calidad en la formación. Una parte significativa de los procesos de enseñanza se lleva a cabo en prácticas clínicas con pacientes, bajo la supervisión de odontólogos cualificados como profesores. Existe gran diversidad de estrategias para el desarrollo de habilidades: prácticas entre compañeros, interacción con pacientes y literatura relacionada con el adecuado comportamiento del docente.

Fugill⁵⁹ realizó un estudio de tipo cualitativo en estudiantes de la Facultad de Odontología de Wale bajo tres categorías en la relación docente- estudiante: El comportamiento del estudiante; las características del profesor y su comportamiento durante el proceso enseñanza aprendizaje. Como estrategias se consideraron: la demostración, la retroalimentación, la integración de la teoría con la práctica, la autonomía del estudiante y las autoevaluaciones. Dentro de las características que se buscan en el profesor están: debe ser un ejemplo a seguir, debe tener una personalidad adecuada y debe contar con atributos como puntualidad, disponibilidad, consistencia y habilidades prácticas. De igual modo se requiere que el docente entienda las limitaciones del conocimiento del estudiante y respete la relación estudiante-paciente.

Chambers y Leknius⁶⁰ estudiaron la percepción de los estudiantes y los docentes sobre los aspectos que caracterizan a un excelente profesor y concluyen que la gran mayoría de los estudiantes consideran que es aquel que les da soporte tanto académico como

⁵⁸ ERIKSEN, Harold. M. "A patient centered approach to teaching and learning in dental student clinical practice". En: European Journal of Dental Education,. Norway: Blackwell Munksgaard, 2008. No. 12, pp. 171-172.

⁵⁹ FUGILL.M. Teaching and learning in dental student clinical practice. En: Eur. j Dent Educ. Vol 9. No.3. 2005. pp. 131-6.

⁶⁰ CHAMBERS, D.W. GEISSBERGER, M and. LEKNIUS, C. Association amongst factors thought to be important by instructors in dental education and perceived effectiveness of these instructors by students. School of Dentistry. University of the Pacific. San Francisco, CA, USA. Eur J Dent Educ; 2004. 8 pp: 147–151.

personal mientras que los docentes se encuentran divididos unos consideran importante su experticia y otros el soporte.

Maclaren y Leathard⁶¹ caracterizan un profesional virtuoso como aquel que considera la diferencia, reconoce el conflicto lo analiza desde los principios de la Bioética propuestos por Beauchamp y Childress ⁶² y dirime entre los posibles dilemas que pueden surgir para luego tomar una decisión.

Divaris et al (2008)⁶³ reportan la perspectiva de estudiantes respecto a las dificultades que se presentan durante su proceso formativo, anotando la influencia del tamaño del curso, el tiempo libre, la evaluación de los procedimientos, la relación con los compañeros, profesores y el peligro del sistema de requisitos inflexibles aspecto que en ocasiones lleva al estudiante a comprometer sus decisiones éticas y morales.

La investigación reveló que los síntomas de estrés que incluyen manifestaciones psicosomáticas y psicológicas tienen que ver en ocasiones con la responsabilidad directa que deben asumir con la salud de su paciente. Un currículo en odontología debe tener un fundamento científico, formar profesionales éticamente competentes, centrar la educación en el estudiante, eliminar la discriminación "enseñanza aprendizaje", e inculcar la cultura de una visión holística. Recomienda la construcción de ambientes académicos positivos, involucrar a los estudiantes para que sean agentes de cambio y hacerlos partícipes de la implementación de innovaciones en el currículo.

Hirsch⁶⁴ aborda la relevancia que tiene la ética en la docencia y presenta diferentes tipos de conflictos, dilemas y desafíos de conductas no éticas en profesores concluye que los dilemas más frecuentes son la falta de lealtad entre los profesores poniéndose en evidencia ante los alumnos y propone dirimir los conflictos y dilemas a partir de llegar a consensos mediante procesos deliberativos individuales y colectivos.

⁶¹ MCLAREN, S. & LEATHARD, A. En Leathard, A. & McLaren, S. (Eds.). *Ethics. Contemporary Challenges in Health and Social Care*. Great Britain: MPG Books Ltd. Bodmin, 2007. pp. 283-300.

⁶² BEAUCHAMP, TL & CHILDRESS JF. Op.cit.523.

⁶³ DIVARIS ET AL. Opcit. p.125.

⁶⁴ HIRSCH, A. (julio - diciembre, 2011) Dilemas, tensiones y contradicciones en la conducta ética de los profesores. *Sinéctica*, 37. Recuperado de <http://www.sinectica.iteso.mx>

Sanchez Alfaro (2011)⁶⁵ propone una formación humana y social de los profesionales en salud que aborde los procesos salud-enfermedad de una manera sistémica en los ámbitos locales y globales de manera interdisciplinaria y holística, desde una reflexión pluralista biocéntrica, posthumanista e interdisciplinaria, que contemple la diferencia en términos del multiculturalismo y la interculturalidad. Para tal fin plantea promover la reflexión y el debate anterior, alrededor de los derechos humanos y los principios bioéticos con la finalidad trascendental de formar profesionales idóneos, conscientes de su responsabilidad y compromiso individual y colectivo.

No será suficiente, una sola vez, recordar en esta tesis el compromiso solícito de los educadores con la formación de estudiantes para el desempeño de sus competencias humanistas, de que vean con claridad la necesidad de formar seres integrales con una misión y una visión cuyos focos sean una mejor calidad de vida edificada desde los valores humanos.

El espacio académico, después del ámbito familiar es el lugar donde los estudiantes pasan la mayor parte del tiempo y es, por lo tanto, el lugar apropiado y el momento adecuado para llevar a cabo importantes realizaciones constructoras del bienestar de todos.

Las directivas del campus universitario en el caso de la Universidad El Bosque deberán de continuo involucrar en la toma de sus decisiones un llamado a cada uno y cada una a participar de manera individual y colectiva en la transformación del entorno en que se vive. Sus directrices, sus ejecuciones, sus controles deben ser garantía de afianzamiento del modelo Biopsicosocial; es necesario tomar conciencia sobre cómo el comportamiento de las directivas representa un paradigma ético fundamental.

Este accionar supone, para la Facultad de Odontología, momentos de franca reflexión, de confrontación recurrente, de evaluación efectiva y de cambios de actitud que parten en primera instancia de sí mismos y en consecuencia de los grupos participantes.

⁶⁵ SANCHEZ ALFARO, Luis. "Formación humana y social en salud como promotora de la justicia en medio de un mundo globalizado". En: Revista Colombiana de Bioética. Vol. 5, No 2, Universidad El Bosque. Bogotá: Ed. Kimpres, Diciembre 2011, p.134.

La manera como fragua un modelo de comportamiento es hacer que se conviertan en hábito sus virtudes: en primer lugar, el objetivo de aprendizaje debe ser formar al estudiante en la habilidad de hacerse planteamientos sobre el conocimiento de sí mismo, de las capacidades, habilidades y destrezas; su práctica a la postre será la base fundamental para conocer a los demás. El logro de este objetivo implica entrenar una conciencia crítica frente a la forma como se debe actuar, una conciencia que en sus decisiones no deje pasar por alto que todas sus actuaciones afectan a los demás y sin temor a exagerar, al entorno en que vive. Es aquí donde la escala de valores de la bioética se hace notable en el análisis y reflexión sobre la realidad social a la que se enfrentan los educandos día a día.

En segundo lugar, se requiere desarrollar unas competencias de formación que impliquen el aseguramiento de que el modelo bioético está inmerso en el proyecto de vida de cada estudiante. Debe contener claridad meridiana hacia dónde va, identificando las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que ayuden al estudiante a visualizar las necesidades humanas de seguridad, afecto, autoestima, independencia y autorrealización, de tal manera que facilite comprender formas prácticas y sensatas para llegar a las metas propuestas. El proyecto de vida debe ser una metódica permanente en constante construcción durante el desarrollo de toda la carrera universitaria del futuro odontólogo, de tal manera que al arribar a la vida laboral continúe siendo una disciplina en la vida profesional.

En tercer lugar, es importante resaltar, con énfasis el compromiso del cuerpo directivo institucional, la importancia de darle el más alto valor posible a contenidos que relacionan la Bioética con los núcleos temáticos de las diferentes áreas tales como: "La evolución del pensamiento humano", "La reflexión bioética de las políticas públicas en la salud colombiana", "Los dilemas éticos del comienzo de la vida", "Bioética y formación bio-psico-social".

La persona es un ser eminentemente reflexivo; se pregunta espontáneamente sobre lo bueno y lo malo, sobre lo que se debe y no se debe hacer, lo que vale y no vale la pena vivir y es capaz de tomar conciencia de sí misma y de sus relaciones con el mundo. La perspectiva desde la bioética y su fuente de principios constitucionales alientan el comportamiento ético, en tanto que contienen los parámetros que orientan

y regulan el actuar humano además de proporcionar las pautas generales que permitan alcanzar las metas y objetivos.

El Paradigma reduccionista, contempla un dualismo mente cuerpo separando los procesos mentales de los somáticos. El modelo biomédico parte de esta concepción y de la idea de que la salud es un asunto meramente relacionado con el cuerpo.

El modelo Biomédico de la enfermedad se deriva de la teoría que asume que las enfermedades son causa de desviaciones de la norma de variables medibles⁶⁶. Por el contrario el Modelo Biopsicosocial requiere que el odontólogo acepte la responsabilidad de evaluar cualquier problema que presente el paciente y su formación debe incluir competencias en lo biológico, psicológico y social para la toma de decisiones e implementación de las acciones propuestas.

La literatura revisada comprueba que son pocos los estudios que explicitan los dilemas éticos suscitados según el modelo de formación imperante en las facultades de odontología, en donde predomina la necesidad académica de formación del estudiante en contraposición con el derecho a priorizar las necesidades de salud del paciente, vulnerando su autonomía y el derecho a tener claridad en el tratamiento que se le va a instaurar (veracidad en la información para consentir el tratamiento). Quizás los que más se acercan son el de Bertolami (2004)⁶⁷, Koerber (2005)⁶⁸ y Sharp (2005)⁶⁹ en Norteamérica y el de Goncalves y Machado en Brasil (2005)⁷⁰, referenciados con antelación.

3.3. ENFOQUE PEDAGÓGICO EN LA UNIVERSIDAD EL BOSQUE

El Panorama de la Educación Superior a partir de los procesos de globalización y la introducción de nuevas tecnologías de la información ha llevado a repensar los modelos pedagógicos y las herramientas que deben ser dispuestas para las nuevas

⁶⁶ ENGEL, George L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1997. VOL. 196. NO 4286.pp. 129-36.

⁶⁷ BERTOLAMI, C., Op. cit., pp. 423.

⁶⁸ KOERBER, A. Op. Cit, 224.

⁶⁹ GONCALVES, E. Machado, M., Op. cit., p. 202.

⁷⁰ Ibid. p. 204.

generaciones. En el proceso de autoevaluación y de reflexión desarrollado por la Universidad han surgido recomendaciones con respecto a los procesos curriculares para sustentar su modelo de enseñanza-aprendizaje, de las cuales se pueden destacar las siguientes:

Dar prioridad a competencias básicas de aprendizaje.

Privilegiar los aprendizajes que favorezcan el equilibrio personal, cognoscitivo y las relaciones interpersonales.

Transformación de los procesos pedagógicos hacia el aprendizaje con calidad.

Es así como la Universidad El Bosque dentro de su Plan de Desarrollo en el Eje Estratégico II, Desarrollo Académico, ha abordado como modelo de formación el Aprendizaje Significativo.

Dee Fink (2003)⁷¹ quien lo define como un aprendizaje durable, importante el que debe afectar positivamente la vida de los estudiantes; éste debe articular las actividades de aprendizaje con los objetivos y las competencias de formación, permitiendo que se establezcan vínculos con el presente del que aprende y el futuro de quien aplica dichos conceptos y habilidades a su ejercicio profesional cuando egresa. Se articulan los referentes macro y micro curriculares desde los objetivos de aprendizaje centrados en la consolidación enseñanza de la Bioética teniendo como eje conductor el enfoque de formación bajo el modelo biopsicosocial.

Este nuevo paradigma de enseñanza-aprendizaje, debe llegar al éxito estudiantil a partir de la estructuración de procesos en los que se de apoyo a los estudiantes mediante el desarrollo de propuestas por parte de los profesores tendientes al establecimiento del SAE (Sistema de Apoyo al Estudiante) y el PAE (Programa de Apoyo al Estudiante), con el fin de implementar correctivos preventivos con los estudiantes y lograr que su paso por la Universidad sea grato y fructífero para él como persona y como futuro profesional, de tal modo que le permita construir procesos de auto ayuda y auto aprendizaje bajo la tutoría y seguimiento de los responsables asignados.

⁷¹ FINK, D. Creating significant learning experiences: An integrated approach to designing colleague courses. San Francisco, Jossey-Bass. 2003.

3.3.1. La Calidad de Vida en Salud y Educación como una premisa bioética de formación en el enfoque biopsicosocial y cultural de la Universidad El Bosque.

La institución propone articular la Misión, el Proyecto Educativo y los Objetivos de Aprendizaje Institucionales en torno a un eje conductor: "La salud y calidad de vida".⁷²

La World Health Organization Quality Life y la Organización Mundial de la Salud⁷³ definen la Calidad de vida como:

La percepción del individuo de su situación en la vida, en el contexto de su cultura y el sistema de valores en el que vive, con relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.

Este concepto es ampliamente discutido por diferentes autores y compilado por Nusbaum y Sen en 1996⁷⁴. Para Sen la calidad de vida debe ser evaluada en función a las capacidades o habilidades que le permita a las personas desarrollar funcionamientos valiosos y le den satisfacciones personales, aun cuando no se está refiriendo a aspectos superficiales o materiales que lleven al Utilitarismo, sino al logro de objetivos propuestos desde la libertad individual de elegir y decidir en pro de su Bienestar al cual se le pueden aplicar indicadores de «percepción de felicidad» y placer o satisfacción para su valoración. Denota importancia en la valoración y la ponderación que se dé a estas capacidades en función de la gradación y el logro de éstas, ya que aquellos funcionamientos básicos deben ser prioritarios y entran a formar parte del autocuidado y la autodeterminación para mantener una vida saludable. Entran en consideración aquellas de mayor complejidad que influyen en una construcción social hacia el logro de la dignidad personal, dependiendo del grado de importancia y ponderación que le dé cada individuo.

⁷²Políticas y Gestión Curricular, Universidad El Bosque, Bogotá diciembre de 2011.

⁷³ OMS(1994)Quality research for health programmes, Division of mental health, OMS, Ginebra.

⁷⁴ Op. cit. SEN, Amartya.1996.cit.P55.

Brock⁷⁵, considera de suma importancia la estructura ética de los profesionales para la toma de decisiones y establecimiento de lineamientos que contribuyan en la recuperación de la salud del paciente, el resultado del tratamiento y la valoración del interés de éste para mantener su salud, aspecto que repercute directamente sobre su bienestar y la calidad de vida o *buena vida*⁷⁶ a futuro.

Aspectos que en ocasiones se consideran subjetivos y no se contempla su importancia en la formación científica de los profesionales de la salud, a quienes se les debe contextualizar en referentes sociales, humanos y éticos, de tal forma que se dé un proceso de *toma de decisiones compartida*⁷⁷, en la que el paciente pueda diseñar su *plan vivencial para una buena vida*⁷⁸.

Recomienda que en los contextos gubernamentales las políticas se sobrepongan a los ancestrales índices de morbilidad y mortalidad y planteen estrategias preponderantes y orientadoras que permitan la estructuración de políticas de salud que puedan asegurar el éxito en su aplicación y ejecución hacia la sociedad y el Estado.

Griffin⁷⁹, propone utilizar conceptos integrativos y amplios acerca de la calidad de vida y de los *valores prudenciales* de los pacientes (*elementos de dignidad humana, autonomía y libertad*), al igual que recomienda la comprensión de diversas consideraciones dependientes del tipo de decisión social que se asuma y del "Perfil del Efecto de la Enfermedad", adaptando las decisiones médicas a los valores y las particularidades del paciente.

⁷⁵ BROCK, Dan." Medidas de la calidad de vida en el cuidado de la Salud y la Ética Médica" En: Nussbaum, Martha, y Sen Amartya (compiladores). La Calidad de vida. Traducción Mazzoni Roberto. The United Nations University. Fondo de cultura de México. México, P.135. 1996.

⁷⁶ Ibid, p.136. Brock utiliza el término *buena vida*, para describir la calidad de vida de las personas desde una visión más amplia.

⁷⁷Ibid., p. 144. Definición propuesta en la Comisión para el estudio de problemas éticos en medicina e investigación biomédica y del comportamiento en 1982.

⁷⁸ Ibid., p. 161.

⁷⁹ GRIFFIN, James. Comentario a "Medidas de la calidad de vida al cuidado de la salud y la ética médica". En: Nussbaum, Martha, y Sen Amartya (compiladores). La Calidad de vida. Traducción Mazzoni Roberto. The United Nations University. p.182-190 Fondo de cultura de México. México, 1996.

O'neil⁸⁰ parte de la Justicia idealizada y relativizada, hace referencia a un abordaje desde la justicia plural y no de particularidades, es por esto que va en contra de una Justicia relativizada que no tiene en cuenta el género y la raza. Propone tener en cuenta las capacidades y las oportunidades, así como las incapacidades cognitivas ya que al carecerse de esta virtud se limita la posibilidad de tener las mismas oportunidades, llevando en esta situación a vulnerarse la Calidad de Vida de las personas, situaciones en las que deben desarrollarse propuestas que permitan estructurar programas encaminados a la superación de dificultades dando cabida a una calidad de vida digna, desde la Educación.

Camps⁸¹ asume una posición reflexiva desde la Bioética para plantear el término de vivir una vida de calidad de manera digna desde la autorregulación contando con unos mínimos de justicia, no sustentables desde el principalísimo ni el Utilitarismo puesto que podrán ser soportados como criterios de justicia más no hacia una vida de calidad.

Hottois⁸² igualmente hace una crítica al principialismo de Beauchamp y Childress⁸³ invocando su carácter reduccionista y tecno científicista que poco ayuda a la toma de decisiones en situaciones complejas que lleven implícito un imperativo moral, promoviendo recurrir a los principios propuestos por la comisión europea de Bioética y Bioderecho⁸⁴, como los principios de dignidad y de vulnerabilidad, que al ser violentados repercuten en el deterioro de la calidad de vida de las personas. Estos principios se fundamentan en el concepto antropológico del ser humano y de la experiencia fenomenológica de la subjetividad, estos principios expresan la convicción de ver al hombre como fin en sí mismo, se plantean como referentes que guían la toma de decisiones en conflictos bioéticos que vulneren la dignidad humana y afecten su bienestar.

⁸⁰ O'NEIL, Onora. Justicia, sexo y fronteras internacionales En Nussbaum, M y SEN, A. La Calidad de Vida. México. FCE . PP. 393- 417. 1996.

⁸¹ CAMPS, V. Una vida de Calidad. Reflexiones sobre Bioética. Ares y Mares Editorial crítica.pp:238-239. Barcelona, 2001.

⁸² HOTTOIS, Gilbert. "Que es la Bioética?". Trad. esp. Chantal Aristizabal. P.522. Bogotá: VRIN-Universidad El Bosque, 2007.

⁸³ BEAUCHAMP Y CHILDRESS., op. cit. p. 522.

⁸⁴ RENDTORFF, Jacob and KEMP, Peter. Basic ethical principles in European bioethics and biolaw: Autonomy, dignity, integrity and vulnerability- Towards a foundation of bioethics and biolaw. En: Medicine health Care and Philosophy, V. 5 No 3 pp. 235. Denmark, 2002.

Escobar Triana (2000)⁸⁵, fundamenta su conceptualización de calidad de vida en la comprensión sistémica de la salud y de la vida y asume la noción de Capra⁸⁶, en que la vida es un sistema dinámico y auto organizado a partir del cual se da una interacción e interconexión compleja entre los procesos fisiológicos, biológicos, psicológicos, y ambientales que se manifiestan en los ámbitos sociales y culturales, alterando así la naturaleza humana.

Para Delgado Diaz⁸⁷ la invención y la introducción de innovaciones que sobrepasan las capacidades humanas invocan a la reflexión ética desde el cuestionamiento de la condición moral de los fundamentos y la aplicación de los conceptos, lo que ha hecho replantear lo aprehendido y replantear acerca de los límites de la tecnología y lo que ésta conlleva a pensar el concepto de la calidad de vida.

Esto ha generado un cambio conceptual del aspecto material del bienestar a una reflexión del devenir de la vida humana y la no humana, de lo físico a lo espiritual, de lo individual a lo colectivo y de lo social a lo cultural.

En términos de bienestar asumiendo las definiciones de Cohen⁸⁸ podemos hablar de la capacidad que tiene el hombre para adaptarse y sentirse bien ante situaciones que le generen cambio como los factores ambientales y sociales puesto que al lograr una sincronía física y mental ante estos agentes externos puede conseguir un estado de homeostasis consigo mismo y con su entorno y adquirir un estatus de buen vivir o una buena calidad de vida.

⁸⁵ ESCOBAR TRIANA, Jaime. Comprensión sistémica de la salud y calidad de vida. Bioética y Calidad de Vida. Colección Bios y Ethos. Número 15. P. 71. Bogotá: Universidad El Bosque. Kimpres, 2000.

⁸⁶ Op.Cit. CAPRA, f. El Punto crucial, p. 149.

⁸⁷ DELGADO. DIAZ, Carlos. "Calidad de Vida: Una perspectiva Latinoamericana". En: Bioética y Calidad de Vida. Colección Bios y Ethos Número 15. P. 109. Ediciones El Bosque. Editorial Kimpres. Bogotá. D.C. 2000.

⁸⁸ Cohen interpreta el bienestar desde dos puntos de vista el hedonista como un estado deseable, y el *bienestar* como satisfacción de preferencias. Véase en COHEN. G. ¿Igualdad de qué? sobre el Bienestar, los bienes y las Capacidades. En: La Calidad de Vida Martha Nussbaum y Amartya Sen (Compiladores) (traducción). p29. Fondo de cultura económica México. 1996.

En términos de Calidad de vida desde la Educación se hace referencia a satisfacer las necesidades básicas de aprendizaje para el desarrollo de capacidades de los seres humanos en términos de: autocuidado, autosostenibilidad, con un trabajo digno, para que el individuo sea participe del desarrollo de su autonomía para la toma de decisiones fundamentada en el bienestar propio y común de sus seres cercanos y el desarrollo de habilidades para su auto educación permanente a lo largo de la vida.

Giroux⁸⁹ propone la estructuración de una pedagogía crítica, que genere un lenguaje educativo capaz de plantear nuevas preguntas, establecer nuevos compromisos dirigido a la interpretación de las concepciones y a la reflexión de los conflictos que afectan a los alumnos en su vida diaria, con un espíritu de crítica y un respeto por la dignidad humana para que puedan relacionar estas cuestiones personales y sociales en torno a su proyecto pedagógico con el fin primordial de ayudar a los alumnos a superar las adversidades y a convertirse en ciudadanos activos.

El autor no es radical en la propuesta emancipadora, ya que a pesar de plantear la necesidad de proponer la escuela como un espacio que permita el desarrollo intelectual, crítico y propositivo, se queda corto en el liderazgo que debe asumir dicho interlocutor, en las lides económicas políticas y sociales, destinándolo a un simple sector empresarial, como subyugado a un mercado laboral. Invita a la reflexión más no propone la toma de decisiones para dichos espacios.

Ovalle⁹⁰ adjudica a la Educación un rol mediador e interlocutor que promulgue por el logro de una adecuada convivencia entre los individuos en la sociedad, que participe en preservar la supervivencia de la especie, que colabore en el mejoramiento de la calidad de vida de la población, defienda la libertad de los individuos, la multiculturalidad y vele por el bienestar de la sociedad. La academia debe redimensionar su responsabilidad para con la sociedad y crear conciencia de estructurar nuevas propuestas pedagógicas que inviten al dialogo intercultural a partir de la pedagogía crítica propuesta por Giroux

⁸⁹ GIROUX, Henry. Pedagogía y política de la Esperanza. Teoría, cultura y enseñanza. Buenos Aires: Amorrortu editores. 2003.

⁹⁰ OVALLE, Constanza. Pensar la pedagogía crítica para la educación en Bioética: asunto crucial en sociedades latinoamericanas contemporáneas. En: Propuestas y reflexiones para fundamentar en Bioética. Bogotá: Colección Bios y Ethos No 28. Pp.18-39. Universidad El Bosque.2011.

que le permita a las personas desarrollar una conciencia plural que le permita tomar conciencia y se apropie de las realidades que se viven en la sociedad y pueda trascender la reflexión y desde una visión ético política pueda ser agente constructor de nuevas propuestas generadores de cambio para la sociedad.

Compilando la diversidad de visiones de los autores se puede concluir que la calidad de vida debe construirse al interior de las familias en las que desde etapas tempranas se eduque a las nuevas generaciones a que sean responsables de sus propias vidas, que aprendan a desarrollar sus capacidades para que a futuro sean una sociedad responsable, agente de cambio que promueva la conservación de su salud, del ecosistema, al generar buenos hábitos de alimentación, convivencia, autocuidado de tal forma que sean partícipes activos de la construcción de un mejor mundo para una buena vida.

En consonancia con estas propuestas es importante reafirmar las bases sobre las que se cimienta el proyecto educativo de la Universidad El Bosque, para la formación de los estudiantes de los programas en ciencias de la salud, en tanto este promulga la importancia de promover y mejorar la calidad de vida en salud, la educación de su comunidad y la población. Fundamenta la formación desde las bases de la filosofía, la epistemología y la Bioética asegurando una Formación Holística⁹¹, que comprende una formación humana y una interacción social de los futuros profesionales.

3.4 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA DEL ENFOQUE BIOÉTICO EN EL MODELO BIOPSIICOSOCIAL

No obstante el término "Bioética" comienza su vertiginosa carrera a partir de 1970 a propósito del artículo titulado "Bioethics the science of survival" publicado por el

⁹¹ ESCOBAR T, Jaime. Op. cit.17

oncólogo norteamericano Van Rensselaer Potter⁹², ya venía de tiempo atrás gestándose su nacimiento desde la promulgación del Código de Núremberg en 1947 considerado como el primer antecedente de relevancia internacional sobre ética de la investigación. Este Código fue producto del juicio a los médicos contra la Alemania nazi con la imposición de la pena de muerte por horca a siete médicos acusados de crímenes de guerra y crímenes contra la humanidad. A partir de este documento se abrió una discusión mundial sobre la investigación biomédica y el deber de regularla bajo claros principios éticos: naciendo una asociación entre la ética médica y los derechos humanos cuya Declaración Universal sería aprobada al año siguiente. El debate continúa liderado principalmente por la Asociación Médica Mundial constituida en Londres en 1946, a partir de ese momento cálidas discusiones registra la historia de sus asambleas anuales hasta su 18ª asamblea como la de Dublin que generó el Acta de Helsinki, por la cual finalmente se adopta la norma internacional sobre ética de la investigación médica, que por medio de sucesivas versiones se constituye en la piedra angular de la referencia internacional en ética de la investigación.

La Declaración de Helsinki ha sido objeto de continuas versiones como la de revisión de las investigaciones por comités de ética en 1975, como la de introducción de resguardos para el uso de placebos en la versión de 1996 y la de garantías de continuidad de tratamiento en la versión del año 2000, expresiones que han tenido alto impacto en las normativas de distintos países y en otras normas internacionales como las guías de CIOMS-OMS publicadas en 1982 por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas colaborando con la organización Mundial de la Salud, cuyo documento se denomina "Propuesta de Pautas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos".

Estas guías y pautas se han venido actualizando con los años y abarcando nuevas temáticas como las de los estudios epidemiológicos y otros, precedidos por la enunciación de tres principios éticos que son el respeto a las personas, el del búsqueda del bien y el de justicia, principios estos acuñados por el Belmont Report de la National

⁹² POTTER, Van Rensselaer. Bioética, la ciencia de la supervivencia. Revista Selecciones de Bioética, número 1: 121-139. Bogotá: Instituto de Bioética. CENALBE-, 2002.

Commissions for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, en el año 1979 en los Estados Unidos y que darían lugar al principialismo en Bioética. Al respecto dice Hottois⁹³ que el principalísimo “es un anglicismo que designa un conjunto de principios éticos mínimos universalmente aceptables destinados a guiar la resolución de conflictos que surgen en la práctica biomédica en un medio Pluriétnico.” De este enunciado surge la formulación clásica de los cuatro principios fundamentales de la bioética que son el principio de Autonomía o autodeterminación del individuo, el de Beneficencia o el beneficio de los actos, el de No Maleficencia y el de Justicia o el balance entre la libertad individual y colectiva que fueron desarrollados primeramente por Beauchamp y Childress (1979), Principles of Biomedical Ethics⁹⁴.

Tradicionalmente se ha definido el término Bioética como *el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, conducta vista a la luz de los valores y de los principios morales*⁹⁵.

La Bioética ha adquirido con los años una dimensión multidisciplinar que permite la reflexión y la deliberación plural e interdisciplinaria, al abordar situaciones polémicas donde convergen conflictos de valores, principios, derechos y deberes, que llevan al planteamiento de dilemas relacionados con las decisiones que deben asumirse en ciertas situaciones, como son los desarrollos científicos y tecnológicos, la investigación con seres humanos, la necesidad de asumir una conciencia ecológica por los efectos adversos que ha ocasionado la especie humana, que afectan la sostenibilidad del ecosistema⁹⁶.

Para Escobar y Aristizabal⁹⁷, la bioética es más que conocimiento y reflexión teórica y abstracta sobre los problemas de la vida en razón a que su compromiso se da desde las prácticas deliberativas plurales, que contribuyan a la construcción de nuevos discursos deliberativos hacia la toma de decisiones éticas en diferentes ámbitos, en los que

⁹³ HOTTOIS, Gilbert., OP. cit., p.46

⁹⁴ HOTTOIS. Gilbert., Op. cit., p. 47.

⁹⁵ REICH, W.T Enciclopedia of Bioethics, NY 1978 PXXXIX, Introduction.

⁹⁶ ESCOBAR. T, Jaime. ARISTIZABAL. T, Chantal. Los principios en la bioética: Fuentes, propuestas y prácticas múltiples. En: Revista Colombiana de Bioética. Universidad El Bosque, Bogotá. Noviembre 2011. Vol. 6. Pp. 76-109.

⁹⁷ Ibid., p.88.

surgen cuestionamientos por confrontación de valores, principios y normas, que en ocasiones deben ser reinterpretados en razón a la evolución de la humanidad. Es por esto que la Bioética debe permear los contextos socio políticos y culturales propios de cada país y continente en relación a las particularidades de estos y ser analizados desde una Bioética social para la construcción de una propuesta epistemológica de Bioética de intervención planteada por Garrafa y Porto (2003)⁹⁸, que permita el abordaje de las problemáticas propias del contexto latinoamericano y que refrende la construcción de un verdadero sentido de equidad en el que se reconozca la diferencia hacia objetivos igualitarios en el campo público y colectivo desde la construcción de políticas públicas que privilegien a la gran mayoría; y en lo privado e individual, contribuir a dar solución a conflictos suscitados en sus contextos.

En la misma vía De Zubiria⁹⁹ aproxima algunas interpretaciones acerca de la crisis de las ciencias convencionales y confronta la emergencia de unas *epistemologías del sur o emergentes*, propone dar un abordaje diferente al que le ha dado la bioética a *las epistemologías del norte global*. Entiende por epistemologías del sur, la valoración de nuevos conocimientos válidos, a partir de las prácticas y grupos sociales o minorías que han sido discriminadas. Propone trabajar hacia una *hermenéutica diatrópica* que permita el dialogo intercultural.

Hace mención a la "sociología de las emergencias", término que para De Sousa Santos¹⁰⁰ implica dar relevancia a la axiología del cuidado, dar prioridad a las dimensiones subjetivas en las dinámicas investigativas y reconocer la teoría de las emociones desde la fundamentación de la bioética que trascienda lo formal y lo

⁹⁸ GARRAFA, V. & PORTO, D. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. *Bioethics*, 17(5-6): 399-416, 2003.

⁹⁹ De ZUBIRIA. SAMPER, Sergio. Bioética, crisis y epistemologías emergentes. En: *Revista colombiana de Bioética*. Universidad El Bosque. Bogotá. Nov. 2011. Vol 6. Pp.41-49.

¹⁰⁰ DE SOUSA SANTOS, Boaventura. Aut. Analit.: Gandarilla Salgado, José Guadalupe. ed. Título: *Una epistemología del sur. la reinención del conocimiento y la emancipación social*. P. imprenta: Serie: Sociología y política. P.368. México, D. F. Siglo XXI Editores. 2009.

cognitivo. Onora O'Neil¹⁰¹ propone ampliar la discusión bioética hacia una distribución global de la salud, para la distribución justa de los recursos desde el establecimiento de políticas en salud pública.

Los orígenes de la Bioética en América Latina provienen de la influencia anglosajona y con el tiempo han venido asumiendo posiciones desde nuevos pensadores quienes han dado una interpretación bioética desde sus contextos particulares y las problemáticas que en estos se discuten, surgiendo planteamientos y propuestas interesantes que tienden a buscar soluciones viables y transformadoras.

Como lo ha sido la fundamentación histórica y filosófica de la Medicina y la Bioética, base de la contextualización de la práctica de las ciencias de la salud y del enfoque del modelo biopsicosocial propuesto para la Universidad El Bosque de acuerdo con Escobar¹⁰² éstas bases pueden "aportar al conocimiento y reconocimiento de las ciencias naturales y a la comprensión del origen de la vida en todas sus manifestaciones, avalado por un compromiso bioético, asumido desde dichas ciencias con el fin de orientarlas a la protección de la vida dentro de la biosfera, con una visión de sentido de la existencia".

Desde los planteamientos de las corrientes filosóficas se propone el fundamento del deber ser de un profesional de la salud, su papel con la sociedad y sus pacientes, en igual sentido y el modelo que debe regir la formación de los futuros profesionales, en este orden se citan algunos autores y su reflexión al respecto:

Haldane¹⁰³ cita a Aristóteles, quien identificaba la conducta reflexiva, que puede ser modificada por la individualidad en un contexto comunitario y debe recurrir a la prudencia, la sabiduría y los elementos básicos para la conducción del proceso de toma de decisiones. Afirma que tanto Platón como Aristóteles consideran que existe una

¹⁰¹ O'NEILL. Public Health or Clinical Ethics: Thinking beyond Borders. Ethics & International Affairs; 16 (2). 2002.

¹⁰² ESCOBAR.TRIANA, Jaime., Op.cit., p.11.

¹⁰³ HALDANE J. La ética medieval y renacentista. En: Singer P. Compendio de ética. P.200.Madrid: Editorial Alianza, 1995.

facultad de juicio racional aplicado a elegir la forma correcta de actuar; la virtud intelectual de la sabiduría práctica (phronesis- prudencia) y la conducta (la virtud moral). Podemos tomar como base filosófica estos conceptos tan importantes en la interacción que se debe dar entre el profesional y el paciente considerado como un ser individual que debe verse dentro de sus particularidades, pero aún más, debe ser evaluado en conjunto con la comunidad a que pertenece y en su contexto en particular. Esto amerita llevar a cabo un proceso de construcción en conjunto del fin que se quiere lograr para luego determinar y reflexionar sobre la conducta más apropiada a seguir en beneficio de la salud del paciente o de la comunidad.

Wulff ¹⁰⁴ en "El paradigma de la Medicina" propone distinguir entre dos grandes sistemas de pensamiento que han impregnado el pensamiento científico: el empirismo y el realismo.

Cullen¹⁰⁵ con la teoría del realismo subjetivo considera que las cosas ontológicas, las del ser, tienen prioridad sobre las epistemológicas; dicho conocimiento, se acentúa en la moderna medicina social, considera que los procesos vitales están regulados por el sistema nervioso central y que la enfermedad es fundamentalmente un trastorno del sistema nervioso, o resultado de un mecanismo subyacente. En contraposición se halla Locke¹⁰⁶ con su Tendencia Empirista, quien insistía en la evidencia clínica a partir de la observación del paciente y evaluación de sus manifestaciones clínicas

Durante los dos siglos anteriores al presente, la ciencia de la medicina se concentraba en descubrir los agentes externos causantes de la enfermedad mediante el método experimental demostrable bajo los parámetros científicos de manera que fuera cuantificable y se pudiera enunciar como una disciplina, construida por la suma de especializaciones capaces de definir las patologías de las enfermedades posibles de diagnosticar en el cuerpo humano y bajo un modelo lineal reduccionista, aplicar una curación tipo. Era la mentalidad científicista, hermana de la estadística y de la biología

¹⁰⁴ WULFF Henrik R. Stig Andur Pedersen, Raben Rosenberg, Introducción a la filosofía de la medicina. cap 12.p.236.Edit Tricastela.

¹⁰⁵ Ibid., p.62.

¹⁰⁶ Ibid., 65.

que de alguna manera consideraba los componentes del cuerpo humano como aparatos independientes que deben ser reparados cuando se ha producido un daño.

Un formidable movimiento emancipador apuntalaba la medicina al más alto puesto en el podio del triunfo del conocimiento, la entronizaba en definitiva en el campo de las ciencias naturales y prometía una consecución inconmensurable de bienestar a la humanidad. Era el origen de la ciencia moderna que se inicia con Sir Francis Bacon cuando proponía la reorganización del método del estudio científico, método que ha resistido buena cantidad de definiciones, que podría resumirse como un cúmulo de pasos preestablecidos en una disciplina para lograr conocimientos válidos mediante elementos, herramientas y documentos confiables. Parafraseando a Escobar Triana en su libro Dimensiones Ontológicas del Cuerpo "la medicina como ciencia natural alcanza gran desarrollo al lograr una nueva definición de la enfermedad en la patología celular en la cual se registran y se demuestran las alteraciones químicas y físicas y se objetivan los hechos patológicos".

Es así como el modelo científico biomédico ha predominado en la medicina de occidente y ha fundamentado la docencia y la práctica médica dedicada a la investigación de las patologías orgánicas y a tratamientos por medios físicos, es esta la evolución del paradigma predominante de centurias anteriores cuando prevalecían ideas místicas, religiosas y prototipos filosóficos como el cartesiano Descartes 1596 – 1650¹⁰⁷ que aceptaban la dualidad mente - cuerpo de lo cual resultaba que el alma no podía enfermarse porque era inmortal y por tanto solamente el cuerpo que era corruptible podía enfermarse y destruirse, se autorizaba entonces estudiar la anatomía humana, hacer autopsias, identificar los sistemas que lo componen, naciendo así la anatomía humana dedicada al estudio de las estructuras macroscópicas del cuerpo; la fisiología como ciencia que analiza las funciones del cuerpo, las alteraciones celulares, las atrofias, las enfermedades de los órganos de los sistemas entre otros, y la terapéutica como parte de la medicina que enseña el modo de tratar las enfermedades y el conjunto de procedimientos, incluyendo el uso de medicamentos para combatir

¹⁰⁷ EZEQUIEL. J. Emanuel, Linida .. EMANUEL. Cuatro modelos de la relación médico-paciente. En: Couceiro A. Bioética para clínicos. 4 ed. España: Editorial Triacastela; 1999. P. 109.

una enfermedad. Entonces, la educación médica- científica identifica las enfermedades y sobre este conocimiento se sustenta un sistema de creencias y de prácticas compartidas por los médicos y reconocidas por la comunidad que llegan a conformar el modelo biomédico.

Para trascender el modelo biomédico, enmarcado dentro del prototipo mecanicista, reduccionista, se propone un modelo innovador que dé la posibilidad de estudiar y tratar además de la enfermedad biológica; los procesos éticos, psicológicos y sociales de quien la padece, dentro de un marco amplio de interpretación. Este desarrollo se ubica en el campo del arte de la hermenéutica y permite considerar: los valores, la moral y lo correspondiente a las ciencias naturales.

Escobar Triana (2000)¹⁰⁸ propone comprender los fenómenos de salud- enfermedad a partir del pensamiento sistémico y de una visión integral de la vida y explica como desde la teoría del caos los sistemas tienden a auto organizarse preservando un equilibrio interno sin perder su conexión con el medio externo, a partir de sistemas de relacionamiento y retroalimentación y el flujo de procesos dinámicos.

Aportes provenientes de una crítica social de autores tales como Habermas¹⁰⁹ quien plantea poner en marcha una crítica social basada en la crítica de la cultura y el análisis de los problemas de la sociedad, "Teoría Social Crítica", que permita la reflexión entre los sistemas y el mundo vivido, debe tenerse en cuenta como pedagogía crítica relevante para la educación lo cual puede generar una corriente que motive al dialogo plural con conciencia social para la apropiación de las problemáticas y construcción de propuestas que promuevan el bienestar común.

¹⁰⁸Op. Cit. ESCOBAR TRIANA, Jaime. Noviembre 2000. p.60.

¹⁰⁹ HOLDEIN, R. La Ética y la Bioética en el pregrado. Ponencia introductoria: La Enseñanza de la Bioética en el pregrado. Reflexiones sobre un problema inconcluso. Rev haban cien méd (Revista en la Internet). Citado 2011 Feb 21). Disponible en: <http://sciel.s.l.cu/scielo>.

Wulf y col ¹¹⁰ consideran la ética médica como una disciplina que circunda los límites entre la medicina y la filosofía, puesto que algunos de los conflictos éticos que se suscitan han sido tratados por filósofos morales siglos atrás. Una de las frases de Kant: "Actúa de tal forma que trates a la humanidad, tanto en tu propia persona como en la de otros, siempre como un fin y nunca sólo como un medio"¹¹¹ , es aplicable al modelo propuesto y abre la posibilidad a una nueva relación odontólogo-paciente en la incorporación del modelo biopsicosocial a la enseñanza- aprendizaje de dicha interrelación objeto de reflexión en el programa de Odontología de la Universidad El Bosque. El concepto de hombre de Zoren Kierkegaard y Emmanuel Kant, quienes lo consideran como un ser capaz de auto reflexionar, con voluntad libre, autónomo, que debe contemplar la posibilidad de relacionarse con la sociedad con un sentido de solidaridad (dejando de lado consideraciones utilitaristas) y justicia de las funciones sociales, se debe promover durante la formación de los futuros profesionales en la salud¹¹².

Para Linares.M y Fraile Laiz (2012) La Bioética frente a la concepción de la vida es una propuesta compleja, ésta debe suscitarse en la interacción de la multidisciplinariedad, para la intervención y replanteamiento de situaciones que afecten a la humanidad, a los seres vivientes y al ecosistema.

Durante la formación de los profesionales debe promoverse el análisis, la reflexión y el planteamiento de soluciones desde la bioética que propendan por la protección y conservación de la vida.

Invita a facilitar la participación, la inclusión y la interacción de las comunidades educativas con la sociedad y el Estado en temáticas de interés público en la búsqueda de la construcción de propuestas que impacten en las políticas públicas que protejan y salvaguarden los derechos humanos¹¹³.

¹¹⁰ WULF, Henrik., Op. cit.,p.225.

¹¹¹ Ibid., 235.

¹¹² Ibid., 240.

¹¹³ LINARES. M, Pascual. FRAILE. L, Benito. Bioética y Universidad en América Latina. Propuesta de una estructura para la formación integral profesional. En; Revista Colombiana de Bioética.. Vol 7. No 2 Universidad El Bosque. Bogotá: Ed. Kimpres, Diciembre 2012.pp.131-132.

Por último se hace referencia a Capra¹¹⁴ en razón a que en su obra "Las conexiones ocultas" propone dar una visión sistémica de la vida, mediante el mundo interno de la conciencia reflexiva interconectada a redes y extendida a ámbitos sociales y culturales, en los que se establecen sistemas integrados de valores y normas de conducta que rigen la sociedad. Invita a que como seres humanos parte constitutiva e integral de un todo armónico contribuyamos a la preservación del ecosistema y la humanidad mediante una alfabetización ecológica a partir de un pensamiento holista de acuerdo con los principios básicos de una visión sistémica de la vida, propósito explícito en la misión y proyecto educativo de la Universidad El Bosque, en el que la Universidad se compromete con la premisa Salud y Calidad de Vida como eje integrador y sistémico de la formación de profesionales de diferentes disciplinas.

3.5 RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS EN BIOÉTICA

Hanson¹¹⁵ describe como en una sociedad pluralista pueden darse debates entre las personas racionales que entran en desacuerdo acerca de la solución apropiada a diversos problemas morales. Cuando las personas no llegan a una conclusión moral similar o a un acuerdo, confluyen en un conflicto moral que debe ser resuelto mediante una justificación moralmente válida para todos los implicados. La resolución de conflictos en el contexto de los desacuerdos morales racionales puede ser vista desde diversas teorías de ética médica:

La teoría Secular de Tristram Engerhardt¹¹⁶ de "libre contenido" o procedimental a partir de los principios del permiso y la beneficencia. Para este autor existe una

¹¹⁴ CAPRA, F. Las conexiones ocultas Implicaciones sociales, medioambientales, económicas y biológicas de una nueva visión del mundo, Barcelona: Editorial Anagrama, S.A., 2003.p17.

¹¹⁵ HANSON, Stephens. Moral Acquaintances and Moral decisions. Resolving moral conflicts in medical ethics. Philosophie and medicine. Vol 103. University of Louisville, KY, USA. Springer. 2009. P.1

¹¹⁶ Ibid., p.15.

moral concreta que puede ser explicada desde la reflexión racional del ser, y contraponen la moral con contenidos concretos a la moral de procedimientos, en razón a que la primera dispone de lineamientos morales que guían la conducta entre el bien y el mal en un ambiente secular pluralista. Hace una crítica al criterio de moralidad intuicionista por su falta de solidez en el momento de contraponerse a otra del mismo ámbito. Su meta se direcciona hacia intentar reducir los desacuerdos morales o potenciar el acuerdo basado en compartir algunos conceptos generales o principios, sin ser sus argumentos lo suficientemente válidos para justificar la toma de decisiones en la resolución de problemas morales en casos de ética médica.

La Teoría del Principialismo de Beauchamp y Childress¹¹⁷ los autores argumentan la viabilidad de hacer uso de sus principios (Autonomía, Beneficencia, no maleficencia y justicia), desde la teoría de la moralidad común en situaciones de resolución de cuestiones y dilemas morales ayudan a direccionar conflictos morales entre personas que entran en desacuerdo desde su fundamentación teórica y conceptual. Proponen un método de pensamiento moral que ayuda a resolver conflictos en ética biomédica. Estos son válidos y útiles en casos en los que se dan visiones morales similares; pero cuando estas se contraponen por intereses particulares difícilmente puede llegarse a acuerdos, en el contexto de una sociedad pluralista. Los agentes morales conscientes y razonables pueden tener desacuerdos morales en la contingencia del conflicto sobre la prioridad normativa, aspecto que lleva a la búsqueda del equilibrio reflexivo entre los principios y las creencias razonables morales¹¹⁸.

El Paradigma Casuístico propone la práctica del razonamiento basado en casos por analogías de casos similares, es considerada como un medio útil para direccionar conflictos morales en casos biomédicos. Esta estrategia puede tener limitaciones que afectan su efectividad en una sociedad pluralista, en razón a que puede no ser

¹¹⁷ Ibid.,p69

¹¹⁸ BEAUCHAMP, Tom y CHILDRESS, James. "Principles of Biomedical ethics". Sixth edition. New York. Oxford University Press, 2009.pp.95-111.

suficiente la resolución basada en analogías debido a que puede depender más de un razonamiento práctico, la prudencia, o la categorización del caso, o basarse en una teoría de máximos, ya que debe especificarse o balancearse de la misma forma que la teoría principialista, para categorizar casos sencillos, pero será insuficiente para determinar casos paradigmáticos de difícil solución.

El potencial para el desafío o el desacuerdo con comparaciones analógicas es más problemático entre más complejo es el caso.

Jonsen¹¹⁹ considera la casuística como una técnica útil de razonamiento práctico para la interpretación de casos, mediante el empleo de tres términos que, si bien no son empleados por los retóricos clásicos, se ajusta, de manera general a las características de su trabajo, con términos como: morfología, taxonomía y cinética. La morfología de un caso revela la estructura invariante del caso particular lo que sus características de contingente y formas invariantes revelan en cualquier caso. La Taxonomía sitúa el caso en una serie de casos similares, permitiendo que las similitudes y diferencias entre un caso y una serie de paradigmas lleven a dictar el juicio moral sobre el caso. Este juicio se basa, no sólo en la aplicación de una teoría ética o principio, sino en la forma en que circunstancias y máximas aparecen en la morfología del caso en sí mismo y en comparación con otros casos. Cinética es el conocimiento de la forma en que un caso imparte una clase de movimiento moral a otros casos, es decir, diferentes circunstancias sin precedentes a veces pueden pasar ciertos casos marginales o excepcionales al nivel de casos de paradigma.

La casuística es considerada como el ejercicio de prudencia o práctica de razonamiento en el reconocimiento de la relación entre máximas circunstancias y principios. Estos dos métodos pueden ser inconmensurables ya que el primero hace hincapié en el examen de los casos mientras que el segundo se centra en principios morales. Los dos analizan casos en términos de principios de nivel medio, hay expectativas en que estos métodos pueden ser conciliables o complementarios, de tal forma que se pueda analizar el rol de los principios en cada caso y se pueda

¹¹⁹ JONSEN, ALBERT. Casuistry as methodology in clinical ethics .Theory Med. 1991 Dec; 12(4):pp.295-307.

evidenciar la similitud de las dos teorías y sea potencie su complementariedad y convergencia en la resolución de conflictos para la toma de decisiones de casos complejos.

El abordaje de conflictos amerita tomar en consideración los aspectos humanos en la convivencia de las personas, los involucrados en la decisión deben reflexionar teniendo en cuenta los datos biopsicosociales propios del caso en cuestión.

La teoría de la preferencia axiológica de Hartman en la conflictividad de los valores

Para Hartman la conflictividad de los valores parte de la diferencia axiológica entre una dimensión de valores universales y otros individuales. Asume la existencia de una ética de conflicto de valores y una ética de situaciones complementarias entre sí, describe la ética de situación como una estructura concreta ante la cual se debe dar una respuesta o solución moral, acepta un sistema de valores objetivo, universal y una toma de decisiones individual e irrepetible ¹²⁰ .

Para Boladeras¹²¹ si bien la perspectiva de lo universal y la necesidad de aceptar reglas generales, que deben incluirse en la reflexión ética que se suscita la tensión y los conflictos entre el sujeto y los individuos, articula la dimensión universalista y las realidades específicas y concretas, en un nuevo pensamiento ético y una posición filosófica que corrige los excesos de formalismo y abstracción de algunos autores.

¹²⁰ MALIANDI, Ricardo. "Axiología y Fenomenología". En: Enciclopedia Iberoamericana de Filosofía Concepciones de la ética. Edición de Victoria Camp, Osvaldo Guariglia, Fernando Salmerón. Editorial Totta. Madrid. 2004. p.81.

¹²¹ BOLADERAS CUCURELLA, Margarita. Calidad de vida y principios Bioéticos. Bioética y Calidad de Vida. Colección Bios y Ethos. Ediciones El Bosque. Editorial Kimpres Ltda., Bogotá. Universidad El Bosque, 2000. p.39.

La Teoría de la Ética Convergente de Maliandi¹²²

Entiende la ética como una disciplina filosófica que pretende dilucidar problemas morales o conflictos. Maliandi y Thuer¹²³ proponen la fundamentación apriorística con base en una ética pragmático-trascendental de Apel en convergencia con la conflictividad a priori de la ética de los valores de Hartman.

Define la ética como la reflexión sistemática de costumbres, creencias, valores y normas que rigen las decisiones y acciones que moralmente pueden ser calificadas.

Propone la ética convergente o ética de la conflictividad como una aproximación entre la ética material de los valores y la ética del discurso, reconoce la pluralidad de principios reclamando su armonía. Un dilema ético puede definirse como una narración de una situación real conflictiva desde lo moral que debe ser resuelta a partir de un análisis que lleva a una elección disyuntiva.

Hurley¹²⁴, considera que hay conflictos que pueden ser dirimidos desde la autodeterminación y la razón, gracias a la capacidad que tienen las personas para desarrollar actitudes de orden superior, que les permite valorar entre diversas situaciones, a partir de la auto interpretación y toma de una decisión que parte del deseo de mayor rango. Esto si no se es escéptico de las capacidades propias, ya que se puede caer en el auto derrotismo, aspecto característico del pragmatismo del más fuerte.

Para dar aplicabilidad a las teorías de la resolución de conflictos durante la formación de profesionales Bridgman et al¹²⁵, realizaron una propuesta transcurricular de

¹²² MALIANDI, R. Ética convergente fenomenología de la conflictividad, Buenos aires. Colección Pampa. Aru. p24.2010.

¹²³ MALIANDI, Ricardo y THUER, Oscar. Teoría y praxis de los principios bioéticos. Buenos Aires; Ediciones de la UNLA, 2008. P. 31.

¹²⁴ HURLEY, Susan. Comentarios a "Virtudes no relativa: un enfoque aristotélico". En: NUSSBAUM, M y SEN, A. La Calidad de Vida. México. FCE. P.358-359. 1996.

¹²⁵ BRIDGMAN, COLLIER, A. CUNNINGHAM, J. DOYAL, L. GIBBONS, D AND. KING, J. Teaching and assessing ethics and law in the dental curriculum. British Dental Journal, Volume 187, NO. 4. August 1999. Vol. 28. PP. 217-219.

enseñanza de ética y derecho en los programas de Odontología del Reino Unido, su finalidad la de estructurar un pensamiento crítico acerca de temáticas de carácter ético en el cuidado de la salud, que les permita reflexionar acerca de sus actitudes y creencias para que puedan a partir de debates, llegar a consensos o a deliberar ante conflictos o dilemas de cual puede ser la mejor alternativa argumentada y contra argumentada para tomar la mejor decisión.

Según Villegas Múnera (2011) el profesor puede verse enfrentado ante un conflicto entre ser buen educando y ser consistente con sus ideales éticos. Inquietud que considera válida en razón a la función mediadora que debe asumir en contraposición con otros que asumen una posición impositiva y vertical, sin permitir al estudiante la reflexión y el debate o el acuerdo por consenso. Invita a realizar estudios comprensivos que profundicen en las necesidades de formación en Bioética que comprendan y fortalezcan la relación profesor-alumno¹²⁶.

Desde esta perspectiva, la práctica médica debe preocuparse por una de las más importantes aplicaciones técnicas del conocimiento científico; ir hacia una nueva propuesta epistemológica, donde sea prioritario el énfasis sobre la calidad de vida y el propiciar una cultura para lograrla, siendo uno de los grandes retos de la Bioética, el colaborar para que los individuos y la colectividad alcancen su máximo potencial de vida.

Respecto a la atención de la salud se puede asumir un modelo holístico que en términos de la conceptualización de Capra, considera este "un organismo sano como aquel que se encuentre en estado de homeostasis o en equilibrio dinámico, en razón a que la salud puede relacionarse con un estado de flexibilidad, y la tensión como un desequilibrio o pérdida de flexibilidad", es así como para Capra¹²⁷ se convierte "la

¹²⁶ VILLEGAS. M, Elsa M. Tendencias de la formación bioética en los currículos universitarios. Universidad El Bosque. Revista Colombiana de Bioética. Vol 6. No.1. Junio de 2011. P. 112.

¹²⁷ CAPRA, Frijof. Sabiduría Insólita. Kairos, S.A. p.242. 1994. Barcelona.

teoría de los sistemas en un lenguaje común entre el descubrimiento de las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales de la salud, para su comprensión desde una visión sistémica de los sistemas vivos como sistemas cibernéticos, caracterizados por múltiples fluctuaciones interdependientes”.

Aproximarnos a este tipo de problemáticas de la vida en un marco holístico de la relación hombre-sociedad-naturaleza, y desde él acercarnos a nuevas construcciones del sentido del saber desde las humanidades, la filosofía de las ciencias y la historia de la medicina es el derrotero, es la meta del modelo biopsicosocial y cultural que orienta la Universidad El Bosque, comprendido pródigamente en el enfoque de la reflexión bioética.

3.6 IMPLEMENTACIÓN DEL ENFOQUE BIOPSIICOSOCIAL EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD EL BOSQUE

La Universidad El Bosque desde su fundación en 1978 asumió como modelo de formación el enfoque asistencial propuesto por Engel en 1977¹²⁸: Un Modelo Biopsicosocial en el que el profesional de la salud acepte la responsabilidad de incorporar en su ejercicio un abordaje interdisciplinario dentro de una visión holística de la salud, que considere las realidades psicosociales y culturales de sus pacientes, sus familias y la comunidad. Este enfoque implica asumir una actitud crítica sobre las condiciones de salud del paciente, su familia, su contexto y su país, aspectos que le permitirán realizar la construcción de propuestas innovadoras para la toma de decisiones éticas y disciplinares, en los procesos de promoción y prevención, diagnóstico, pronóstico y tratamiento que propendan por el mejoramiento de las condiciones de salud de la población.

¹²⁸ ENGEL, G. The need for a new medical model: “A challenge for biomedicine”, Vol 196, No.4286. 1977. P.129-136.

De igual modo, el enfoque biopsicosocial tal cual es asumido por la Universidad, se fundamenta en la estructuración de prácticas investigativas y docente-asistenciales, participando activamente en el desarrollo e implementación de políticas en salud.

La formación del Odontólogo de la Universidad El Bosque está inscrita dentro de los lineamientos de la misión institucional de la Universidad, es decir, es un profesional comprometido con el país, que tiene como imperativo supremo la promoción de la dignidad de la persona humana en su integralidad.

Esta establecido que el profesional graduado del programa de pregrado de odontología de la Universidad El Bosque será competente para incorporar el enfoque biopsicosocial y cultural, en los diversos escenarios de su ejercicio profesional, de tal forma que este sea su referente ético permanente en la toma de decisiones y acciones.

Para el cumplimiento del perfil de formación en concordancia con los lineamientos institucionales en el 2011¹²⁹, se establecieron los objetivos de aprendizaje del programa que complementan las competencias establecidas en el 2005.

A continuación se describen los objetivos de aprendizaje del programa dentro del contexto del aprendizaje significativo establecido como modelo pedagógico por la Universidad:

Aprendiendo cómo aprender:

- Construir con el docente un proceso de formación que le facilite desarrollar capacidades y habilidades para la interpretación y aplicación de conceptos de la odontología facilitando así el autoaprendizaje (II-III).
- Desarrollar habilidades de comunicación efectiva para la comprensión, análisis, interpretación y toma de decisiones en los diversos contextos del ejercicio de la profesión odontológica (I-III- IV).
- Desarrollar habilidades en consulta de información profesional haciendo uso de TICs para la comprensión y análisis de literatura científica en una segunda lengua (VIII).

¹²⁹ UNIVERSIDAD EL BOSQUE. Plan de Desarrollo Facultad Odontología. Universidad El Bosque; 2012- 2016.

Compromiso:

- Desarrollar la actitud y las habilidades para relacionarse y vincularse con diversos tipos de organizaciones, haciendo uso de conocimientos administrativos pertinentes a la prestación de servicios de salud, dentro del enfoque biopsicosocial, la normatividad de su contexto de trabajo, y los referentes éticos y legales para el ejercicio de su profesión (VI).

Dimensiones Humanas

- Orientar el diseño y la participación en intervenciones que busquen la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en lo personal y en lo colectivo, tomando como referente para sus acciones, aspectos disciplinares, socio económicos sociopolíticos y culturales, de forma integral con la comunidad (IV).

- Promover la adquisición de habilidades que le permitan interactuar con otros profesionales, de tal forma que contribuya en la toma de decisiones y en el desarrollo exitoso de los programas en los que se vea involucrado (V).

Conocimientos Fundamentales;

- Desarrollar competencias para la toma de decisiones, de forma recursiva y eficiente, para el ejercicio profesional, que apliquen según su criterio.

- Desarrollar competencias profesionales desde el enfoque biopsicosocial, soportándose en la evidencia científica pertinente y sustentándose en los referentes éticos, legales y culturales que apliquen al ejercicio de su profesión (III-IV).

- Diseñar y participar en intervenciones que busquen la promoción de la salud y prevención de enfermedad, tomando como referente para sus acciones aspectos disciplinares, socioeconómicos, sociopolíticos y culturales, de forma integral en la comunidad (IV).

Aplicación:

- Desarrollar competencias para la integración con equipos de investigación intra o interdisciplinarios, reconociendo y haciendo uso de las convenciones comunicativas de la comunidad científica, así como de sus métodos y prácticas, con especial atención al constante ejercicio de sus capacidades de aprendizaje y actualización de su saber (VII).

-Desarrollar la capacidad de reconocer e interpretar de forma crítica y coherente una variedad de signos y síntomas involucrados en los procesos de salud – enfermedad, diagnosticando y pronosticando integralmente, para la toma de decisiones en beneficio de la salud de sus pacientes (II).

Integración:

-Desarrollar habilidades para relacionarse y vincularse con diversos tipos de organizaciones haciendo uso de conocimientos administrativos pertinentes a la prestación de servicios de salud dentro del enfoque biopsicosocial, la normatividad de su contexto de trabajo y los referentes éticos y legales para el ejercicio de su profesión y el emprendimiento de propuestas innovadoras (VI).

-Desarrollar habilidades para la comprensión de las problemáticas de salud de contextos internacionales que le permitan interactuar en ámbitos globales (IX).

El plan de estudios, partiendo de los niveles en los cuales se estructura la atención en salud, en interacción con el Modelo Biopsicosocial, se desarrolla de la siguiente manera:

El Primer nivel

Debe proveer al estudiante de herramientas y elementos que le permitan llegar a la apropiación del conocimiento para reflexionar sobre la importancia de reconocer las

características individuales y posteriormente colectivas de un ser humano que hace parte de una familia, una comunidad y posteriormente una población sana.

Su acción debe direccionarse hacia los conceptos basados en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, teniendo como fundamento el respeto por la concepción y percepción de la salud de cada persona y de la colectividad en su contexto económico, social y cultural para la construcción de propuestas particulares para cada grupo humano de acuerdo con sus características y necesidades propias.

Segundo Nivel:

El estudiante debe diferenciar la población enferma identificando las características que la diferencian de la población SANA. Identificar desde el modelo holístico los factores de riesgo biopsicosociales y culturales que afectan a la persona, familia, comunidad y sociedad donde se identifique los signos de la enfermedad y lo anormal.

El estudiante debe aprender la historia natural de la enfermedad y el diagnóstico y tratamiento de las patologías más frecuentes en la comunidad así como el uso adecuado de los recursos disponibles y los servicios a los cuales puede acudir y o remitir para tratamientos más complejos. Buscando preservar la salud en toda su dimensión.

Tercer Nivel

El estudiante debe tener claridad en la atención integral de pacientes concibiendo la integralidad como un todo que hace parte de un cuerpo, un ser que se interrelaciona con otros seres; y la correspondencia de este ser como parte de un todo llamado sociedad.

Los conocimientos tecno-científicos deben asumirse desde un marco general, abierto y contextualizado para la rehabilitación y mantenimiento de los pacientes de mayor complejidad.

3.7 PRÁCTICAS FORMATIVAS EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD EL BOSQUE

EL Modelo de Atención en las Prácticas Formativas de la Facultad y propuesto en el Proyecto Educativo del Programa es el enfoque del modelo Biopsicosocial y Cultural; el cual está fundamentado en un enfoque asistencial del Modelo propuesto por (Engel 1976), y reiterado por (Escobar 1991)¹³⁰ , (Ovalle 2000)¹³¹ , (Rangel 2002)¹³² , (Frankell et al 2003)¹³³ (Borell-Carrió 2004)¹³⁴ y (Adler 2009)¹³⁵ , quienes coinciden en corroborar la necesidad de superar un modelo biomédico, mecanicista y científicista imperante en el medio, para trascender a un enfoque que integra los aspectos biológicos psicológicos y socio culturales centrado en el paciente, su entorno familiar y social; construido a partir de una visión holística y multi causal de los factores de riesgo que predisponen a generar un desequilibrio en la salud de un ser humano, afectando su salud y por ende su calidad de vida.

Para Escobar Triana (2000)¹³⁶ el concepto holístico considera la interdependencia del cuerpo y la mente en su entorno natural y social, hace alusión a Capra¹³⁷ al referirse a la teoría general de los sistemas como lenguaje común, y asumir un modelo holístico

¹³⁰ESCOBAR.TRIANA, Jaime. La formación Humana y Social del Médico. Bogotá: Universidad El Bosque, Colección Educación Médica vol.6. 1991. p.15.

¹³¹ OVALLE, C. Aspectos Bioéticos de un Modelo de Atención Odontológica en Ensayos en Bioética una experiencia colombiana. Colección bios y Ethos Ediciones El Bosque. Universidad El Bosque. Bogotá: Kimpres, 2000. p.171.

¹³²RANGEL. G, MC. PARDO.S, MI. OTERO. C, M. Reorganización del Plan de estudios de la Facultad de Odontología. En: Revista Científica, Vol.8 No. 1, p.93. Bogotá. Facultad de Odontología. Universidad el Bosque.

¹³³ FRANKEL, R. QUILL, T. Mc DANIEL, S. The Future for a new medical model A Challenge for biomedicine. En: FRANKEL, R. et al. The Biopsychosocial Approach: Past, Present, Future. University of Rochester Press, 2003. pp.255-286.

¹³⁴ BORRELL-CARRIO,F. SUCBMAN. A. EPSTEIN, R. The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, practice, and Scientific Inquiry, EnAnnals of family medicine. www.annfammed.org. University of Barcelona, 2004. Vol. 2, No. 6.pp 576-582.

¹³⁵ ADLER, R. Engel´s Biopsychosocial model is still relevant today. En: Journal of Psychosomatic research. Berne. Elsevier, 2009. vol. 67. Pp.607-611.

¹³⁶ ESCOBAR TRIANA. Op. Cit., 2000. p.58.

¹³⁷ CAPRA, Frijof. Sabiduria insolita. Kairos, S.A. 1994, Barcelona. p.58

de atención en salud a partir de una visión sistémica del estado de salud o estado de homeostasis o equilibrio dinámico.

Una visión de la Salud desde las ciencias de la complejidad es considerada por Maldonado¹³⁸ como un estado crítico auto organizado a partir del cual propone superar el pensamiento dualista salud-enfermedad desde una explicación de la salud consistente en el equilibrio entre el individuo, la colectividad, y el entorno o “mundo” o “Gaia” en términos filosóficos. Asume el concepto expuesto por Odum (1997)¹³⁹ en el que se le da a la ecología la función de puente entre la ciencia y la sociedad y a la vez la ecología debe hacer parte de un triángulo entre la bioética y los derechos humanos, para que se establezcan los parámetros que guíen la búsqueda de soluciones para lograr una verdadera salud que conduzca a un equilibrio entre el cuerpo del individuo sus emociones, sentimientos y pensamientos.

Según Guerra, (2010)¹⁴⁰ “el modelo BPSC permite considerar múltiples variables: biológicas, psicológicas, sociales y culturales”, que conllevan a realizar un análisis multisistémico que permite reflexionar y determinar factores causales de tal forma que guía a emprender una toma de decisiones concertada en beneficio de la calidad de vida del individuo y su familia acorde con su entorno social- cultural. Cohen, (2010)¹⁴¹ propone la implementación de cursos de aprendizaje activo en los primeros años de formación para que el estudiante de medicina pueda interactuar con el paciente tempranamente y realice análisis de aspectos biopsicosociales que influyan en el desarrollo de los procesos salud-enfermedad de tal forma que tengan la oportunidad de dimensionar como se lleva a cabo por parte de los expertos el diagnóstico y ellos puedan realizar análisis, correlación y observar cómo se toman decisiones centradas en las condiciones multisistémicas del paciente.

¹³⁸ MALDONADO, Carlos “Filosofía y Salud”. En: Bioética y Justicia Sanitaria. Colección Bios y Ethos. Universidad El Bosque, 1999. Bogotá. Pp. 85-91.

¹³⁹ Ibid. P.91.

¹⁴⁰ GUERRA DE BAUTISTA, Ana. “El modelo Biopsicosocial y cultural (BPSC). En: DONOSO. SUAREZ. I. El paciente desde la perspectiva biopsicosocial. Facultad de Medicina. Universidad El Bosque. Bogotá: Kimpres, 2010. Pp.23.

¹⁴¹ COHEN, Jules MD. KRACKOV, Sharon K, EdD. Introduction to Human Health and Illness: A Series of Patient-centered Conferences Based on the Biopsychosocial Model. Academic medicine, Abril. 2000. VOL. 75, NO. 4, p. 390-396.

En la Facultad de odontología de la Universidad El Bosque el estudiante desde sus primeros semestres se familiariza con los determinantes de la salud y los procesos salud-enfermedad, desde ámbitos interdisciplinarios puesto que el análisis se da desde la Antropología filosófica a través de la historia de la Odontología seguida de los ámbitos: biológico, sociológico, cultural, político y económico de tal forma que asuma la concepción Biopsicosocial del ser humano de manera holística e integral y sepa distinguir y analizar los factores que inciden sobre la salud de los individuos y sus comunidades en diferentes contextos y pueda a través del enfoque de formación Biopsicosocial, interactuar con sus pacientes e intervenir los factores predisponentes para promover, prevenir, tratar y restablecer la salud del individuo y su comunidad.

Se estructuran espacios de formación práctica desde los primeros semestres el estudiante participa de las actividades clínicas a manera de observador activo, acompañado de sus profesores e interactuando con sus compañeros de semestres superiores, para luego participar en actividades de interacción, intervención y desarrollo de propuestas de mejora con la comunidad.

Para el desarrollo de destrezas y habilidades y conceptualización de la teoría los estudiantes tienen unas prácticas denominadas preclínicas, en las que simulan las actividades que van a implementar. Luego, trabajan con simuladores en los que llevan a cabo los procedimientos que deben conocer y ejecutar cuando se presenten diferentes entidades clínicas en sus pacientes, de tal forma que cuando lleguen a enfrentarse a estos hayan adquirido los conocimientos, las destrezas y habilidades requeridas para poder emprender una adecuada atención.

Es imperativo, tener claridad sobre la gran dificultad que se evidencia en este paso hacia la interacción con el paciente, aspecto que aún nos preocupa a nosotros como formadores, ya que el estudiante debe asumir la relación médico odontólogo- paciente, como una estrategia que confronta sus saberes y capacidades humanas globales BPSC y debe aplicarlas en su interacción con su pacientes con quien debe comunicarse, establecer un acercamiento en el que se genere confianza. Se requiere establecer una

relación estudiante- paciente- docente, en la que se construya un proceso interactivo que permita dar solución a las necesidades del paciente, a la vez que está la responsabilidad del docente de asegurar que el estudiante ha adquirido las competencias necesarias para la aprobación de la clínica, aspecto complejo que discutiremos en esta investigación

Las prácticas formativas clínicas del estudiante se constituyen en el espacio de inmersión hacia el campo del futuro trabajo, en el cual aprende las acciones propias de la odontología, articuladas con los procesos normativos, administrativos, de bioseguridad, disciplinarios y de trabajo en equipo. En la medida en que el estudiante adquiere mayores conocimientos, destrezas y habilidades, está en la capacidad de resolver problemas de mayor complejidad, apoyado por un cuerpo docente altamente calificado y con la tecnología apropiada.

De acuerdo con el modelo biopsicosocial, para la atención de los pacientes, el estudiante aprende en este espacio que las necesidades van más allá de los aspectos biológicos, por lo cual dimensiona la atención desde aspectos psicológicos, sociales, históricos, ecológicos y éticos, pues estos son fundamentales para las dinámicas del proceso salud-enfermedad y de la calidad de vida.

Para el desarrollo de éste modelo, el espacio de formación clínica está centrado en el ser humano con el fin de prestar un servicio odontológico acorde con sus necesidades. Una clínica con una perspectiva abierta sistémica del ejercicio profesional con la observación científica fundamentada en las tendencias actuales del conocimiento y su relación con la práctica social y sus determinantes culturales¹⁴².

Se explicita con precisión el paradigma de relación odontólogo- paciente, que promueve el enfoque de formación bajo el modelo biopsicosocial, haciendo referencia textual del planteamiento de la doctora Juliana García Castro quien señala que "para poder llegar a conocer y entender un paciente es necesario comprender su conducta,

¹⁴² ESLAVA JC, GARCÍA CM. Los orígenes del SFHC en la Escuela Colombiana de Medicina: una experiencia innovadora al interior de una nueva institución de educación médica. Rev. ECM. 2003; 8(1):21-37.

su entorno y cómo él es afectado por la enfermedad". Añade la autora que "para lograr esto hay que acercarse al paciente desde el modelo biopsicosocial"¹⁴³.

Se establece una interacción docente-paciente-estudiante centrada en las necesidades del paciente visto este desde la multidimensionalidad de un ser humano en el que se integran aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales que en el momento en que alguno de estos se afecta puede llegar a repercutir en alguno de los otros propiciando un desequilibrio entre estos; lo cual repercute en generar afecciones en el sistema estomatognático o bucodental, teniendo claridad en que debe en todo momento indagarse e interrelacionarse entre sí todos los factores predisponentes de una u otra dimensión.

Al realizar un análisis juicioso a partir del diligenciamiento de una historia clínica y el acompañamiento de sus docentes (Odontólogos generales especialistas y psiquiatras), se realiza la aprobación y puesta en marcha del tratamiento establecido y acordado con el paciente. En el transcurso del tratamiento debe existir la interacción y asesoría de los docentes de manera interdisciplinaria de acuerdo con el cronograma establecido para dar cumplimiento a las etapas del tratamiento propuesto para el paciente.

El estudiante debe tener conocimiento del soporte teórico y práctico, que fundamenta cada uno de los procedimientos que va a realizar sobre su pacientes, al igual que debe tener el instrumental en perfectas condiciones, de lo contrario no podrá iniciar la intervención de su paciente. En estos casos en los que pueden presentarse tensiones entre el docente, el estudiante y el paciente, llevando a la generación de conflictos de diversas categorías, las cuales son motivo de exploración de esta tesis.

A continuación se describen algunas dificultades percibidas en la aplicación del modelo BPSC en las clínicas:

- Desarticulación de la teoría con la práctica, por la dificultad que tienen algunos profesores para asumir la responsabilidad de dirigir la enseñanza, según el modelo.

¹⁴³ GARCÍA-CASTRO J. La relación médico-paciente. En CASANOVA-DÍAZ S, GARCÍA-CASTRO J, GUERRA -DE BAUTISTA, Ana. GÓMEZ LOZANO ,Pedro, MARTÍNEZ-GÓMEZ, Silvia H, SIERRA-DE JARAMILLO Margarita, VARGAS-NAVARRO Pedro, DONOSO-SUÁREZ Ivonne A. El Paciente desde la Perspectiva Biopsicosocial. Bogotá: Ediciones El Bosque; 2010 p.33.

- La necesidad del cumplimiento de objetivos clínicos, en ocasiones, aleja a profesores y estudiantes del modelo de formación hacia una atención integral del paciente, porque en ocasiones se preocupan más por la búsqueda de la enfermedad para el cumplimiento del requisito y no pensando en dar solución integral al paciente y mantenerlo sano.
- La discontinuidad en el desarrollo de actividades del Comité de Ética de las clínicas que aunque existen, no tienen continuidad en el cumplimiento de sus funciones.

El Departamento de Bioética impartió durante algunos años la enseñanza de la Bioética en VII semestre y hace ya más de cuatro años se trabaja en una nueva propuesta, en la que se incluyó de manera transcurricular integrada con las asignaturas de las demás áreas, según la temática, aspecto que debe ser evaluado con el fin de determinar el impacto que pueda tener en la comprensión de la aplicabilidad de la bioética en los contextos pertinentes.

En la misma línea, esta tesis busca profundizar en las tensiones y conflictos que pueden suscitarse de la relación docente- paciente- estudiante durante la formación de los estudiantes, con el ulterior propósito de ampliar las perspectivas de comprensión y de análisis de las realidades presentadas en las clínicas que afectan la implementación del modelo biopsicosocial .

Retomando el problema de investigación, se procede a describir los aspectos metodológicos de la investigación propuesta.

4. CAPITULO 4: METODOLOGÍA PROPUESTA

4.1 MARCO METODOLÓGICO

4.2 La investigación Cualitativa

La investigación cualitativa, es considerada por Pérez Serrano (1994) como “un proceso de exploración activo, sistemático, que permite ante un riguroso análisis tomar decisiones, sobre lo investigado, cuando se trata de analizar un problema o dar solución a una necesidad a ser satisfecha”.¹⁴⁴ Permite indagar e interpretar situaciones de la vida cotidiana de los seres humanos y su interacción en su contexto natural. De igual modo este paradigma reconoce la individualidad y particularidad propia de cada ser humano, sus costumbres, cultura y cotidianidad, interpretaciones y compromisos para la convivencia.

“Los modelos cualitativos de investigación social buscan comprender y analizar una situación concreta la cual es interpretada a partir de procesos de desarrollo humano ligados al objeto de estudio”, afirma la autora.

Pérez Serrano propone visualizar la metodología cualitativa desde una perspectiva Holística, Humana, Sensible y Perceptible con un desarrollo inductivo que permita acopiar información en ambientes propicios para establecer diferentes niveles de análisis y abstracción.

¹⁴⁴ PEREZ SERRANO, GLORIA. 1994. Investigación cualitativa retos e interrogantes. Madrid: Editorial La Muralla, S.A. 1994. Tomos I y II.

Bonilla y Rodríguez¹⁴⁵, desarrollan el modelo cualitativo desde sus varios niveles: una inducción analítica, a partir de la cual se determinan y precisan las categorías de los fenómenos que se encuentran en la información recopilada, con el subsecuente planteamiento de una hipótesis; un sistema de clasificación de nociones que utilicen las personas y la observación de comportamientos.

Para su implementación las autoras evidencian tres etapas: La definición del problema a explorar, el diseño de la exploración y la planeación del trabajo de campo; este debe contar con un periodo de recolección y otro de organización de los datos.

A partir de la identificación de los patrones culturales se organiza el evento, para luego realizar el análisis, la interpretación y la conceptualización deductiva.

La recolección de la información puede efectuarse a partir de la observación participante o no participante, la entrevista a profundidad, la construcción de relatos como medio narrativo: historias de vida y autobiografías. Lafaurie propone como una de las técnicas de carácter participativo la sistematización de experiencias de investigación de corte constructivo y/o reflexivo como los grupos focales.¹⁴⁶

La entrevista abierta y personal permite indagar, comprender y conceptualizar una problemática con los sujetos de estudio, a partir de la construcción a posteriori de categorías. Se da a manera de diálogo, con un particular propósito, el de indagar el concepto y percepción del entrevistado acerca de un tema o situación particular. Las entrevistas individuales en profundidad son el instrumento más adecuado cuando lo que opinan los informantes puede considerarse representativo del conocimiento cultural compartido por el grupo en cuestión; como lo proponen Bonilla y Rodríguez (1997).¹⁴⁷

¹⁴⁵ BONILLA, ELSSY & RODRÍGUEZ, PENÉLOPE. 1997. Más allá del dilema de los métodos: La investigación en ciencias Sociales. Ediciones Uniandes, Editorial Norma, Bogotá.

¹⁴⁶ LAFURIE. Maria Mercedes. La Investigación cualitativa desde el socio construccionismo: un proceso de construcción de significado y sentido Ponencia VIII Congreso de Investigaciones Universidad El Bosque, Septiembre de 2003.

¹⁴⁷ BONILLA RODRÍGUEZ., Op. cit.

Goolishian y Anderson (1994)¹⁴⁸, proponen la Narrativa como estrategia en la Investigación Cualitativa: señalan que la narración es “un proceso interviniente en la producción de significados del dar cuenta del mundo, por medio de la acción del lenguaje”.

Amezcuca y Toro (2002)¹⁴⁹, ubican la Investigación Cualitativa en Salud en referentes teóricos y metodológicos tomados principalmente de las ciencias sociales y las humanidades, las cuales establecen una aproximación hacia la comunicación para realizar análisis de los discursos y de los contenidos en la búsqueda de Ideologías que permitan conocer el ámbito en el que suceden los eventos y plantear Propuestas Teóricas, como se da en la Etnografía o en la Teoría Fundamentada para una construcción desde la multidisciplinariedad. Esta multiplicidad conceptual, puede ayudar a analizar situaciones complejas que inciden en los problemas de las Ciencias de la Salud desde otras dimensiones poco comprensibles para la Investigación Cuantitativa como lo son aquellos ámbitos: sociales, políticos, socioculturales, institucionales, que en ocasiones implican el análisis de representaciones y concepciones del individuo o la comunidad, que ameritan un análisis desde lo Cualitativo de tal forma que permita realizar interpretaciones y plantear teorías o generar propuestas previa verificación de la hipótesis.¹⁵⁰

Amezcuca propone dos estrategias para la interpretación de la información:

-El Análisis de Contenido cuali-cuantitativo y el Análisis del Discurso dirigido a la formulación de teorías alrededor de estudios relacionados con las instituciones de diferente orden.

¹⁴⁸ GOOLISHIAN. H. A. & ANDERSON. H. 1994. Narrativa y self. En: Fried Schnitman, Dora. Nuevos paradigmas cultura y subjetividad. Editorial Paidós, Buenos aires

¹⁴⁹ AMEZCUCA. Manuel LOS MODOS DE ANÁLISIS EN INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN SALUD: PERSPECTIVA CRÍTICA Y REFLEXIONES EN VOZ ALTA
Manuel Amezcuca (1,2) y Alberto Gálvez Toro (3)

(1) Hospital Universitario San Cecilio, Granada

¹⁵⁰ MUÑOZ J. Análisis de datos textuales con Atlas.ti 5. Acceso desde:
<http://www.ucpr.edu.co/centros/investigaciones/Atlas5.pdf>.

-La Hermenéutica Dialéctica (Habermas y Gadamer), el cual considera “un excelente método para investigar relaciones y representaciones sociales”.

En Iberoamérica, se ha gestado a partir de los años 90 un movimiento orientado a la investigación Cualitativa en Salud (ICS), que ha aglutinado investigadores de países de América Latina y de España, orientado no sólo al avance académico sino a la reflexión crítica en torno a la política social y a la praxis en el campo de la salud.¹⁵¹

La complementariedad entre los modelos cuantitativos y cualitativos ha sido propuesta por varios autores que consideran que se trata de crear sinergias que favorezcan la comprensión de fenómenos que a la vez incluyan las subjetividades que afectan a la colectividad.

Moral Santaella¹⁵² realiza un análisis muy completo de las dificultades que se presentan en la validación e interpretación de la información recopilada para el desarrollo de Investigación Cualitativa y cita diversos autores como Crewell y Miller(2000), quienes proponen métodos que permiten validar la información a partir de la triangulación, la observación continua y la revisión por pares.

El Análisis de resultados de los grupos focales de profesores, estudiantes y pacientes se llevó a cabo con base en un análisis de contenido, con fundamento en el marco teórico, llevando a cabo un proceso inductivo de construcción de conocimiento que le da sentido a los datos cualitativos. El análisis de datos en la Teoría Fundamentada tiene por fin descubrir categorías, desarrollarlas, relacionarlas y saturarlas¹⁵³. En el proceso analítico se consideran la “Codificación abierta”, como primer paso y la “Codificación Axial” en un segundo momento. La Codificación abierta se realiza mediante una lectura tentativa de las entrevistas, en que el investigador “examina,

¹⁵¹Ibid., 426.

(2) Laboratorio de Antropología Cultural, Universidad de Granada.

(3) Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad de Jaén.

¹⁵² MORAL. S, Cristina: Criterios de Validez en la investigación Cualitativa Actual en: Revista de Investigación educativa, 2006, Vol24, n.1, p. 147-164

¹⁵³ De la Cuesta Carmen. Estrategias cualitativas más usadas en el campo de la salud. Nure Investigación, nº 25, Noviembre-Diciembre 2006:

reflexiona, compara y conceptualiza". Para cada dato bruto o fragmento de la entrevista se atribuye un código, conformado un grupo de "códigos preliminares". Una vez realizada la codificación abierta, los códigos provenientes de esa son reagrupados de nuevas formas, originándose los códigos conceptuales. El objetivo es reorganizar los códigos, en nivel mayor de abstracción. Así, se establecen subcategorías que a su vez serán organizadas en categorías, de acuerdo con la reflexión realizada por el investigador y con base en el modelo teórico- conceptual que enmarca el estudio¹⁵⁴ .

4. 3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio se propone caracterizar los conflictos que se generan en la relación docente-estudiante-paciente y los dilemas bioéticos que emergen en la formación del estudiante de Odontología, entre la aplicación del Enfoque Biopsicosocial y Cultural propuesto institucionalmente y la práctica docente-asistencial en las clínicas odontológicas de la Universidad El Bosque. Para el logro de este objetivo, se han propuesto las siguientes acciones orientadas por estrategias de indagación de tipo cualitativo:

1. Analizar algunas asignaturas del currículo con el fin de explorar su pertinencia en lo referente a la inclusión del modelo biopsicosocial y cultural de formación, a partir del estudio de documentos.
2. Analizar las percepciones de estudiantes, docentes y pacientes acerca del modelo de formación y sus componentes éticos y bioéticos, expuestas a través de un cuestionario auto diligenciado de preguntas abiertas.
3. Identificar las tensiones o conflictos en la interacción de estudiantes, pacientes y docentes, en las prácticas formativas, a partir de las descripciones realizadas por los diferentes actores dentro de grupos focales.

¹⁵⁴ DANTAS CC, Leite JL, Lima SBS, Stipp MAC. Teoría fundamentada en los datos - aspectos conceptuales y operacionales: metodología posible de ser aplicada en la investigación en enfermería. Rev Latino-am Enfermagem (Revista en la Internet) 2009 julio-agosto; 17(4). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/es_21.pdf
Consultada: Noviembre 12 de 2012.

4. Categorizar las propuestas con las cuales los participantes resuelven las tensiones que se generan en las prácticas formativas en las clínicas, partiendo de sus narraciones en grupos focales.

Para tal fin la investigación se ha estructurado en tres fases:

4.3.1 Fases del estudio

4.3.1.1. Primera fase

Se llevó a cabo la revisión de actas de Comités de Currículo, de Documentos institucionales como el Proyecto Educativo, el Plan de estudios y otros programas que explican la fundamentación, la apropiación e implementación del Enfoque de Formación en docentes y estudiantes. Se tomaron un total de 14 programas académicos de la Facultad de Odontología, con el fin de determinar la presencia del enfoque biopsicosocial como objetivo de formación inmerso en los programas.

Los programas fueron seleccionados al azar por cada nivel de formación, uno por cada área (Bioclínica, psicosocial, humanidades, comunitaria e investigación) (ver anexo 1. Cuadro Programas Académicos). Se tuvieron en cuenta los objetivos y competencias determinados para cada nivel o ciclo de competencias del Currículo de Odontología (ver Tabla 2).

En cada programa se analizaron los siguientes aspectos:

1. Objetivo general.
2. Objetivos específicos.
3. Inserción del modelo biopsicosocial.
4. Interacción entre programas.

4.3.1.2. Segunda fase

Se realizó un cuestionario auto direccionado de pregunta abierta a 68 estudiantes, 21 profesores y 40 pacientes que asisten a las Clínicas Odontológicas de la Facultad de Odontología de la Universidad El Bosque.(Ver Anexo 2)

El cuestionario fue evaluado previamente por pares académicos quienes examinaron la claridad de la redacción, la pertinencia y la conceptualización. Luego fue validado por 4 expertos en el área de investigación cualitativa quienes realizaron las observaciones y se hicieron las modificaciones recomendadas.

Se realizó un taller con estudiantes y otro con docentes en el que se presentó el Proyecto Educativo del Programa y su fundamentación basada en el enfoque de formación bajo un modelo biopsicosocial, seguido de un caso clínico para que fuese analizado y presentadas las propuestas teniendo en cuenta la metodología utilizada en las clínicas para luego realizar un cuestionario auto direccionado para evidenciar si el modelo institucional (modelo biopsicosocial) permea a los actores en : la formación académica, la práctica clínica, calidad de vida como seres humanos e identificar que conflictos y tensiones emergen de la interacción durante la práctica entre el estudiante, el docente encargado y el paciente.

Técnica de muestreo: Se utilizó el método de selección con un propósito (Ulin & Robinson).¹⁵⁵

Se procedió a realizar el análisis de esta información mediante la creación de matrices que permitieron ordenar y clasificar los datos

4.3.1.3. Tercera Fase: Realización y Análisis de Grupos Focales

Se estructuraron y se realizaron grupos focales con docentes estudiantes y pacientes de las clínicas, con un tiempo total de discusión 45 a 60 minutos, en la modalidad de discusión grupal.

Los Grupos vinculados se dividieron de la siguiente manera:

¹⁵⁵ ULIN, P. ROBINSON, E. "Qualitative Methods: a field guide for applied research in sexual and reproductive health". Family Health International, 2002.

Dos Grupos Focales cada uno de 5 estudiantes -10 en total- seleccionados de VI, VII, VIII, X semestre que cursaban prácticas clínicas.

Dos Grupos Focales de pacientes: Uno de 6 y otro de 4 participantes, para un total de 10 según los criterios siguientes: pacientes de VI, VII, VIII, X semestre que lleven más de 6 meses en la Facultad.

Dos Grupos Focales con 5 profesores cada grupo para un total de 10 profesores de clínicas de VI, VII, VIII, X, de adultos y crecimiento y desarrollo, con más de dos años de ejercicio docente en las clínicas.

Las preguntas de discusión se prepararon para cada grupo focal, según los objetivos planteados en cada grupo (Ver Anexo 3).

La reunión de grupos focales se realizó en dos sesiones para poder completar los 10 participantes requeridos. Se utilizaron medios audiovisuales como videograbadora y grabadora para registrar las respuestas de los participantes.

Una vez obtenida la copia en DVD de cada reunión de grupos focales se procedió a asignarle un número a cada uno de los participantes (ejemplo: P1, P2, etc.) para respetar su confidencialidad dentro del estudio. Después de haber hecho el paso anterior, se transcribió todo lo dicho por los participantes dentro de la reunión omitiendo las pausas que hizo la moderadora, la introducción al tema por parte de los investigadores, el agradecimiento por la asistencia y el cierre.

Finalizada esta fase se procedió a transcribir la grabación a un archivo de word para poder realizar el análisis cualitativo, con fundamento en categorías emergentes establecidas por acuerdo entre investigadores (ver anexo 7).

Para el análisis de los resultados arrojados en los grupos focales se construyeron diez y siete códigos clasificados en dos categorías una encaminada a identificar conflictos (ocho códigos) y la otra a la construcción de propuestas de mejora de dichos conflictos (nueve códigos) (ver Anexo 8 Tabla 35). En el grupo de pacientes surgieron algunos

códigos particulares para la categoría conflictos y 7 códigos en la categoría propuestas.

4.3.1. Universo

Los sujetos de investigación son estudiantes de Odontología de VI-VII-VIII-X. Semestre de la Facultad de Odontología de la Universidad El Bosque.

Docentes de VI a X que trabajan en las Clínicas Odontológicas de la Facultad

Pacientes que asisten a las clínicas odontológicas en el semestre en el segundo semestre del 2011.

4.3.2. Unidades en estudio

1. Catorce programas académicos con el fin de evidenciar la apropiación del modelo de formación bajo el enfoque biopsicosocial. (Ver Anexo 1).
2. La selección de 68 estudiantes, 21 docentes y 40 pacientes para su participación en el diligenciamiento del cuestionario, se realizó atendiendo a cada grupo de interés y con un propósito
3. La selección del número de participantes en grupos focales fue definida por un criterio de saturación de la información, en el que se propone realizar entrevistas e integrar nuevos participantes hasta el momento en que los conceptos y los puntos de vista comiencen a repetirse. La selección estuvo orientada a:

4.3.3. Criterios de selección

1. Programas académicos de las asignaturas de Bioclínica, Comunitaria, Psicosocial, Bioética y Humanidades: se seleccionaron al azar para cada nivel de formación.

2. Estudiantes, docentes y pacientes que en el curso de dos semanas accedieron a responder el cuestionario auto diligenciado, en las clínicas odontológicas de la Universidad El Bosque.

3. Estudiantes que en la actualidad atienden pacientes en las clínicas odontológicas, profesores que se encuentran impartiendo docencia en las clínicas odontológicas, pacientes que actualmente son atendidos en las clínicas odontológicas

4.3.4. Tipo de información recopilada

La información de los cuestionarios autodireccionados se recopiló clasificando en matrices los datos a partir de categorías de análisis de la información obtenida de los docentes, estudiantes y pacientes.

La información de los grupos focales se transcribió y se analizó mediante un proceso de análisis de contenido basado en la teoría fundamentada. En un primer momento, se desarrolló una categorización abierta y posteriormente se reagruparon los resultados a través de una categorización de tipo axial.

4.3.5. Consideraciones éticas

Los aspectos éticos contemplados como requisitos para el desarrollo de esta investigación se relatan a continuación:

- a. Compromiso de confidencialidad o consentimiento informado.
- b. Aprobación por parte de los comités de Bioética, de la facultad y de la división de Investigaciones de la Universidad.
- c. Propiciar un clima de confianza en la comunidad académica y los participantes del estudio.
- d. Se explicita el derecho para que los participantes se retiren de la investigación si lo estiman pertinente.

e. Se solicita autorización a los entrevistados para grabar y utilizar la información suministrada con fines de emitir informe.

4.4.6. Limitaciones de la Investigación

Las limitaciones del estudio se dieron en primer lugar en la medida que inicialmente los estudiantes entrevistados exhibieron algún temor al dar información que pudiese ser contraproducente para su desempeño académico.

Una segunda limitación fue la consecución de participantes de la categoría de pacientes debido a que estos tienen dificultades de disposición de tiempo adicional al de su atención odontológica, por razones laborales y/o domésticas.

Una tercera limitación fue el análisis de la información y su categorización en razón a la gran cantidad de información que surgió a partir de los grupos focales razón por la cual se recomienda para una próxima investigación delimitar las temáticas de discusión.

5. CAPITULO CINCO RESULTADOS

5.1 CATEGORIZACIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

A continuación se presentan los resultados de cada una de las fases desarrolladas para esta investigación, a partir de la metodología propuesta en el capítulo de materiales y métodos.

5.1.2. FASE I

Respecto a la Fase I de análisis de programas, los resultados mostraron que las asignaturas que integran el modelo biopsicosocial, en el primer nivel fueron: "Sistemas

y tecnología”, “Metodología de la investigación” y “Psicología aplicada a la odontología I”, aportando herramientas para que el estudiante investigue y analice factores en los que se desenvuelven sus futuros pacientes y con ello brindar un servicio integral. (Ver anexo 4, Tabla 3).

En el nivel II, se observó que entre los programas que incluyeron la integración del modelo biopsicosocial estaban “Odontología comunitaria IV”, con la temática de enseñanza del modelo campo de la salud y el programa de la asignatura “Filosofía e Historia de las ciencias V” que trabaja la historia de la implantología y el impacto que ha tenido en la sociedad. (Ver anexo 4, tabla 4).

Respecto a los programas del nivel III, se encontró que los programas “Crecimiento y desarrollo II”, “Odontología comunitaria VIII”, “Psicopatología” y “Seminario de integración” contienen de una manera amplia la aplicación del modelo biopsicosocial, lo cual convierte al nivel III en el nivel con mayor integración de dicho modelo.

Es pertinente aclarar que en el plan de estudios, Bioética es una asignatura transcurricular de primero a décimo semestre que se ha concebido para que se desarrolle según los núcleos problemáticos definidos por semestre a través de alguna de las asignaturas de las tres áreas. De acuerdo con la concepción del Departamento, la bioética permite la discusión, la reflexión y un posicionamiento crítico y propositivo para afrontar los dilemas y conflictos en relación a situaciones de la vida cotidiana y del futuro ejercicio profesional.

Hay que anotar también que el único programa en el que no se observó inserción con el modelo biopsicosocial fue “Investigación III”, siendo un programa que se centra en el desarrollo de los trabajos de grado. (Ver anexo 6 tabla 5).

5.1.3. FASE II

Los resultados obtenidos de la fase II a partir de los cuestionarios auto-diligenciados por los estudiantes, permitieron conocer si el modelo biopsicosocial y la bioética están

inmersos en el currículo y permean el proceso formativo como profesionales de la salud.

Con los docentes, el interés fue definir si existe apropiación del modelo en el proceso enseñanza aprendizaje y si se logra su aplicabilidad en lo formativo en los diferentes niveles del plan de estudios. El grupo de pacientes es, por su parte, la población que puede determinar si el sello que imparte el modelo es evidenciable en los estudiantes y docentes.

Resultados Cuestionario a Docentes

Definiciones sobre el modelo Biopsicosocial

Las definiciones que los docentes dieron, de acuerdo con su concepción del modelo se clasificaron en cuatro categorías:

Categoría 1. Modelo Integral y Holístico de Calidad de Vida: diez docentes consideran el enfoque del modelo biopsicosocial una opción que orienta y guía a la persona hacia el logro de una calidad de vida saludable para su futuro personal y profesional. Así lo describe uno de los participantes:

Es un modelo holístico que tiene en cuenta al ser humano que conviene y comparte con su entorno biológico y psicológico para interactuar en la sociedad de manera ética.

Categoría 2 .Modelo de Atención: El interés del participante con respecto al Modelo está en la aplicación del modelo para la atención integral del paciente, al respecto nueve docentes consideran el modelo BPSS como un modelo de atención integral del paciente. La siguiente es una de las respuestas que ilustran esta categoría:

El modelo permite evaluar y tratar al individuo desde los 3 puntos de desarrollo: Su ser su entorno y su salud general.

Categoría 3: Modelo de Formación: Esta perspectiva contempla aspectos sociológicos, psicológicos y biológicos para formar personas y profesionales competentes e integrales: Cuatro docentes lo mencionaron. Veamos una opinión que condensa esta visión:

Es la formación del estudiante no solo en aspectos cognitivos sino también teniendo en cuenta su entorno social, psicológico y cultural.

Categoría 4. Modelo que contempla la Ética y Bioética: un docente lo considera como un modelo de formación en el que se imparte la ética como premisa para el tratamiento de seres humanos, afirmando lo siguiente:

Modelo de formación que tiene en cuenta al ser humano su entorno con respecto al manejo ético.

Las respuestas sobre qué es el modelo biopsicosocial, llevan a establecer que más allá de la diversidad de las definiciones presentadas y de los modos de abordarlo, para todos los docentes éste es un modelo holístico e integral de formación y de atención que integra las dimensiones social, biológica y psicológica de los pacientes direccionado a mejorar la calidad de vida. (Anexo 5, Tabla 2, 3, 4. pregunta 1).

Integración del Modelo Biopsicosocial en los programas

-Frente a la pregunta de si contemplan en los objetivos de sus programas el modelo biopsicosocial, veinte docentes respondieron afirmativamente: aseveran que lo hacen de manera constante y utilizando diversas metodologías lo referencian y encaminan no solo hacia la práctica clínica profesional sino como un modelo de formación para la vida. El estudiante guiado por el docente debe hacer consciente al paciente de la importancia de su salud oral y su relevancia social y personal. (Tabla 5, pregunta 2).

Inclusión de aspectos del Modelo en las Evaluaciones.

-Respecto a si se incluyen en las evaluaciones aspectos del modelo biopsicosocial todos evalúan aspectos relacionados con este. Diez y nueve docentes contemplan dentro de las evaluaciones aspectos que involucran la concepción del modelo en cuanto a los conocimientos, habilidades, actitudes y valores que reafirmen la apropiación de este en el ser y en el hacer. Se evalúa capacidad de reflexión, actitud, aplicación, producción e Interdisciplinariedad. (Tabla 6 pregunta 3).

Aplicación del Modelo Biopsicosocial

- Un número de 21 docentes afirman tener espacios de comunicación en los que se promueve el respeto, la confianza, la reflexión y se orienta el conocimiento y la formación integral; con los pacientes, aducen mejorar la calidad del servicio con un abordaje integral del paciente, interactúan con este conociendo sus necesidades y concertando con la alternativa de tratamiento para su beneficio. Quince docentes afirman que hacen aplicación del modelo en la relación con los estudiantes, tratando de ver al estudiante como una persona que tiene todo un mundo donde se desarrolla y tiene diferentes formas de actuar y pensar (Tabla 7 pregunta 4).

Las respuestas sobre si se puede aplicar el modelo biopsicosocial en la actividad docente-asistencial, muestran que para la gran mayoría (19 docentes) se aplica, en la interacción que se da con los estudiantes y con los pacientes en la que se evalúa de manera integral las necesidades del paciente acorde con su contexto sociocultural. Aun cuando anotan que el tiempo de trabajo es un factor que genera tensiones en la aplicación y permite dar un enfoque de formación diferente, dando importancia no solo a la enseñanza de la ciencia, sino a enseñar a ver al ser humano con integralidad. (Tabla 8 pregunta 5).

Contribución del Modelo Biopsicosocial en la Formación

-En relación a cómo contribuye el modelo en la formación en la clínica, 19 docentes consideran que ayuda a la formación de profesionales, con un sello institucional con formación humanística e integral. Enseña al estudiante que el paciente no solo es un diagnóstico y tratamiento, que va más allá del ser humano. (Tabla 9 pregunta 6).

Impacto del Modelo en los Pacientes

-Frente a la pregunta de cómo el modelo beneficia a los pacientes, los docentes consideran que en la clínica se sigue conservando la figura de paciente no de cliente y que se da solución de manera integral a las necesidades de salud oral, de manera concertada con el paciente. Paciente como ser humano que requiere una atención particular dada su condición social, emocional y obviamente con relación al motivo de consulta. (Tabla 10 pregunta 7).

Beneficios del Modelo en la Labor Docente

-Cuando se les solicita expresar tres aspectos del modelo que benefician su labor docente, respondieron en términos generales que en este modelo se promueve el respeto y permite ofrecer una atención integral a los pacientes, tener mejor relación con los estudiantes y los pacientes, un continuo autoaprendizaje, mayor comunicación, toma de decisiones compartida y un mayor entendimiento de las necesidades de estos dos grupos poblacionales generando una atención humanizada. (Tabla 11 pregunta 8).

Dificultades en el Desarrollo del Modelo

-Respecto a las dificultades en el desarrollo del modelo en la docencia, hacen referencia en su gran mayoría a que la relación tiempos de trabajo versus objetivos de formación, es un factor determinante que impacta la docencia en el MBPS. Hay otros

aspectos que se mencionan de manera individual como las relaciones interpersonales, los costos de los tratamientos, entre otros. (Tabla 12 pregunta 9).

Apropiación del Modelo en los Estudiantes

-Respecto a si consideran que los estudiantes tienen claridad sobre el modelo MBPS un grupo de once docentes responde afirmativamente, señalando que lo aplican en la clínica ya que se les imparte desde los primeros semestres pero que debe reforzarse. Diez docentes respondieron negativamente y consideran que: aunque se generen y apliquen herramientas de información, normalmente no son todos los estudiantes conscientes de las implicaciones del modelo (Tabla 13 pregunta 10).

Aplicación del Modelo por parte de los Estudiantes

-Respecto a la opinión que los docentes tienen sobre la aplicación del Modelo por parte de los estudiantes, diez docentes consideran que sí lo entienden y lo aplican en todos los ámbitos y la otra mitad difiere afirmando que se irrespetan y no son solidarios. En la relación con sus estudiantes, diez docentes anotan que se generan tensiones por la exigencia que le implica al docente la responsabilidad de llevar a cabo un adecuado proceso de enseñanza y atención del paciente; en ocasiones el estudiante se siente vulnerado por los llamados de atención.

- Igualmente, la mitad de los docentes considera que el estudiante sí lo aplica con los pacientes y se sienten bien atendidos mientras la otra mitad considera que no lo aplican y que se instrumentaliza el paciente para el cumplimiento de los requisitos (Tabla 13 pregunta 9).

Conclusiones

De acuerdo con los resultados arrojados con respecto al conocimiento y aplicación del modelo biopsicosocial por parte de los docentes así como a sus percepciones sobre el mismo , se puede sintetizar lo siguiente: Se encontró que la mayoría de los docentes conocen y aplican el Modelo Biopsicosocial (MBPS), y consideran que para mejorar su implementación deben generarse espacios en los cuales se den discusiones que lleven a una mayor apropiación del modelo de parte los docentes y alumnos, al igual que amerita replantear los tiempos de trabajo para dar espacio a una verdadera interacción de los actores implicados con el fin de establecer una dinámica docente-asistencial que permita dar un abordaje integral del paciente para responder a sus necesidades de salud bucal.

Resultados Cuestionario a Estudiantes

Al analizar los resultados que arrojan los cuestionarios gestionados por los estudiantes, respecto a las trece preguntas realizadas se establecen los siguientes aspectos como los más destacados:

Descripción del Modelo Biopsicosocial

-La gran mayoría (56 estudiantes), reconoce y describe el modelo biopsicosocial como *un modelo integrativo, bioético, holístico de atención en un contexto cultural, social, biológico y psicológico.* (Tabla 14, pregunta 1).

Inclusión del Modelo en las Asignaturas

-Buena parte de los estudiantes (52) expresa que *el modelo biopsicosocial se encuentra inmerso en la mayoría de las asignaturas del Plan de Estudios* (ver tabla 15 pregunta 2).

Formación en el Modelo desde los docentes

- Una cantidad importante (43 estudiantes), refieren que *los docentes les enseñan cómo aplicar el modelo biopsicosocial durante su proceso formativo.* (Tabla 16, pregunta 3).

Áreas en que se explicita el Modelo

- Los estudiantes consideran que las áreas en la cuáles se explicita el modelo biopsicosocial son, en su orden: Comunitaria, Bioclínica, Humanidades, Psicosocial y Bioética. Aquí hay que anotar que un grupo de estudiantes (12) considera que *hay docentes que no se han formado bajo el modelo y que en los espacios clínicos se generan tensiones que interfieren con él.* (Tabla 17, pregunta 4).

Aplicabilidad del Modelo

- 19 estudiantes expresan que el modelo *es aplicable en las clínicas y les permite tratar al paciente integralmente reconocen su dimensión humana y encaminan la atención hacia el logro del bienestar del paciente. Unos pocos estudiantes (7) dicen que la atención está centrada en los requisitos* (Tabla 17, pregunta 5).

-Plantean que la aplicación del modelo la realizan en su vida cotidiana de la siguiente manera:

Con sus padres, ya que les ayuda a tener un mayor reconocimiento relacionado con el apoyo que reciben de ellos, una mayor comunicación, respeto y amor. Con los profesores con quienes hay mayor posibilidad de dialogo, deliberación, respeto, responsabilidad y siguen el ejemplo de algunos.

Con los compañeros con quienes aprenden a tener un dialogo más cordial honesto, solidaridad y tolerancia bajo una premisa ética.

Con los amigos con quienes les permite demostrar un profesionalismo, les ayuda a reflexionar y a respetar a través del dialogo.

Con los pacientes con quienes tienen un manejo integral, con honestidad, empatía, profesionalismo, ética, pensando en el bienestar del paciente. (Tabla 18, pregunta 7).

-Buena parte (50 estudiantes) consideran *que el Modelo Biopsicosocial es aplicable en las clínicas al prestar una atención integral al paciente, con un trato amable, siempre preocupados por dar solución a sus necesidades*, mientras que un número reducido 10 estudiantes *no lo consideran en razón a que dicen ver el paciente como un requisito y de igual forma los docentes al ser tan autoritarios.* (Tabla 19, pregunta 6).

- Al calificar la aplicación del modelo en la práctica docente asistencial la mayoría (41 estudiantes) considera *entre buena y excelente la aplicación del modelo*, una pequeña parte 6 estudiantes *entre regular y mala*, y un grupo de 15 estudiantes, no contestó esta pregunta. (Tabla 20. Pregunta 7).

El Modelo como base de la formación ética

-Respecto a si el modelo biopsicosocial le da herramientas para ser un profesional ético e integral, un grupo 56 estudiantes consideran que *si y que les da bases para ejercer una práctica humanizada, ética, profesional de alta calidad* (Tabla 21, pregunta 8).

El Área Bioética en la formación profesional

-La bioética es un área importante en la formación en salud por *el trato humano y digno que hay que darle al paciente* según 49 estudiantes, mientras que 6 estudiantes no lo consideran y 6 estudiantes no respondieron. (Tabla 22, pregunta 9).

-Con relación a si la Bioética impacta el perfil de formación 51 estudiantes si lo consideran ya *que la ven a profundidad y la aplican en sus pacientes y en ellos mismos*

para ser profesionales éticos, con compromiso y sensibilidad social (tabla 23, pregunta 10).

Conflictos Éticos con los docentes

-Al referenciar si los estudiantes se han enfrentado a conflictos éticos con los docentes un grupo de 23 estudiantes refieren no haberlos tenido, otros señalan una serie de dificultades que no son de carácter ético y otro grupo de 11 estudiantes no respondió.

Conflictos Éticos con los compañeros

Con relación a los compañeros, un grupo de 22 estudiantes, considera que no los ha tenido, otro grupo de 25 hace referencia a situaciones particulares, y otros 14 estudiantes no respondieron. Respecto a los pacientes, 15 estudiantes consideran que no han tenido conflictos, 8 no respondieron y 25 refieren situaciones particulares que no se relacionan con conflictos éticos. Con relación a las evaluaciones, al trabajo en clínica comunitaria e investigación no hubo respuesta. Respecto a las respuestas a la pregunta sobre las situaciones que generan tensiones un grupo importante (30 estudiantes) no respondió esta pregunta, mientras un grupo de 31 estudiantes hace referencia a tensiones generadas desde la relación docente-estudiante, con los pacientes y por asuntos económicos. (Tablas 24-25, pregunta 11).

Solución de Conflictos desde los Estudiantes

-Respecto a si los estudiantes pueden dar solución a las situaciones conflictivas que se les presentan; 29 estudiantes *sí lograron solucionarlas ya que afirman que existen espacios de diálogo y reciben respuesta y solución a sus dificultades por parte de los directivos de la facultad.* (Tabla 26, pregunta 12).

Tensiones entre el Modelo Biopsicosocial y la Práctica Docente-asistencial

-Al relatar situaciones en las que se han generado tensiones entre el Modelo impartido, la bioética y la práctica docente asistencial, las respuestas se plantean así: 30 estudiantes no responden. 12 estudiantes reportan maltrato docente (lo cual puede traducirse en: exigencia, demanda, desaprobación), 5 estudiantes se refieren a problemas socioeconómicos de los pacientes y 3 estudiantes al paciente visto como un requisito (Tabla 27, pregunta 13).

Conclusiones

Los estudiantes expresan claramente que el modelo biopsicosocial se refleja en la mayor parte de las asignaturas de los tres niveles de formación, que los docentes también lo contemplan en sus programas y en el quehacer en los diferentes espacios de formación, lo cual les induce a tratar a los pacientes en todas las dimensiones humanas velando por su dignidad y calidad de vida. Se puede establecer también que se presentan tensiones o conflictos especialmente en los espacios clínicos, por situaciones que tienen una connotación muy propia en los mismos por el tipo de actividades que allí se desarrollan y las dificultades en la consecución de pacientes y los pagos que deben realizar a los tratamientos de estos.

Resultados Cuestionario a Pacientes

A continuación se presentan los aspectos centrales hallados a partir del análisis del cuestionario desarrollado por los pacientes.

Experiencia en otras Clínicas Universitarias

-La pregunta sobre si han utilizado los servicios en otras clínicas docentes asistenciales la gran mayoría 37 pacientes expresaron que no mientras el resto lo hicieron afirmativamente.

Motivos por los que se utilizan las Clínicas Odontológicas de la Universidad El Bosque

- Sobre cuál es la razón para utilizar las clínicas de la Universidad El Bosque, 19 pacientes respondieron que lo hacen en razón a ser *familiares de los estudiantes*, otra minoría por la atención y otros pocos más por factores económicos. (Tabla 28, preguntas 1-2).

Comparación entre la Clínica de la Universidad El Bosque y Otras Clínicas

Las respuestas frente a si hay diferencias en la atención de esta clínica respecto a otras, las respuestas se encaminaron a que se perciben buenas relaciones humanas, a la economía en los tratamientos y a la buena supervisión por parte de los docentes. (Tabla 29, pregunta3).

Calidad profesional de los Docentes

- Respecto a la valoración de la calidad profesional de los docentes la gran mayoría los evalúa con 4 y 5 (35 pacientes) mientras, con valoraciones menores, lo hacen 6 pacientes.

Calidad de los Estudiantes

-Respecto a la calidad de los estudiante 39 dieron una calificación de cinco que resulta ser la más alta.

Comportamiento ético en las relaciones docente-estudiante

- La gran mayoría (37 pacientes) considera que los docentes tienen excelente comportamiento ético, consideración y comprensión, aun cuando cuatro de ellos

consideran que se dan conflictos en cuanto a relaciones humanas por falta de comprensión y trato inadecuado a estudiantes (Tabla 30, preguntas 4, 5).

Comportamiento ético de los estudiantes

- La gran mayoría (39 pacientes) consideran que los estudiantes tienen excelente comportamiento ético.

Percepción sobre la Atención Recibida

- La mayoría de los pacientes (38) consideran que la atención recibida es adecuada y de carácter integral. (Tabla 30, pregunta 9).

- Todos los pacientes perciben como comprensible el lenguaje en el que el estudiante se dirige a ellos para explicar sus tratamientos (Tabla 31pregunta 10).

-En su mayoría (31 pacientes) consideran que la supervisión y asesoría de los docentes durante los procesos realizados es adecuada. Se dan algunos comentarios aislados relacionados con un trato inadecuado por parte del docente hacia el estudiante y falta de supervisión.

- En su mayoría (37 pacientes) recomendaría la Clínica de la Universidad El Bosque. (Tabla 32- 33-34 Preguntas 11- 12-13).

Conclusiones

De acuerdo con los resultados arrojados, se puede concluir que las razones principales por las cuales asisten los pacientes a las clínicas son por ser familiares de los estudiantes, por la calidad en la atención y por la economía en los tratamientos. Algunos pacientes dicen percibir ciertos conflictos entre los docentes y estudiantes que generan autoritarismo por parte del docente y temor del estudiante, recomiendan se dé una mejor supervisión y mejor trato por parte del docente, aun cuando en ocasiones

los pacientes entienden que es quizás por falta de preparación del estudiante para llevar a cabo la atención indicada. Proponen se dé una mejor interacción docente-estudiante para que se dé una atención más humana.

5.1.4. FASE III

Análisis Resultados Grupos Focales

El objetivo de realizar los Grupos focales fue profundizar en aspectos visibilizados en los cuestionarios con el fin de dar respuesta a los objetivos de la investigación.

En el análisis desarrollado con fundamento en la codificación abierta de las narraciones obtenidas mediante los grupos focales con docentes, estudiantes y pacientes, surgieron dos categorías axiales que agrupan los conflictos o tensiones que se derivan de las prácticas asistenciales desarrolladas en los consultorios odontológicos de la Universidad El Bosque: Conflictos centrados en la atención a pacientes por los estudiantes y Conflictos centrados en la acción docente-asistencial.

Conflictos Centrados en la atención a pacientes por los estudiantes

La siguiente tabla surge dentro de esta categoría en la que se agrupan conflictos planteados donde son las circunstancias de los pacientes y el ser tratados por estudiantes, el centro de las tensiones.

Tabla No. 1. Conflictos centrados en la atención a los pacientes por los estudiantes

| Códigos identificados | Estudiantes | Docentes | Pacientes | Total |
|--|-------------|----------|-----------|-------|
| Conflictos por tratamientos a pacientes pagos por estudiantes | 10 | 10 | 2 | 22 |
| Conflictos en relación estudiante-paciente (instrumentalización) | 10 | 10 | 2 | 22 |
| Conflictos paciente des institucionalizado | 3 | 3 | 0 | 6 |
| Conflicto sobre falta de autonomía del paciente | 0 | 2 | 0 | 2 |
| Conflicto sobre Vulnerabilidad del Paciente | 3 | 2 | 0 | 0 |

Fuente: la autora

En esta categoría, se destacan básicamente dos conflictos que son informados por la totalidad de los docentes y de los estudiantes: la situación generada por el hecho de que los estudiantes se ven obligados a pagar los tratamientos de los pacientes, lo que causa con frecuencia manipulación de la situación por parte de estos y la instrumentalización del paciente que se crea al privilegiar la función académica sobre la calidad de la atención (Tabla 36).

Otros aspectos enunciados se refieren a la desinstitucionalización del paciente, a su falta de autonomía con respecto a los tratamientos y a su vulnerabilidad, al ser atendidos por estudiantes.

Nótese que coinciden las apreciaciones de docentes y estudiantes en cuanto al peso de estas realidades y que los pacientes las tienen en cuenta en menor medida.

A continuación, se transcriben algunas narraciones que nos ilustran la realidad que se presenta al tener los estudiantes que asumir los costos del tratamiento de sus pacientes:

Docente:

Habría que ver si esta paciente la consigue el estudiante o llegó por su propio medio, porque hay casos en que viene el paciente de fuera y muchas veces es el estudiante en su angustia que le dice: tranquilo yo le ayudo con el pago del tratamiento error que también cometimos nosotros cuando fuimos estudiantes y esto se ha convertido en una costumbre.

Estudiante:

El semestre pasado pagué alrededor de dos millones doscientos más algunas otras cosas de la clínica de niños ya que también muchas veces a los niños hay que pagarles.

Paciente:

La está asumiendo el papá de quien me atiende, yo le dije a él que no tenía dinero, ella es prima, es la hija de un primo tercero mío. Él me dijo que él me colaboraba con todo.

Estas narraciones, por su parte, hacen referencia a la instrumentalización del paciente para cumplir requisitos académicos:

Docente:

En aspectos relacionados con la práctica docente-asistencial, por la manera como se lleva a cabo el proceso formativo basado en requisitos lo cual en ocasiones lleva al estudiante a incurrir en iatrogenias y utilizar el paciente como un medio para lograr un fin: cumplir con un requisito y aprobar el semestre. O el paciente al ver la necesidad del estudiante encuentra la oportunidad de solucionar su situación de salud oral y a veces incluso su situación personal o laboral, aprovechando la necesidad del estudiante.

Estudiante:

Los mismos pacientes saben la necesidad de nosotros, los créditos que tenemos que cubrir y ya vienen a decir: "no tenemos", aunque tengan y se pueden dejar hacer el tratamiento para decir al final "no tengo ahora "y uno qué hace, paga o uno se matricula el próximo semestre.

Paciente:

Estoy aquí por colaborarle a mi hija, pues estoy encantada porque mis hijos viven felices de estar aquí en la universidad y me siento muy orgullosa de ello. Mi hija ha tenido bastantes dificultades por los pacientes.

Conflictos Centrados en la Acción Docente-asistencial

En la siguiente tabla, han sido agrupados aquellos conflictos que tienen relación con la acción institucional en el campo docente-asistencial y que según los participantes crean tensiones en las prácticas realizadas en las clínicas odontológicas de la Universidad El Bosque.

Tabla No. 2. Conflictos Centrados en la Acción Docente-asistencial

| Códigos identificados | Estudiantes | Docentes | Pacientes | Total |
|--|-------------|----------|-----------|-------|
| Conflictos en la gestión académico-administrativa | 10 | 10 | 0 | 20 |
| Conflictos entre el modelo biopsicosocial y práctica docente asistencial | 7 | 4 | 0 | 11 |
| Conflictos por desarticulación del sistema de seguridad social | 0 | 6 | 0 | 6 |

Fuente: la autora

En cuanto a los conflictos centrados en la acción de tipo docente-asistencial, se destacan de manera particular aquellos que se derivan de la función académico-administrativa, los cuales son enunciados por la totalidad de docentes y estudiantes y que no obstante no fueron mencionados por los pacientes. Otras dos tensiones mencionadas por cuatro docentes y por más de la mitad de los estudiantes, se relacionan con la falta de coherencia de la práctica docente asistencial con el modelo biopsicosocial.

De otra parte, la no articulación de los servicios de las clínicas universitarias al Sistema General de Seguridad Social, es considerada especialmente por docentes cuando más de la mitad de ellos se refirieron a esta circunstancia como una limitación. En el caso de los estudiantes y pacientes, no se contempló esta problemática.

En esta dimensión, los docentes se orientan en mayor medida a reconocer aspectos políticos y normativos que desde el exterior afectan la acción docente asistencial mientras los estudiantes están más enfocados hacia aspectos relativos a la falta de aplicación del modelo biopsicosocial en las actividades docente-asistenciales.

La totalidad de docentes (10) y de estudiantes (10), hicieron referencia a conflictos que se presentan entre los requerimientos académicos que debe cumplir el estudiante y los procesos administrativos que implican la prestación de un servicio docente asistencial; aspectos que generan tensiones entre el enfoque de formación bajo el modelo biopsicosocial, la práctica docente asistencial y el cumplimiento de objetivos de formación ya que el estudiante se ve abocado a tener a cargo responsabilidades administrativas que dificultan culminar su proceso. (Tabla 41). A continuación, algunas narraciones que ilustran esta realidad:

Docente:

Es muy importante aclararles porque ellos creen que acá se les paga a los pacientes y no es verdad. La mayoría de los que he visto sí tienen formas de pagar; son personas humildes muchos, pero sí tienen formas de pagar y si están interesados en sus

tratamientos hay que aclararles y ser muy enfáticos en que ellos tienen que asumir sus costos, pero es más que todo informar al paciente desde el principio.

Estudiante:

Por decirlo así, porque esto tiene una parte como más caritativa que no está en la misión de la Universidad, en su reglamento no dice que las clínicas odontológicas son de caridad, entonces no deberíamos estar en ese propósito como tal, porque para pagarles a todos se vuelve muy complicado.

Los docentes y los estudiantes coinciden que el enfoque es el ideal para la atención del paciente ya que se establece una relación más humana y se ve al paciente como un ser integral pero que en ocasiones la práctica no permite desarrollar el enfoque. (Tabla 43)

Un número de 7 estudiantes coincidieron en hacer referencia a este aspecto y 4 docentes igualmente a continuación se evidencia en las siguientes narraciones:

Docente:

Cuando entramos aquí dijimos que era algo de biopsicosocial y ahí hay mucha tela que cortar porque esa es una problemática que a veces es difícil aquello del derecho de "yo tengo derecho a algo, yo tengo cubrimiento a algo" que es muy respetable en todos los sentidos, pero a veces la actitud de los pacientes frente a las cosas que de pronto son dadas como algo que tiene que "estárseme dando" no son tan valoradas como aquello que algo me cuesta.

Estudiante:

En la clínica si se presentan situaciones que generan presión sobre el estudiante que hacen que uno no tenga tal vez una práctica buena, creo que el manejo como tal de la clínica por requisitos es un factor que hace que hasta cierto punto uno no pueda cumplir el modelo biopsicosocial teniendo en cuenta que yo tengo que ver al paciente como ese ente biológico al que yo le tengo que colocar esa resina si no que es una persona que tiene ese entorno social.

Desde la creación de la Ley 100 las clínicas odontológicas de las universidades quedaron desarticuladas del Sistema de Prestación de servicios puesto que las personas

en formación en salud no deben tratar pacientes del sistema, imposibilitando la atención de pacientes del sistema en estos centros docencia-servicio (Tabla 46). Seis docentes hicieron mención a este dilema. A continuación se transcriben algunos comentarios.

Docente:

La EPS que tiene un cubrimiento y que el resto si de pronto lo podría venir a hacer en la universidad como para poder ayudar en ese punto "yo estoy hablando es de crecimiento y desarrollo", muchos pacientes no saben que los niños se los atienden en sus EPS entonces ellos dicen pero como así "si me dijeron que no", se le dice a usted le

"cubre esto y esto", entonces hágale toda la parte inicial y acá puede venir y se le realiza la corona, "la corona o la ortodoncia le cuesta esto" y al paciente le va quedando más fácil, muchos de los pacientes que tenemos en odontopediatría vienen a hacerse coronas o formas plásticas o algo de ortodoncia y ya le hicieron lo que es operatoria o prevención en su EPS.

Propuestas ante conflictos y tensiones

Ante los conflictos presentados, se destacan como propuestas el mejoramiento de procesos académico-formativos, el mejoramiento en la función académico-administrativa y la ampliación del recurso humano.

Mejoramiento de procesos académico-formativos

En la tabla que se presenta a continuación, se ordenan según su prioridad las propuestas que surgieron desde los tres grupos de participantes en los grupos focales y que hacen referencia a procesos académico-administrativos.

Tabla No. 3. Propuestas de Mejoramiento de Procesos Académico-administrativos

| Códigos identificados | Estudiantes | Docentes | Pacientes | Total |
|---|-------------|----------|-----------|-------|
| Propuesta acompañamiento académico-administrativo | 10 | 10 | 4 | 24 |
| Propuesta mejoramiento procesos formativos | 5 | 7 | 3 | 15 |
| Propuesta fortalecer formación ética estudiantes | 2 | 7 | 0 | 9 |
| Propuesta optimizar planta docente | 2 | 0 | 0 | 0 |

Fuente: la autora

Una propuesta de primer orden que surge en cuanto a los procesos (académico-administrativos) es la de fortalecer el proceso académico administrativo. Esta Propuesta fue mencionada por los diez docentes, diez estudiantes y cuatro pacientes que participaron en los grupos focales (Tabla 48).

En estas narraciones los participantes realizan diversas propuestas de acompañamiento académico y administrativo requerido para que se dé un adecuado proceso en la práctica formativa.

Docente:

Se tiene en cuenta el motivo de consulta exacto del paciente si es dolor o estético, si es dolor tenemos la obligación de atenderlo, no hay alternativa, ya la otra parte que es la complejidad del caso ya cuando se ha quitado la urgencia real, empezamos a reorientar a la paciente, hay alternativas no solo mandarla a posgrado sino probablemente pueda ser tratado en la clínica de octavo o decimo semestre, igual nosotros le decimos a los pacientes que existen variedades de tratamientos y lo que nosotros tenemos que hacer es que económicamente para el paciente sea factible el tratamiento.

Estudiante:

La facilidad de pago, que vuelva a la manera anterior, igual la universidad no tiene nada que perder porque tarde o temprano eso está a nombre de uno y uno tiene que pagar la matrícula y si no está a paz y salvo no puede.

Paciente:

La falta de compromiso de la gente. La gente no valora porque no le cuesta, nosotros buscando estrategias decíamos que crearan un banco donde la gente que va es porque de verdad tiene una necesidad y el compromiso pues sería muy importante para los estudiantes.

Al observar los datos que se organizan en esta tabla, se percibe que los estudiantes ven más imperioso mejorar los procesos formativos que su propia formación ética mientras los docentes ven igualmente importantes ambas necesidades.

Un número de 7 docentes, 5 estudiantes y 3 pacientes consideran que deben mejorarse los procesos formativos previos al inicio de la clínica debido a que se han evidenciado dificultades para abordar al paciente comunicarse con él y para la ejecución de tratamientos.(Tabla 50)

Docente:

Aprender a hablarle al paciente porque es que ellos no saben hablar y enredan más las cosas y se arman unos problemas por eso porque no saben transmitir las ideas entonces la comunicación con el paciente deberían entrenar más esas habilidades que no se trabaja, se pierde la comunicación, hay veces que no saben hablar ni escribir cosa que me sorprende demasiado.

Estudiante:

Nosotros llevamos dos tres años en esta carrera realmente no tenemos nada de práctica entonces que sean ellos que puedan enseñarnos nosotros como algo básico del aprendizaje es la experiencia y que podamos absorber toda la experiencia que han vivido en la vida nosotros no simplemente podemos aprender en los libros pero los

casos que vemos no los da el docente uno quiero enseñarme realmente va a ser muy difícil para mí.

Para los docentes existen conflictos éticos frecuentes en la práctica formativa de los estudiantes debido a la necesidad de cumplir con requisitos, aspecto que va en contra de la integridad de sus pacientes, al respecto 7 docentes y 2 estudiantes coinciden en que debe reforzarse la formación ética. Veamos a continuación algunas narraciones (Tabla 51).

Docente:

Una cosa que me gustaría agregar y que debería ser parte del proceso educativo enseñarles o no jugar desleal a no trabajar desleal no hablar de lo que hizo alguno de sus colegas independientemente de quien haya sido porque no sabemos en qué condiciones tuvo esa persona que trabajar o tratar al paciente con sus dientes no sabemos en qué condiciones lo hizo.

Estudiante:

A mí me encanta realmente el modelo que maneja esta universidad el modelo bioético y el modelo biopsicosocial me parece muy bueno y sería mucho mejor que no, no lo aprendiéramos en la teoría sino que realmente fuéramos conscientes de poder aplicar en la práctica de forma personal.

Una última propuesta, realizada por dos estudiantes, se refiere a la optimización de la planta docente por considerar que algunos conflictos se derivan del número de estudiantes que cada docente debe supervisar.

Mejoramiento de las Relaciones Humanas y la Convivencia

En la Tabla No 4, se presentan aquellas propuestas realizadas a lo largo del desarrollo de los grupos focales que se centran en el mejoramiento de las relaciones humanas y la convivencia.

Tabla No. 4. Propuestas para el Mejoramiento de las Relaciones Humanas y la Convivencia

| Códigos identificados | Estudiantes | Docentes | Pacientes | Total |
|--|-------------|----------|-----------|-------|
| Propuesta mejoramiento relaciones humanas | 2 | 8 | 5 | 15 |
| Propuesta visibilizar derechos y compromisos pacientes | 0 | 7 | 1 | 8 |

Fuente: La Autora

Un número de 8 docentes, 5 pacientes y 2 estudiantes consideraron que en el proceso formativo debe existir una relación más humana de los docentes hacia los estudiantes y los pacientes; igualmente, algunos docentes están de acuerdo con esta afirmación. (Tabla 49). Estas son algunas de las intervenciones realizadas al respecto:

Docente:

Ahora al paciente uno se tiene que ganar al paciente no hay que imponerle cosas, hay que ganárselo como se lo gana uno con el cariño, el respeto, el saludo, a uno que le quita decirle una mañana a las siete de la mañana como le fue con el desayuno hoy, como le fue en el bus mejor dicho rompa el hielo, que no llegue el paciente y decirle oiga abra la boca por Dios es un ser humano rompa el hielo y una vez que se lo gane empieza a trabajar y ese paciente va donde usted quiera.

Estudiante:

Cualquier otra cosa pero de odontología no sabemos nada entonces ellos tienen que entender, con que nos digan las cosas una vez tal vez no va a ser suficiente o para todo un semestre entonces pienso que con amor y con sabiduría.

Paciente:

Si un docente va y llama la atención del alumno, no lo debe hacer con testigos, llamo a la persona y por el contrario, en vez de regañar habla, explica, enseña porque es la tarea de ellos.

Planteada por siete docentes y un paciente, esta propuesta, aun cuando no fue expresada por los estudiantes, denota la preocupación de los docentes por la relación que se genera entre el estudiante y el paciente, en algunas ocasiones por la inexperiencia del estudiante, en otras, por la manipulación de parte de algunos pacientes y también por la falta de un adecuado acompañamiento por parte del docente en el que se le establezcan claramente al paciente sus derechos y compromisos para con sus tratamientos y con su salud. (Tabla 52). Esto manifestó uno de los docentes:

Por ejemplo quiero mencionar una cosa: debe haber normas si los pacientes como tal no asisten a dos o tres citas ya el tratamiento no debe continuar y el paciente debe recibir una sanción.

Mejoramiento en el nivel de la Gestión Administrativa

La gestión administrativa resulta ser otro aspecto mencionado entre las propuestas de mejora mencionadas por los participantes en los grupos focales, tal cual se presenta en la Tabla No. 5.

Tabla No. 5. Propuestas de Mejoramiento en el nivel de la Gestión Académico-administrativa

| Códigos identificados | Estudiantes | Docentes | Pacientes | Total |
|-------------------------------------|-------------|----------|-----------|-------|
| Propuesta mercadeo interno –externo | 1 | 6 | 0 | 7 |
| Propuesta estudio tarifario | 3 | 2 | 3 | 5 |
| Propuesta integración al SGSS | 1 | 2 | 1 | 4 |

Fuente: La Autora

Seis docentes y un estudiante proponen la realización de procesos de mercadeo al interior de la Universidad con la comunidad académica y hacia el exterior de ésta, con el fin de dar a conocer los servicios de atención en salud bucal que se ofrecen en las clínicas Odontológicas para de este modo atraer pacientes para ser atendidos por los estudiantes (tabla 53). Al respecto surgen los siguientes comentarios

Docente:

La gente no llega a la clínica solicitando un tratamiento y eso puede estar pasando porque falta publicidad, mercadeo, falta que la universidad se apropie un poco del servicio que presta en odontología porque la gente no conoce la clínica odontológica de la Universidad El Bosque; o sea, nosotros damos por hecho de que si está la facultad es porque hay atención pero hay mucha gente que necesita tratamiento odontológico de todas estas zonas aledañas y no hay el suficiente conocimiento por parte de las instituciones escolares, comunitarias de que acá se presta servicio odontológico de muy buena calidad y a un bajo costo.

Estudiante:

Porque la Universidad creo yo no colabora con los pacientes yo creo que debería existir algo que la Universidad tenga para que los pacientes puedan venir, en otras universidad creo que si he escuchado, pero no sé muy bien del tema, que los pacientes como que vienen no se de pronto de lugares y no se presenta pues esta cuestión.

Paciente:

Yo en mi curso les pedí el favor especial a los padres de familia (trabaja en un jardín infantil), precisamente mirando la boquita de los niños y me decía ella (se refiere a una estudiante) que necesitaba niños para el año entrante. Estamos en ese trabajo con los padres de familia, nos comprometimos con ellos, hasta que vamos a hacer con ellos una actividad en el colegio para poder conseguir un colectivo para transportarlos hasta acá y de la semana de clase que vamos a tomar un día y yo me comprometí a recuperarles el día sábado, con tal que asistan, mejor dicho, lo único que necesito es que digan si y que me manden ese día los niños al colegio para traerlos, no tienen que pagar transporte, nada absolutamente.

El Estudio tarifario como alternativa fue mencionado por 3 estudiantes, 2 docentes y 3 pacientes; hace referencia a la reevaluación de las tarifas (Tabla 54). A continuación, algunas de las intervenciones:

Docente:

Eso lo hemos intentado hacer en las clínicas pero es muy difícil de cobrar a los pacientes porque muchos de los pacientes vienen es por los estudiantes, pero si nosotros tuviéramos unos estudiantes que en algún momento se comprometen a que quieren mantener a sus pacientes nosotros podríamos mantener esa salud en los pacientes y eso nos da mucha plata porque los acostumbramos a que la consulta vale.

Estudiante:

Antes ellos (los pacientes) quedaban registrados en el sistema y eso les iba sumando y podían ir abonando.

La facilidad de pago, que vuelva a la manera anterior, igual a la universidad no tiene nada que perder porque tarde o temprano eso está a nombre de uno y uno tiene que pagar la matrícula y si no está a paz y salvo no puede.

Paciente:

Yo rebajaría un poco los costos, miraría bien el caso y de acuerdo a eso, le cobraría y si estuviera en mi caso yo rebajaría un poco de mi sueldo para ayudarle a la persona que no puede cancelar todo.

La Integración con el Sistema General de Seguridad Social (SGSS), fue planteada por 1 estudiante, 2 docentes y 1 paciente; se sugiere crear convenios o fortalecer la relación con instituciones prestadoras de salud. (Tabla 55). A continuación, algunas narraciones que surgieron al respecto:

Docente:

Muchos de esos tratamientos que están mencionando hay no los va a cubrir el sistema de seguridad social tampoco, entonces les estaría cubriendo de pronto la operatoria, la endodoncia y la exodoncia, pero las otras cosas no se las va a cubrir el sistema de

seguridad social así ella tuviera un sistema de aseguramiento entonces de todas formas tendría que manejarlo, buscar ella la solución de cómo lo consigue y en eso seremos una alternativa como clínica y como universidad en ese momento.

Estudiante:

Yo digo que como tener convenios con las E.P.S de los mismos pacientes, tener contrato con las E.P.S que más tienen los pacientes.

Paciente:

Yo pienso que el convenio con las EPS sería un milagro, el cubrimiento es muy bajo y muchas veces los tratamientos de mala calidad, pero un convenio sería muy bueno.

6. CAPITULO SEIS

DISCUSIÓN

El objetivo de esta tesis fue caracterizar y analizar los conflictos, tensiones y dilemas que emergen en la formación del estudiante de Odontología, considerando el Enfoque Biopsicosocial y Cultural propuesto institucionalmente y la práctica docente-asistencial en las Clínicas Odontológicas de la Universidad El Bosque, con el fin de plantear con base en los resultados unos lineamientos orientadores desde la bioética para la solución de conflictos éticos que se suscitan en la relación docente estudiante paciente al interior de las prácticas formativas en Odontología.

Por tal motivo, centraremos la discusión en dar respuesta a la pregunta planteada al inicio de la investigación:

¿Cuáles son los dilemas bioéticos que emergen de los conflictos que se generan en las prácticas formativas de los estudiantes de odontología entre el enfoque de formación bajo el modelo biopsicosocial y la práctica asistencial en las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad El Bosque?

La inquietud que generó este planteamiento es producto de multiplicidad de eventos reportados por docentes, estudiantes, pacientes y personal administrativo en el diario trabajo en las prácticas clínicas formativas a lo largo de los años, sucesos que han sido motivo de análisis y reflexión al interior de los Consejos y Comités de facultad. Se trata de conflictos que cada vez generan más tensiones entre docentes y estudiantes, debido a la responsabilidad que implica para el docente tener a cargo de manera indirecta pacientes atendidos por estudiantes en formación, que en ocasiones no miden las consecuencias de sus actuaciones, situación que genera enfrentamientos y que afecta la dignidad de los actores ya que impera una lucha de poderes que vulneran la Calidad de Vida de los educadores, los educandos y los pacientes. Se causan serios cuestionamientos sobre el modelo de enseñanza-aprendizaje de la Facultad de Odontología.

Esta situación ha sido ampliamente descrita en la literatura revisada en esta tesis, aspecto que demuestra la problemática existente en las prácticas formativas en odontología a nivel mundial.

Con esta investigación, se hacen explícitos conflictos que se generan en la interacción entre docentes, estudiantes y pacientes de los cuales se pueden abstraer los más importantes y caracterizar de la siguiente manera:

Conflictos en la Relación Docente-Estudiante: Esta situación fue planteada por los tres grupos de participantes (docentes- pacientes- estudiantes). Como se observa en el análisis, surgieron comentarios en los que se señala la existencia de roces en la

relación docente-estudiante durante la atención del paciente, especialmente cuando los profesores corrigen de manera pública a sus alumnos.

Este conflicto desencadena una atención al paciente improcedente ya que da indicios de desconfianza, temor y represión al estudiante ante la necesidad de resolver inquietudes propias de un aprendiz en proceso de formación, aspecto que debe ser puesto en consideración para tomar correctivos oportunos al interior del programa y el cual será motivo de reflexión a través del establecimiento de lineamientos de tipo curricular que se plantearán en el siguiente capítulo. A este respecto, Koerber et al¹⁵⁶ recomiendan que los docentes traten a los estudiantes como profesionales en entrenamiento, a quienes se debe valorar y respetar.

Conflictos que se identifican con las Relaciones Humanas y la Convivencia:

Con fundamento en los argumentos presentados por los tres grupos que participaron en el estudio, se hace referencia a casos en los que hay inconformidad de parte de los estudiantes hacia los llamados de atención de sus docentes en presencia de compañeros y pacientes y/o otros docentes. Por su parte, los docentes argumentan la necesidad de tener que realizar correctivos justamente en el momento en el cual los estudiantes llevan a cabo los procedimientos, con el fin de evitar que se proceda de modo inadecuado y se ponga en riesgo la salud de su paciente. Esto se da, según los profesores porque en muchas ocasiones el estudiante no se ha preparado y fundamentado adecuadamente para llevar a cabo el tratamiento de su paciente.

Tanto estudiantes como pacientes reconocen que deben realizarse correcciones pero de manera asertiva, surgiendo la recomendación de establecer un espacio privado en la clínica para que se puedan realizar estas reflexiones o se pueda orientar al estudiante sin que sienta que se menoscabada su integridad en público.

Con el fin de plantear una solución a estos conflictos, los participantes propusieron lo que se ha constituido para efectos de este estudio en una Propuesta de Mejoramiento de las Relaciones Humanas.

¹⁵⁶ KOERBER A, et al. Op. cit., pp 229.

La Humanización de la educación y la atención en salud es un planteamiento propuesto en la literatura por Escobar¹⁵⁷, Goncalves¹⁵⁸, Anderson y Ríoh¹⁵⁹. Estos autores se refieren al cada vez más predominante patrón de atención despersonalizada en el que se ha perdido la interacción y la atención prevalente dada en épocas en las que aún se destacaba la consulta privada, en la que el profesional dedicaba al paciente, el tiempo que este requería para su adecuada atención. En las prácticas formativas, las consultas son bastante prolongadas según la percepción del paciente, pero que para la operativización del estudiante es reducido, por el tiempo que este tarda en disponer de todo lo requerido para la atención a su paciente. De igual modo, se prolonga por la atención que merece el paciente por parte del docente a cargo que en ocasiones por tener que atender a todos los pacientes del grupo de alumnos sustancialmente se reduce debido a que no puede dedicar el tiempo necesario para supervisar de forma adecuada y enseñar al estudiante cómo debe ser esta interacción y trato con su paciente desde su enfoque de formación biopsicosocial y cultural.

Conflictos en la relación estudiante-paciente (instrumentalización): El conflicto que se crea entre los estudiantes y los pacientes que estos atienden, ha sido mencionado por la mayoría de los participantes en el estudio. Es quizás el segundo aspecto en mención y hace referencia a la alteración de roles en doble vía, ya que el estudiante está viendo al paciente como un medio para lograr un fin, cumplir los requisitos de clínica para lograr pasar su semestre académico.

Esta realidad ha sido reportada por Goncalves y Machado¹⁶⁰ en Brasil, por Sharp et al¹⁶¹. Elbadrawy y Korayem¹⁶² en Estados Unidos, y Holdein¹⁶³ en Cuba: se ve al paciente como un portador de enfermedad y los estudiantes, buscando cumplir sus requisitos de formación afirman que el sistema los induce a cometer faltas a la ética

¹⁵⁷ ESCOBAR, TRIANA, Jaime., Op.cit., p. 8.

¹⁵⁸ GONCALVES,E. y MACHADO. V, M. Op.cit., p. 177.

¹⁵⁹ ANDERSON Y RÍOH, Op. cit., p. 88.

¹⁶⁰ GONCALVES,E. y MACHADO. V, M. Op.cit., p. 178.

¹⁶¹ SHARP, Helen. M, KUTHY RA, HELLER KE. Op. cit., p 1123.

¹⁶² ELBADRAWY, H. KORAYEM, M. The flexible requirement system for grading of clinical performance of undergraduate dental students. Eur. J. Dental Education: 2007. No. 11: pp.208-215.

¹⁶³ HOLDEIN, R. Op. cit.

como iatrogenias y a ocasionar falsas patologías para realizar un mayor número de procedimientos. Así mismo el paciente ve la necesidad del estudiante y lo manipula desde el punto de vista económico exigiendo pagos y beneficios en el tratamiento, transporte, alimentación hasta llegar al extremo de demandar pago de jornada de trabajo y otro tipo de prebendas. En esta situación, se estructuran conflictos que implican el hecho de buscar a toda costa y por encima de los principios de la Bioética la superación de una necesidad académica por parte de los estudiantes y en el caso de los pacientes un abuso frente a las circunstancias de los estudiantes, haciendo uso de micro poderes que igualmente se contraponen a la construcción de relaciones enmarcadas en la ética y la justicia.

En el campo de las relaciones odontólogo-paciente-estudiante, que implica intercambios mediados por intereses propios de cada uno de los actores, no se puede llegar a la vulneración de los derechos de las personas y a menoscabar su dignidad como es evidente en algunas de las situaciones detectadas.

Kant con su Imperativo Categórico propone "tratar a los seres humanos como fin en sí mismos y no como medios" y afirma que "las normas éticas han de ser universales y de acuerdos de ciudadanos libres que lleven al máximo bien". Retomando a Hare y Singer en las situaciones donde se conjugan diversidad de necesidades individuales se requiere la consideración equitativa de todos los intereses de los implicados para el logro de un bien común. Beauchamp y Childress¹⁶⁴ el primero utilitarista y el segundo deontologista, han marcado un hito en el pluralismo moral, planteando los principios de Beneficencia y Justicia los cuales promulgan hacer el bien de manera equitativa al mayor número de personas. Estas premisas invitan a establecer un equilibrio entre los intereses educativos, formativos y asistenciales con la única finalidad de ir hacia la búsqueda de soluciones comunes que viabilicen la formación de profesionales en salud con altas calidades científicas, humanas y éticas.

¹⁶⁴ BEAUCHAMP TL & CHILDRESS JF. Op. cit.522.

Conflictos relacionados con la Vulnerabilidad del Paciente atendido por estudiantes:

En la investigación, fue mencionado por algunos participantes que los pacientes que llegan a las clínicas Universitarias pueden verse vulnerados al ser tratados por aprendices.

Se plantea que en las clínicas odontológicas de la Universidad el Bosque deben someterse a largas jornadas de espera por la inexperiencia de los alumnos y por ende la lentitud en los tratamientos. De igual modo, se menciona que hay aspectos académico administrativos que constituyen barreras y que no permiten agilizar los procesos. De igual forma, son mal vistos los cuestionamientos que hacen los profesores a sus estudiantes en el momento de la atención, puesto que generan inseguridad en los pacientes de acuerdo con lo planteado por estos.

Una de las principales razones por las que asisten los pacientes a las clínicas se relaciona con las barreras de acceso y las dificultades económicas que tienen para acceder a los servicios de salud. Veloso et al¹⁶⁵ en un estudio realizado en el Hospital Universitario de Brasilia hallaron similares situaciones, lo que hace pensar en que este tipo de conflictos suelen ser comunes en las prácticas Universitarias en Odontología, lo cual merecería un análisis deontológico y epistemológico de alcance regional, podría ser liderado en el país por ACFO y en América Latina por la OFEDO-UDUAL.

Aun cuando un gran número de pacientes calificó como adecuada la atención brindada en las clínicas Odontológicas de la Universidad y unos cuantos se sienten satisfechos con los tratamientos recibidos, aducen ser tratados por estudiantes cuidadosos y docentes profesionales, integrales y muy amables, unos pocos plantearon su inconformidad con respecto a la supervisión por parte de los docentes manifestando inadecuada proporción en número de docentes con respecto al número de estudiantes.

¹⁶⁵ VELOSO, L.R. et al. Op. cit., p. 540.

De otra parte, se encuentran comentarios relacionados con el poco tiempo de duración en las sesiones de atención. Otros reportaron pérdida de tiempo por demora en la atención por parte del seguimiento al estudiante y por la lentitud del estudiante al estar en proceso de aprendizaje.

La realidad experimentada por los pacientes en las clínicas formativas, adicional a los aspectos de tipo económico que los conducen a hacer uso de este tipo de servicios donde son personas en formación quienes los atienden, se ve mayormente complicada por situaciones que en este caso están asociadas a circunstancias propias del tipo de docentes que por su sobre-especialización no permiten dinamizar de manera eficiente la atención. De este modo, estamos encontrando un paciente que debe enfrentar experiencias complejas que nos hablan de su vulnerabilidad.

Entendemos por Vulnerabilidad cuando se limita la integridad de un ser humano, en términos de la posibilidad de ser afectado, sometido a riesgos que vayan a afectar su dignidad o integridad física, psíquica o moral, puede servir de indicador de respeto hacia el otro pero va más allá de la Autonomía. La No Vulnerabilidad es propuesta como un Principio Ético Básico en la Bioética y el Bioderecho Europeo. En contraste con los principios promulgados por Beauchamp y Childress¹⁶⁶, la Comisión Europea propone plantear la importancia de superar el principio de Autonomía debido a que deben trascenderse sus límites ya que se dan algunos aspectos interdependientes relacionados con el respeto hacia el otro como ser humano. Este principio busca enfrentar la complejidad de las realidades de salud del momento presente y puede ser planteado en términos ontológicos, fenomenológicos, naturales, médicos, culturales y sociales, como es el caso que se plantea en esta investigación, en razón a que la vulnerabilidad se sobrepone a la autonomía que también se considera bajo estas circunstancias propias a la formación docente-asistencial.

Conflictos relacionados con la afectación de la Autonomía del Paciente: En ocasiones dentro de la práctica docente-asistencial el estudiante en su afán por cumplir

¹⁶⁶ BEAUCHAMP TL & CHILDRESS JF. Op., cit.524

con unos requisitos no tiene en cuenta la autonomía del paciente para asentir o disentir del tratamiento que se le está planteando y menos aún si es el estudiante quien paga su tratamiento, reportado igualmente por Goncalves y Machado¹⁶⁷, Veloso et. al¹⁶⁸. Adicional a esto, es el docente bajo los lineamientos de la academia quien plantea un tratamiento ideal, sin indagar cuales son las necesidades, expectativas y condiciones económicas y sociales propias del paciente, lo que igualmente afecta su autonomía.

Algunos autores definen el principio de autonomía como un principio de libertad y de autogobierno, en el que la persona es capaz de controlar su vida y sus decisiones de acuerdo con elecciones personales, deseos y aspiraciones futuras en una sociedad pluralista. Rendtorff¹⁶⁹ desde la visión europea concibe la autonomía a partir de un análisis hermenéutico en el que el individuo le otorga sentido y le da fundamento a sus decisiones.

En la medida en que los pacientes tengan la oportunidad de involucrarse con conocimiento en la toma de decisiones acerca de su tratamiento, se estarán respetando sus derechos y se estarán otorgando oportunidades de desarrollo y obviamente se estará mejorando la calidad de la atención. El respeto a la Autonomía del paciente debe hacer parte de un proceso de formación a los estudiantes en que estos deben contar con elementos de juicio para presentar de manera informada y objetiva alternativas a sus pacientes. Para Ovalle¹⁷⁰, el sentido ético que posee el Consentimiento Informado es precisamente este y no el de cumplir con un requisito formal como muchas veces se le concibe.

Camps¹⁷¹ le da mayor relevancia a la autodeterminación que al respeto a la intimidad en razón a que esta puede generar una dicotomía entre lo público y lo privado, llevando a que prevalezcan los intereses particulares de los individuos.

Como propuesta de solución ante la evidencia de conflictos Maliandi¹⁷² propone la Ética Convergente a partir de la fenomenología de la conflictividad que parte de la moralidad

¹⁶⁷ GONCALVES, E. y MACHADO, V. M. Op.cit., p. 179.

¹⁶⁸ VELOSO, L.R.; PYRRHO, M.; MACHADO, A.C.A.; GONÇALVES, E.R.; GARRAFA, V. Op. cit., p. 541.

¹⁶⁹ RENDTORFF, J. Op.cit. p.55.

¹⁷⁰ OVALLE GOMEZ, C. op.cit.172.

¹⁷¹ CAMPS. V. Op. cit.239.

o de conflictos que provienen de las relaciones entre medios y fines, se busca dirimir el conflicto a partir de procedimientos efectivos.

Plantea, dentro de un marco de sistemas dinámicos, una estructura sincrónica en la que se opone lo universal a lo particular y una diacrónica donde se opone lo permanente al cambio. Opone la racionalidad al conflicto partiendo de la reflexión y la búsqueda de una solución dialógica para el logro de una solución convergente en la búsqueda de un equilibrio o un acuerdo entre los oponentes.

Una Propuesta planteada para resolver estos conflictos fue la de fortalecer la formación ética en los estudiantes mencionada por la mayoría de los docentes, algunos estudiantes y pacientes, quienes resaltan la importancia de fortalecer principios y valores éticos, estructurando talleres vivenciales que les permita develar diferentes situaciones y sus consecuencias. Fugil¹⁷³ y Bertolami y Koerber¹⁷⁴, ante situaciones similares establecen también la necesidad de concientizar a los estudiantes de la importancia de asumir con responsabilidad y ética la atención de sus pacientes.

Conflicto causado por la “Supervisión inadecuada al estudiante”: Los comentarios y narraciones incluidos en esta categoría hicieron referencia a la limitada supervisión del docente en la atención al paciente, el poco contacto que los docentes tienen con los pacientes y tal vez, a la falta de interés que muchas veces perciben los pacientes por parte del docente. Este problema, según se señaló, se debe principalmente a la cantidad excesiva de estudiantes que supervisa cada docente, lo cual altera la dinámica ideal de la relación docencia-servicio. Este resultado se puede contrastar con una narración en el estudio de Hicks¹⁷⁵ donde un estudiante de medicina relató cómo la cantidad excesiva de estudiantes perturba el curso de los procesos formativos.

¹⁷² MALIANDI, R. Op. Cit.p.49.

¹⁷³ FUGILL.M.Op., cit. 132.

¹⁷⁴ BERTOLAMI, CHARLES. Op., cit. p. 420.

¹⁷⁵ HICKS L. K, et al. Understanding the clinical dilemmas that shape medical students' ethical development: questionnaire survey and focus group study. BMJ 2001; 322(7288): 709-710.

Conflictos entre las prácticas formativas y su desarticulación del Sistema de Seguridad Social:

Este es un factor crítico en la formación de odontólogos debido a que en la estructuración de la ley 100 de 1992 no se establecieron acuerdos que incluyesen los programas de formación en salud; es más, prohíben la inclusión de estudiantes en el Sistema de Prestación de Servicios, excluyendo las clínicas odontológicas Universitarias e impidiendo que los futuros Odontólogos se formen vivenciando la realidad de los servicios y sean pertinentes en los contextos en los que van a ejercer. Este tema se ha llevado a diferentes esferas de discusión y aun cuando no hay suficiente cobertura de los servicios de salud y se ha invitado a trabajar al respecto con el Ministerio de salud y Protección social y la Secretaria de Salud del D.C. aún persiste la creencia de que las clínicas formativas son un objeto social diferente y no pueden prestar dichos servicios.

Para esta dificultad surgió desde los participantes la "Propuesta integración con Sistema de Seguridad Social (SSS)": Se plantea como una propuesta que podría ser altamente benéfica para ampliar la cobertura en salud, colaborar para disminuir los indicadores de Morbilidad Oral, dar respuesta a la Sociedad mediante el compromiso de las Universidades con esta función de la Educación Superior. La Universidad está llamada a desarrollar acciones de Responsabilidad Social y a contribuir en el mejoramiento de la Calidad de vida en Salud de la Comunidad, colaborando con el Sistema en la disminución de las actuales barreras de acceso de los pacientes a los servicios de Salud y proveyendo estos servicios. De igual modo, la Educación Superior debe propiciar el mejorar las condiciones de Calidad de vida en la Educación a los estudiantes, con base en las dificultades demostradas en esta investigación.

Esta problemática manifiesta debe ser motivo de discusión y debate entre la Academia, el Gobierno y las Empresas, ya que a partir de la reforma de la ley 100 del 92 establecida en el 2011, se hace mención a la inclusión del personal en formación en salud, al igual que han sido declarados los servicios de la academia y el gremio de la odontología Latinoamericana en la Carta de Brasilia del 2009 y aún no se han establecido propuestas correctivas al respecto.

La reflexión bioética sobre la responsabilidad que implica el desarrollo de las prácticas formativas recae sobre todos los actores del proceso educativo, quienes deben cumplir con unos deberes y derechos expresamente planteados en los Reglamentos Internos de la Institución, que al ir en contravía generan los conflictos antes mencionados y que llevan a la configuración de dilemas que deben ser analizados para el establecimiento de acuerdos y consensos que permitan desarrollar una práctica formativa desde un ámbito Docente asistencial más humano.

A continuación se estructuran algunos dilemas que surgen de las situaciones de conflicto citadas con antelación:

1. Dilema del estudiante entre conseguir dinero para pagar el tratamiento al paciente y realizar los tratamientos necesarios para el cumplimiento de los requisitos del semestre o retirar la clínica que está cursando para no perder el semestre por no tener el dinero para pagarle el tratamiento al paciente.
2. Dilema del estudiante en su relación con el paciente (instrumentalización): El dilema radica en la disyuntiva entre atender integralmente al paciente acorde con sus necesidades o realizar al paciente los tratamientos que necesita para cumplir con sus requisitos de semestre.
3. Dilema del estudiante entre permitir que el paciente exija el pago del tratamiento y otro tipo de prebendas o dejar ir al paciente y no poder cumplir con los requisitos del semestre.
4. Dilema del estudiante entre el cumplimiento de las exigencias académicas y las exigencias administrativas que en ocasiones lo lleva a cometer faltas para evadir pagos.
5. Dilema del estudiante en su relación con el docente en que o este engaña a su profesor con respecto al pleno cumplimiento de requisitos o pierde el semestre, lo que conduce al fraude y a la iatrogenia y en ocasiones a la deserción del estudiante y a la afectación de su proyecto de vida.

La situación del docente implica de igual modo el enfrentamiento de dilemas especialmente en lo referente a su responsabilidad de una parte con la calidad de la

atención al paciente y de otra con su función orientadora y formadora con los estudiantes.

En este sentido, el profesor se ve presionado entre su responsabilidad ética como profesional de la salud que debe garantizar la mejor atención para la solución de los problemas de salud bucal de los pacientes a la vez que debe velar por el cumplimiento de los requisitos académicos de los estudiantes.

Surgen en este punto algunos ámbitos de reflexión que direccionan a la estructuración de algunas ideas orientadoras para La Reconstrucción del Modelo Pedagógico del Programa:

Conciencia y Responsabilidad Formativa y Asistencial: El profesor debe asumir la responsabilidad de fomentar su auto desarrollo y formación permanente, para garantizar el derecho de los estudiantes a una educación crítica, personalizada con conciencia social y un compromiso con la comunidad educativa. Los profesores durante el ejercicio de su docencia se exponen a tensiones entre el ser y el deber ser. Se afectan en consecuencia la justicia, la equidad y la democracia, aspectos que pueden generar conflictos con los estudiantes que en ocasiones los perciben como radicalmente inhumanos, injustos y nada democráticos. Los valores y principios morales se contraponen, entonces, con las políticas, las decisiones y condiciones, las prácticas y los resultados. Estas situaciones se presentan en los momentos en que va en contravía la responsabilidad del docente con la realidad que se presenta por el volumen de estudiantes al no poder realizar un adecuado seguimiento, dando pie esta realidad a que surjan inconvenientes que no necesariamente son por culpa exclusivamente del estudiante. Entran en contradicción situaciones que llevan a la reflexión bioética sobre la responsabilidad del docente en la adecuada formación de sus estudiantes y como profesionales en preservar y devolver la salud de los pacientes que están a cargo suyo. El docente, al tener responsabilidad sobre el estudiante y el paciente se excede en la autoridad y no viabiliza la confianza que se debe generar con el estudiante, llegando al extremo de vulnerar la Autonomía del estudiante, para llevar a cabo actividades que podría fácilmente desarrollar sin que sus procesos se retrasen. Esto puede en últimas

vulnerar la integridad y la autonomías del paciente al tomar el estudiante decisiones sin su consentimiento en procedimientos que deben ser consultados previamente.

Conciencia de la Responsabilidad Educativa, Asistencial y Social: El estudiante igualmente tiene deberes y derechos que cumplir los cuales en ocasiones entran en contradicción con la ética y la moral debido a que las exigencias, la responsabilidad ante su formación y las dificultades que pueden presentarse durante los tratamientos de los pacientes lo llevan a cometer actuaciones indebidas, en razón a que llega a encontrarse ante Dilemas suscitados por la necesidad de aprobar un semestre, poniendo en riesgo la salud de su paciente, llevando a actuaciones inhumanas como ocasionar iatrogenias para el cumplimiento de los requisitos y para aprobar su semestre.

Responsabilidad con su Salud y con los compromisos que le demanda el ser paciente de un Centro Docente- Asistencial: El paciente que acude a un servicio de salud lo hace con el único motivo de dar solución a algún problema que le aqueja. Este debe tener conocimiento y claridad de sus derechos y deberes además de recibir un servicio de alta calidad humana y científica que le garantice dar solución a los problemas por los cuales consulta, debe demostrar compromiso en cuanto a su autocuidado y puntualidad en la asistencia al igual que con sus obligaciones financieras adquiridas. Si esto no sucede, se generan tensiones que confluyen en que se puede vulnerar su relación con la Institución y por ende con los docentes y los estudiantes.

Responsabilidad de las Instituciones Formadoras de Profesionales en Salud en Odontología: Las Instituciones formadoras de talento humano en Odontología, tienen una doble responsabilidad: educativa y social, aspecto que exige la disposición de un recurso humano cualificado, recursos tecnológicos actualizados e infraestructura de acuerdo a la normatividad vigente. En la misma vía debe viabilizar la afluencia de pacientes mediante la consecución de convenios, o establecer estrategias de orden

financiero que viabilicen el funcionamiento de estas clínicas formativas; de lo contrario, se pueden suscitar tensiones de orden académico- asistencial y jurídico, que pueden desencadenar en situaciones que llevan a configurar dilemas relacionados con el derecho a la educación del estudiante y a la salud del paciente, porque pueden vulnerar al educando, al paciente y al mismo docente por no estar dadas las condiciones para ejercer el deber ser de la Educación de profesionales en Salud.

Al analizar los programas académicos, se verificó con docentes y estudiantes el conocimiento y la apropiación del Modelo Biopsicosocial y cultural como eje conductor de los procesos enseñanza-aprendizaje en la formación de los estudiantes de la Facultad de Odontología de la Universidad El Bosque. Este enfoque está conceptualmente cimentado en estos dos estamentos, a la luz de los hallazgos de este estudio.

La mayoría de los estudiantes encuestados respondió que una gran parte de los docentes les enseñan cómo aplicar el enfoque del modelo mientras que unos pocos discrepan al asegurar que puede que los docentes les transmitan información al respecto, pero que no lo aplican en la práctica. Y unos pocos de estos hacen mención a conflictos en la relación docente-estudiante. Al ahondar en esta problemática, casi la mitad de los estudiantes afirmaron haber tenido conflictos relacionados con sus procesos formativos en la relación con docentes y una cuarta parte de estos hace alusión a inadecuada relación docente-estudiante por falta de vocación, aspecto que genera fuerte tensión en el estudiante y cuestiona el enfoque Biopsicosocial y Cultural impartido.

Los docentes encuestados reafirmaron su conocimiento, aplicación y apropiación del enfoque del modelo biopsicosocial como eje integrador y conductor de los procesos de enseñanza-aprendizaje el cual promueve el aprendizaje significativo en los estudiantes, aduciendo a comentarios que permitieron analizar el Modelo bajo cuatro categorías:

1. Modelo de Atención
2. Modelo de Formación
3. Modelo que contempla la Ética y la Bioética

4. Modelo Holístico de Calidad de vida

Desde los estudiantes, además de las anteriores categorías, surgieron dos categorías emergentes adicionales:

1. Modelo de atención centrado en los requisitos de las clínicas y no en el paciente
2. Modelo Biomédico centrado en dar solución a la enfermedad del paciente

Al integrar los resultados arrojados en el análisis de los programas con los obtenidos a partir del análisis de los cuestionarios auto diligenciados y con los resultados de los grupos focales a docentes y estudiantes, se demuestra que el Área Comunitaria es la que tiene mayor claridad en la apropiación del modelo y se establece su inclusión en la teoría y en las actividades comunitarias extramurales. Existe sin embargo acuerdo en que en las prácticas clínicas se pierde esta perspectiva. Los estudiantes hacen especial énfasis en la actual inclusión de Bioética de manera transcurricular y afirman que impacta positivamente en su perfil de formación.

Al hacer referencia al trato de los docentes con los pacientes, algo más de la mitad de los estudiantes estuvieron de acuerdo en que estos aplican el enfoque Biopsicosocial, haciendo mención a una excelente relación odontólogo-paciente en cuanto a trato integral, humano, profesional, ético y responsable para con ellos y unas tres cuartas partes de los pacientes calificaron como excelente la calidad ética de los docentes y casi la totalidad calificaron como excelente la calidad ética y humana de los estudiantes. No obstante lo anterior, unos pocos pacientes reportaron una inadecuada relación docente-estudiante y mencionaron situaciones que configuran tensiones en las relaciones humanas en el momento de la supervisión a los estudiantes. Algunos de estos hacen referencia a fuertes llamados de atención a los estudiantes por parte de los docentes durante la intervención, aspecto que debe tomarse en consideración para establecer acciones correctivas que permitan mejorar la interacción docente-estudiante-paciente.

7. CAPÍTULO SIETE

CONCLUSIONES

Un primer aspecto a destacar entre los conflictos y dilemas que se presentan en la práctica docente-asistencial de las Clínicas Odontológicas de la Universidad El Bosque, a la luz de una mirada bioética, es que se evidencia en la relación docente-estudiante-paciente una situación compleja que refleja tensiones entre el enfoque de formación bajo el modelo biopsicosocial y cultural y el cumplimiento de objetivos de formación que aseguren la calidad y pertinencia del perfil del egresado, a pesar de que tanto docentes como estudiantes reconocen con suficiencia los principios que sustentan el modelo biopsicosocial y cultural así como la pertinencia de la bioética en este contexto, lo cual se refleja en el plan de estudios.

Esta situación está marcada por una necesidad de cumplir con lo estipulado en el programa de formación enfrentada con realidades como son los tiempos, el tipo de pacientes que asiste, las presiones debidas al número de estudiantes a cargo, y las dificultades propias de procesos de gran nivel de exigencia en que se ven implicados estudiantes en proceso de formación, lo que lleva a que en ocasiones los docentes ejerzan autoridad basados en modelos verticales de relación. Esto genera, de parte de los estudiantes, temores que con frecuencias dan pie a comportamientos que se salen de la ética y la responsabilidad, como son recurrir al engaño y poner en riesgo la integridad de los pacientes.

De otra parte, las exigencias académicas determinadas por el currículo llevan a las y los estudiantes, con frecuencia a recurrir a la "pacientización" de las personas cercanas a ellos como son los miembros de su familia, empleados domésticos y otros allegados a quienes pueden incluso crearles patologías inexistentes.

Conociendo la necesidad que tienen los estudiantes de cumplir con requisitos, se establece que hay pacientes que aprovechan esa circunstancia y toman ventaja de la

misma presionándolos a asumir costos que pueden ir desde el pago de los tratamientos hasta el pago de la jornada laboral con alimentación y transporte incluido. De este modo, se configura el prototipo del "paciente perenne" que soluciona problemas económicos a costa de los cobros que hace por sus "servicios" como usuario de clínicas odontológicas universitarias.

Se describen situaciones como anuncios en las tiendas de barrio, padres de familia que piden permiso en sus trabajos para poder asistir como pacientes de sus hijos, todo esto por el cumplimiento de objetivos de formación para responder al perfil de un egresado que sea pertinente para el contexto neoliberal vigente en contraposición a un ejercicio humanizado que dé respuesta a las necesidades sociales desde la Odontología.

Es así como surgen dilemas bioéticos configurados a partir del enfrentamiento entre unos valores centrados en la eficiencia y en la experticia y los valores promulgados por el enfoque de formación del modelo Biopsicosocial y cultural. Muy claramente lo expresan los diferentes actores sociales, en especial los docentes y los estudiantes, quienes señalan que los principios éticos promulgados por la Facultad chocan con acciones que no están fundamentadas en una concepción equitativa y respetuosa de las relaciones humanas. Este aspecto debe necesariamente llamar nuestra atención y, considerando las necesidades y propuestas planteadas por los diferentes participantes en el estudio, suscita la necesidad de proponer una reestructuración y rediseño de los procesos formativos de tipo práctico para el cumplimiento de los objetivos de aprendizaje planteados por la facultad.

El conflicto ético evidenciado ha sido reportado también en la literatura cuando en programas de odontología de otras latitudes se han observado similares situaciones, hace pensar en un fenómeno que se ha venido globalizando y que debe ser visto de manera regional y estructural. Este debe ser asumido desde los procesos formativos tempranamente y de manera preventiva; como en toda situación de conflicto de valores y deberes debe propiciarse un espacio de dialogo y de reflexión que conlleve a una resolución propuesta para el aprendizaje y la autoformación que permita crear

conciencia de que los conflictos deben ser dirimidos para el bien de las partes involucradas, sin que se cause perjuicios irreparables.

Los resultados arrojados por este estudio permitieron apreciar tensiones entre el modelo de formación impartido y las prácticas docente-asistenciales, lo cual lleva a recomendar unos lineamientos para que desde la Bioética se reconstruya el enfoque biopsicosocial y cultural propuesto en la Facultad de Odontología de la Universidad El Bosque partiendo del perfil de egreso.

Es por esto que las conclusiones se harán desde varias dimensiones:

1. Dimensión Bioética: La responsabilidad de la Bioética va más allá de estructurar espacios transcurriculares de reflexión y deliberación plural e interdisciplinaria con los docentes y estudiantes, en razón a que en los ambientes que hay mayor evidencia de conflictos y tensiones es en los espacios de prácticas clínicas; por esto se debe realizar una intervención en estos espacios con el fin de generar ambientes de trabajo bajo lineamientos que giren en torno a la resolución de conflictos de manera concertada que contribuyan al bienestar y la calidad de vida de los implicados.

La Bioética debe trascender la formación y el ejercicio de los Odontólogos con la finalidad de que estos asuman la responsabilidad de un ciudadano del mundo en la que a partir de los conocimientos y la experiencia adquirida pueda ser un generador de cambio de conciencia en actitudes y aptitudes del individuo la familia y la comunidad.

La Bioética debe invitar a una formación humana y social del odontólogo que asuma las situaciones que se presenten en su vida desde la multidimensionalidad con una visión que parta de una perspectiva biológica psicológica, espiritual, social y cultural le permita tomar conciencia de su responsabilidad ante él como individuo, ante su familia como parte de la sociedad y ante el estado.

En aspectos relacionados con el autocuidado y la comprensión sistémica de la salud y de la vida, que propendan por colaborar con otras disciplinas, en el mejoramiento de la salud, el bienestar y la calidad de vida de estos, a través de su auto aprendizaje, y la participación activa en los espacios de reflexión y debate relacionados con el establecimiento de políticas en educación y salud.

La Bioética debe permitir entablar un debate sobre la responsabilidad que debe tener el Estado con la formación de los Odontólogos en espacios pertinentes, acorde con el medio en el cual se van a desempeñar como profesionales.

2. Dimensión Gubernamental: Se requieren transformaciones en este nivel al hacerse explícitas las tensiones que se presentan en las clínicas odontológicas universitarias debido a la poca afluencia de pacientes y la imperiosa necesidad de los estudiantes de conseguir pacientes para cumplir con unos objetivos clínicos de formación. Este es un problema que sabemos es evidente en unos espacios docente asistenciales “denominados con objeto social diferente”, por no ser aceptados dentro del Sistema de Seguridad Social existente en Colombia. Debe invitarse al Gobierno (Ministerio de Salud y Protección Social y Secretarías de Salud) a establecer propuestas de trabajo en conjunto y llegar a acuerdos que permitan viabilizar la inclusión de estos espacios en el marco de la seguridad social, con el fin de integrarnos a los equipos de salud de manera multidisciplinaria y contribuir a ofrecer cobertura desde los planteamientos de las políticas estipuladas en Salud Pública en las regiones del país en las cuales se encuentran los programas de Odontología. Por supuesto, se proponen estos acuerdos estableciendo planes de mejora al interior de los currículos en los que se deben reforzar contenidos en salud pública que le permitan a profesores y estudiantes intervenir con propiedad y conocimiento fundamentado. En la actualidad, la OMS y la OPS están promoviendo programas direccionados al cumplimiento de las Metas del Milenio como deuda social aún vigente por lo que se podría colaborar en programas AIEPI, programas hacia una Atención primaria en salud (APS) renovada, y el programa Alianza por un futuro libre de caries, el cual tiene como meta para el 2026 la ausencia de caries en los niños. Este proyecto tiene dos frentes, uno Académico para el establecimiento de Consenso en el conocimiento de los nuevos paradigmas de la caries y el otro Comunitario dirigido a establecer un análisis epidemiológico de los factores de riesgo en salud bucal a que ya se han integrado otras áreas de la salud. De igual forma, este proyecto implicará generar propuestas de cambio e inclusión de los profesionales en formación. En estos programas ya la academia, a través de la Asociación colombiana de Facultades de Odontología (ACFO), se está integrando y la

Universidad El Bosque ha sido consultor de primera instancia, aspecto de resaltar en el cual ya se están proponiendo cambios importantes en el currículo de la Facultad.

3. Dimensión Social: Esta va de la mano con la dimensión Gubernamental y hace referencia a la responsabilidad social propuesta en la Misión Institucional para plantear el desarrollo de un proyecto que vaya encaminado a repensar la responsabilidad social que tiene la Institución con los educadores, los educandos y la comunidad. En razón a que como formadores de profesionales en salud que aprenden a partir de la prestación de servicios a la comunidad debemos generar un mayor impacto en la población dando evidencia real de los alcances de la cobertura que se da en atención en salud en las clínicas odontológicas y en los centros adscritos de prestación de servicios.

Se ha desdibujado la responsabilidad social que deben cumplir los programas de formación de profesionales en salud por cuenta de la estructuración de centros de práctica denominados clínicas odontológicas universitarias que tienen como finalidad formar a los futuros odontólogos a partir del cumplimiento de un número determinado de requisitos para la adquisición de destrezas, habilidades y competencias técnico instrumentales.

Debe reestructurarse estas clínicas hacia un nuevo modelo de atención a la comunidad centrado en una atención integral que propenda por el mejoramiento de la calidad en salud del individuo y de la familia, e inmersa en centros de prestación de servicios que vayan desde los niveles de baja a mediana y alta complejidad en los que se ofrezca una atención integral, por parte de un equipo multidisciplinario.

4. Dimensión Curricular: La formación del profesional graduado del Programa de Pregrado de Odontología de la Universidad El Bosque, está inscrita dentro de los lineamientos de la Misión Institucional de la Universidad, es decir, se propone la formación de un profesional comprometido con el país, que tiene como imperativo supremo la promoción de la dignidad de la persona humana en su integralidad. Así mismo, se establece que debe ser competente para incorporar la bioética al enfoque de formación biopsicosocial y cultural, en los diversos escenarios de su ejercicio profesional, de tal forma que este sea su referente ético permanente en la toma de decisiones y acciones.

Los dilemas bioéticos que suscita la enseñanza- aprendizaje de la relación odontólogo - paciente centrada en la adquisición de competencias por parte del estudiante, se superan mediante una concepción holística de la relación odontólogo-paciente centrada en el tratamiento integral del paciente desde un enfoque biopsicosocial cultural y bioético. Desde un principio el estudiante deberá comprender, con la mayor profundidad, el mensaje doctrinario de la bioética. Su conocimiento debe ser adquirido como una aptitud imprescindible para formar la vocación bioética de todo futuro profesional de la salud. Se trata de que , de forma experiencial, asuma una postura, no obstante cualquier circunstancia adversa; la comprensión de la filosofía holística bioética se debe fundamentar en la estructura de la personalidad en formación, profesional y humanista del aprendiz comprometido, capaz de evaluar, reflexionar y solventar el conflicto, concertar y tomar la decisión más conveniente contemplada desde un ámbito biopsicosocial para el beneficio de su paciente, puesto que se trata de un proceso formativo con base en principios de un deber ser como profesional de la salud más que el desarrollo de una práctica establecida únicamente en adquisición de habilidades.

8. CAPÍTULO OCHO

RECOMENDACIONES

Como recomendaciones que surgen atendiendo a los hallazgos de esta investigación se ponen en consideración lineamientos para el mejoramiento del modelo pedagógico de las prácticas formativas de los estudiantes de odontología.

Las bases para el diseño de planes de mejora del modelo pedagógico están establecidas en la Misión y el Proyecto Educativo Institucional al igual que en el Proyecto Educativo del Programa.

Partiendo de los resultados de este estudio, se visualiza la necesidad de rediseñar el modelo pedagógico buscando que se caracterice por la indagación de los problemas de salud de la población desde los diversos contextos.

El modelo deberá contemplar de manera realmente efectiva problemáticas relacionadas con las situaciones epistemológicas, humanísticas, psicosociales, científicas e investigativas desde la epidemiología, la evidencia científica y las circunstancias psicosociales la identificación de los factores de riesgo, para la construcción de estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, conformando equipos que puedan, de manera colaborativa, responder a las necesidades socio demográficas de su entorno, a través de la producción y transferencia del conocimiento. De otra parte, se requiere que este Modelo conduzca hacia la interacción, en un trabajo conjunto con las comunidades y lleve a cabo investigación que permita dilucidar la realidad y desarrollar propuestas de bienestar y mejoramiento de la calidad de vida.

Para hacer más pertinente el Modelo en la Facultad de odontología se debe realizar nuevamente una revisión, buscando una mejor articulación y mayor abordaje interdisciplinario y holístico a partir de los núcleos temáticos ya establecidos por niveles y por semestres.

De igual modo, se requiere de manera decidida promover el fortalecimiento curricular y el éxito estudiantil mediante el modelo pedagógico de aprendizaje significativo y el proyecto de apoyo al estudiante (PAE) propuestos por la Institución.

Se debe asegurar la apropiación por parte de los profesores del enfoque del modelo de formación de manera transcurricular y la capacitación en nuevos métodos pedagógicos centrados en el aprendizaje del estudiante en los que se propicie la interacción, el diálogo, la disertación y la construcción de conocimiento a partir del trabajo individual y colectivo.

De igual modo, es importante invitar a la estructuración de nuevas propuestas inter-áreas, alrededor del enfoque del modelo biopsicosocial y cultural y la bioética que permitan asegurar su apropiación por parte de toda la comunidad académica de la Facultad en todos los espacios de formación, dar una mayor integración entre las áreas

replantear las responsabilidades que se deben asumir para la apropiación del modelo de formación.

Establecer nuevas propuestas de interacción con otras disciplinas que amplíen la visión del estudiante en formación y le permitan desarrollar propuestas en conjunto alrededor de temáticas de interés comunes con. Trabajar estrechamente con la antropología, la sociología, la economía y otras ciencias sociales desde una perspectiva de complejidad, lo que reconozca el desarrollo de un nuevo pensamiento en la Odontología sustentado en una visión crítica de la realidad.

Implementar nuevas estrategias de aprendizaje mediante la apropiación de TICs que les permita a docentes y estudiantes interactuar con comunidades diversas nacionales y transnacionales, abordando comparativamente las problemáticas acorde con los contextos socios culturales de cada región.

Interactuar con comunidades plurales, con el fin de crear en estas una conciencia social dirigida a generar espacios de diálogo e interacción participativa hacia una construcción colectiva de la salud.

Se requiere la estructuración de talleres de integración semestrales que permitan al estudiante reflexionar, tener una actitud crítica hacia la construcción y reconstrucción de los conceptos aprendidos desde una visión plural en la que pueda asumir una posición crítica, donde concerte y aprenda a tomar decisiones individuales y colectivas.

Los documentos escritos, presentaciones orales, recursos audiovisuales y otras herramientas deberán asegurar la adquisición de competencias en estructuración del pensamiento y en la elaboración de proyectos de investigación que respondan a cuestionamientos surgidos de sus inquietudes particulares o de problemas establecidos en los grupos de interés constituidos por docentes y estudiantes.

Trabajar conjuntamente con otras facultades de odontología, a través de ACFO para recontextualizar los espacios de formación, fortaleciendo y estructurando nuevas propuestas que faculten a los estudiantes en formación interactuar e intervenir en el sistema de seguridad social en los diversos niveles con el fin de que se formen en el contexto real del país.

Buscar la inclusión de las clínicas formativas en el Sistema de Seguridad Social del país, con el fin de colaborar en dar cobertura a la población y así fortalecer y asegurar la calidad en la formación de los futuros odontólogos.

Fortalecer el modelo pedagógico de la práctica clínica hacia una práctica centrada en el paciente, en la cual se flexibilicen los objetivos de formación clínica, teniendo como meta llegar al estado de recuperación y mantenimiento de la salud de los pacientes, para que el estudiante se desempeñe acompañado racional y operativamente siempre del tutor, quien actuará como modelo ejemplificante a partir de la enseñanza en la atención, incentivando al auto conocimiento y el auto aprendizaje a través de la continua retroalimentación y los procesos instruccionales para asegurar el aprendizaje significativo del estudiante.

Estos aspectos relevantes los debemos considerar alrededor del concepto de Calidad de vida expuesto por Nussbaum, Camp, y Amartya Sen con el fin de evaluarla en términos de capacidades de reflexión e interacción para lograr el Bienestar común a partir del establecimiento de acuerdos que lleven al mejoramiento de las relaciones humanas.

En términos de Calidad en la educación, se requiere apuntalar, a través de procesos de autoevaluación, la mejora continua de los procesos formativos de los estudiantes en todos los espacios, de tal forma que se invite a la construcción de planes de mejoramiento a partir del diálogo y la concertación para la toma de decisiones, aplicando el concepto de humanización de la educación y del servicio como un indicador de calidad en salud y calidad en la educación para afianzar el bienestar de la comunidad académica.

Camps considera que "la Bioética permite un espacio de reflexión para la deliberación de problemáticas más del orden público y toma de decisiones desde la autorregulación colectiva a través de la fusión de los diferentes saberes y disciplinas" y soportados en esta autora es posible asumir que "el diálogo y la deliberación sustituyan el autoritarismo del sabio" y debe direccionar a cambios actitudinales en los que debe

promoverse una formación humanística de los científicos que puedan poner en cuestión “la ciencia libre de valores.”

Invitar como lo hace esta autora, a edificar una educación ciudadana más democrática y deliberativa, en la que se reconozcan los derechos sociales universales que conduzcan al individuo y a la comunidad a autorregularse y a construir una vida de calidad.

Por último, como lo propone la visión sistémica de Capra¹⁷⁶ y el modelo biopsicosocial y cultural, el Modelo de formación debe invitar a una construcción colectiva a partir de principios básicos para entender los fenómenos que se suceden en la vida humana, contemplando la complejidad de los sistemas sociales y las propiedades emergentes que se crean del funcionamiento de redes que, si bien pueden llegar al conflicto y crear el caos pueden a la vez configurar estructuras viables. Los cambios del entorno activan transformaciones conduciendo al desarrollo y a consecuentes aprendizajes que pueden extenderse a ámbitos sociales, en los que se estructuran los valores, creencias y construcciones culturales, cuales son los ámbitos de formación en salud.

En esta tesis se invita a la estructuración de “ambientes educativos de construcción colectiva” que favorezca que el estudiante adquiera los conocimientos científicos y teóricos a partir del aprendizaje crítico, reflexivo y consensuado, la adquisición de competencias clínicas e interpersonales para la toma de decisiones consensuadas que beneficien el bienestar y la calidad de vida de sus pacientes y a futuro velen por la dignificación de su ejercicio ético como profesionales de la salud.

Como formadores se debe asumir además la responsabilidad de contribuir al bienestar psicosomático y social de los alumnos y cultivar en ellos los valores éticos y culturales.

Como recomendación final, se invita a realizar este estudio en otros centros de práctica de la Universidad inmersos en el Sistema de Seguridad Social y en facultades de odontología de tal forma que se analice en otros espacios una problemática que prevalece desde hace mucho tiempo y a la cual no se le ha dado la importancia que

¹⁷⁶ CAPRA.F. Op.cit., p.155.

merece, incursionando en los currículos ocultos de la Odontología que vulneran la calidad de vida de las comunidades académicas y los pacientes allí tratados. El análisis de diferentes experiencias académicas dentro de un contexto interfacultades puede ofrecer un marco de análisis de gran envergadura en pos de construir de manera conjunta un nuevo modelo de formación integrado en Odontología tanto en Colombia como en América Latina.

9. BIBLIOGRAFIA

ADEA Commission on Change and Innovation in Dental Education: HENDRICKSON, D, W, MD. ANDRIEU, S Ph.D. Educational Strategies Associated with Development of Problem-Solving, Critical Thinking, and Self-Directed Learning. Journal of Dental Education, Volume 70, Number 9, September, 2006. p. 927.

ADLER, R. Engel's Biopsychosocial model is still relevant today. En: Journal of Psychosomatic research vol 67. pp. 607-611. Berne. Elsevier. 2009.

AMEZCUA. Manuel Gálvez Toro, Alberto. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. Rev. Esp. Salud Pública 2002; 76: 423-436.

ANDERSON, V. RIOH, A. SEYMOUR, G. Undergraduate dental education in New Zealand: 2007-2009 final-year student feedback on clinical learning environments. New Zealand Dental Journal 107, No. 3:PP. 85-90.2011 New: September 2011.

BEAUCHAMP TL CHILDRESS, JF. Principios de ética biomédica. Cuarta edición Editorial Masson Barcelona. Cuarta edición. 1999: pp. 9-15.

BEAUCHAMP, Tom y CHILDRESS, James. Principles of Biomedical ethics. Sixth edition. New York. Oxford University Press, 2009. pp. 95-111.

BERTOLAMI, CHARLES. "Why our ethics curricula don't work" En: Critical Issues in dental education. Journal of dental education, 2004. 68, (4): 414-425.

BOLADERAS CUCURELLA, Margarita. Calidad de vida y principios Bioéticos. Bioética y Calidad de Vida. Colección Bios y Ethos. Ediciones El Bosque. Editorial Kimpres Ltda., Bogotá. Universidad El Bosque, 2000. p.39.

BORRELL-CARRIO, F. SUCBMAN A. EPSTEIN, R. The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, practice, and Scientific Inquiry, En Annals of family medicine. University of Barcelona. 2004 Vol. 2, No. 6.pp 576-582. www.annfammed.org.

BONILLA, ELSSY & RODRÍGUEZ, PENÉLOPE. 1997. Más allá del dilema de los métodos: La investigación en ciencias Sociales. Ediciones Uniandes, Editorial Norma, Bogotá.

BRESLOW, Lester, "A Quantitative Approach to the World Health Organization. Definición de salud:" "Estado total de Bienestar físico, mental y social". International Journal of Epidemiology, 1, pp. 347-355. 1972.

BRIDGMAN, COLLIER,A. CUNNINGHAM, J.DOYAL,L .GIBBONS, D AND. KING, J. Teaching and assessing ethics and law in the dental curriculum. British dental journal, VOLUME 187, NO. 4 AUGUST 28. PP. 217-219. 1999.

CAMPS, V. Una vida de Calidad. Reflexiones sobre Bioética. Barcelona, 2001. Ares y Mares Editorial crítica.pp:238-239.

CAPRA, Frijof. Sabiduría Insólita. Kairos, S.A. p.242. 1994. Barcelona.

CAPRA, Frijof. Las conexiones ocultas Implicaciones sociales, medioambientales, económicas y biológicas de una nueva visión del mundo, Barcelona: Editorial Anagrama, S.A., 2003.p17.

CENTRE FOR ETHICS AND LAW. Basic Ethical Principles in European Bioethics and Bio law, Vol 1 Autonomy, Dignity, Integrity and Vulnerability. Pp. 45-55. Copenhagen, Denmark and Institut Borja, 2000.

CHAMBERS, D.W. GEISSBERGER, M and. LEKNIUS, C. Association amongst factors thought to be important by instructors in dental education and perceived effectiveness of these instructors by students. School of Dentistry, University of the Pacific, San Francisco, CA, USA. Eur J Dent Educ; 8 pp: 147–151. 2004.

Constitución Política de Colombia Artículo 49 El pensador editores Santafé de Bogotá 1991 pág143.

DANTAS CC, Leite JL, LIMA SBS, STIPP MAC. Teoría fundamentada en los datos - aspectos conceptuales y operacionales: metodología posible de ser aplicada en la investigación en enfermería. Rev Latino-am Enfermagem (Revista en la Internet) 2009 julio-agosto; 17(4). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/es_21.pdf. Consultado: noviembre de 2012.

De CURREA-LUGO, Victor; La reforma a la salud en Colombia. En Salud y Neoliberalismo. Bogotá: Universidad El Bosque. Colección Bios y Oikos 9. 2010. p.111.

DELGADO. DIAZ, Carlos. Calidad de Vida: Una perspectiva Latinoamericana. En: Bioética y Calidad de Vida. Colección Bios y Ethos Número 15. Ediciones El Bosque. Editorial Kimpres. Bogotá. D.C. Noviembre 2000. p.109.

DE SOSUSA SANTOS, BOAVENTURA. Aut. Analit.: Gandarilla Salgado, José Guadalupe. ed. Una epistemología del sur. La reinención del conocimiento y la emancipación social. Serie: Sociología y política México, D. F.. Siglo XXI Editores. 2009. p. 368.

De ZUBIRIA. SAMPER, Sergio. Bioética, crisis y epistemologías emergentes. En: Revista colombiana de Bioética. Universidad El Bosque. Bogotá. Nov. 2011.Vol 6, pp.41-49.

DIVARIS, K. BARLOW, P. J. CHENDEA, S. A. The academic environment: the students' perspective. Journal compilation a 2008 Blackwell Munksgaard and The American Dental Education Association, Eur J Dent Educ 2008 12 (Suppl. 1), 120–130.

ELBADRAWY, H. KORAYEM, M. The flexible requirement system for grading of clinical performance of undergraduate dental students. Eur. J. Dental Education: 2007; 11: pp.208-215.

ENGEL, G. The need for a new medical model: "A challenge for biomedicine", Vol 196, No.4286. 1977. P.129-136.ENGEL.L, George. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science 1977 Ap 8; 196(4286): 129-36.

ENGEL. George. The biopsychosocial model and the education of health professionals. Annals New York Academy of Sciences. 0077-8923/78/0310-0169 \$01.75/2 0 1978.

ERIKSEN, Harald. M. "A patient centered approach to teaching and learning in dental student clinical practice". En: European Journal of Dental Education, Norway: Blackwell Munksgaard,. No12, pp. 171- 172. 2008

ESCOBAR. TRIANA, Jaime. La formación humana y social del médico. Memorias. Colección Educativa médica, Volumen 6. Bogotá: Fundación Escuela Colombiana de Medicina, 1991.p.9

ESCOBAR- TRIANA, Jaime. Dimensiones ontológicas del cuerpo: Una visión filosófica del cuerpo y su relación con el ejercicio de la medicina. Colección Bios y Ethos ;Vol. 2. Bogotá-Colombia: El Bosque; 1997. pp.163.

ESCOBAR TRIANA, Jaime. Comprensión sistémica de la salud y calidad de vida.Bioética y Calidad de Vida. Colección Bios y Ethos. Ediciones El Bosque. Editorial Kimpres. Bogotá. D.C. Noviembre 2000. Pp55-75.

ESCOBAR. TRIANA, Jaime. ARISTIZABAL. TOBLER, Chantal. Los principios en la bioética: fuentes, propuestas y prácticas múltiples. En: Revista Colombiana de Bioética. Universidad El Bosque, Bogotá. Noviembre 2011. Vol 6. Pp. 76-109.

ESLAVA JC, GARCÍA CM. Los orígenes del SFHC en la Escuela Colombiana de Medicina: una experiencia innovadora al interior de una nueva institución de educación médica. Rev. ECM. 2003; 8(1):21-37.

EZEQUIEL. J. Emanuel, Linida. EMANUEL. Cuatro modelos de la relación médico-paciente. En: COUCEIRO A. Bioética para clínicos. 4 ed. España: Editorial Triacastela; 1999. pp.109.

FINK, D. Creating significant learning experiences: An integrated <approach to designing colleague courses. San Francisco, Jossey-Bass. 2003.

FRANKEL, R. QUILL, T. Mc DANIEL, S. The Future for a new medical model A Challenge for biomedicine. En: FRANKEL, R. et al. The Biopsychosocial Approach: Past, Present, Future.University of Rochester Press, 2003. pp.255-286.

FUGILL, M. Teaching and learning in dental student clinical practice. En: Eur. j Dent Educ. Vol 9. No.3. 2005. pp. 131-6.

GARCÍA-CASTRO J. La relación médico-paciente. En CASANOVA-DÍAZ S, GARCÍA-CASTRO J, GUERRA DE BAUTISTA A. "El modelo Biopsicosocial y cultural (BPSC). En: DONOSO. SUAREZ. I. El paciente desde la perspectiva biopsicosocial. Facultad de Medicina. Universidad El Bosque. Bogotá: Kimpres, 2010. Pp.23.

GARRAFA, V. & PORTO, D. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. *Bioethics*, 17(5-6): 399-416, 2003.

GIROUX, Henry. Pedagogía y política de la Esperanza. Teoría, cultura y enseñanza. Buenos Aires: Amorrortu editores. 2003.

GOOLISHIAN. H. A. & ANDERSON. H. 1994. Narrativa y self. En: Fried Schnitman, Dora. Nuevos paradigmas cultura y subjetividad. Editorial Paidós, Buenos aires.

GONCALVES.R, Evelise, MACHADO. V, Martha Inés. A vulnerabilidade e o paciente da clínica odontológica de ensino. En: *Revista Brasileira de Bioética*.Vol. 1 No.2. 2005. pp. 195-205.

GRACIA, Diego. Fundamentación y Enseñanza de la Bioética. *Ética y Vida. Estudios de Bioética*. Santa fé de Bogotá: Editorial EL Buho 1998. pp. 176-177.

HADEN, Karl. HENDRICSON, William. Curriculum Change in Dental Education, 2003-09. *Journal of Dental Educatuion*.Vol74, No.5.March 2010.pp:539-557.

HANSON, Stephens. Moral Acquaintances and Moral decisions. Resolving moral conflicts in medical ethics. *Philosophy and medicine*. Vol 103.University of Louisville, KY, USA. Springer. 2009.

HARE, R. *Essays in ethical theory*. Oxford, Clarendon Press, 1993.

HICKS LK, LIN Y, ROBERTSON DW, ROBINSON DL, WOODROW SI. Understanding the clinical dilemmas that shape medical students' ethical development: questionnaire survey and focus group study. *BMJ* 2001; 322(7288): 709-710.

HIRSCH, A. (julio - diciembre, 2011) Dilemas, tensiones y contradicciones en la conducta ética de los profesores. *Sinéctica*, 37. Recuperado de <http://www.sinectica.iteso.mx>.

HOLDEIN, Ricardo. La Ética y la Bioética en el pregrado. Ponencia introductoria: La Enseñanza de la Bioética en el pregrado. Reflexiones sobre un problema inconcluso. Rev haban cien méd (Revista en la Internet). Citado 2011 Feb 21). Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=180418871008>

HOTTOIS, Gilbert. Que es la Bioética. Rad. Esp. Chantal Aristizabal. Bogotá: VRIN-Universidad El Bosque, 2007.

HURLEY, Susan. Comentarios a "Virtudes no relativa: un enfoque aristotélico". En: NUSSBAUM, M Y SEN, A. La Calidad de Vida. México. FCE 1996. pp.358-359.

JONSEN, ALBERT. Casuistry as methodology in clinical ethics .Theor Med. 1991. Dec ;12(4):pp.295-307.

KHATAMI, Shiva, D.D.S., MacEntee, Michael. Evolution of Clinical Reasoning in Dental Education. Journal of dental education. Vol75, N, 3. March 2011.pp.321-328.

KOERBER A, BOTTO RW, PENDLETON DD, Albazzaz MB, DOSHI SJ, Rinaldo. VA. Enhancing Ethical behavior: views of students, administrators, and faculty. En: J Dent Educ. Vol. 69. No.2. pp. 213-31. 2005.

LAFaurie. Maria Mercedes. La Investigación cualitativa desde el socioconstruccionismo: un proceso de construcción de significado y sentido Ponencia VIII Congreso de Investigaciones Universidad El Bosque, Septiembre de 2003.

LEY 35 DE 1989 sobre ética del odontólogo colombiano en: Diario Oficial Año CXXV No. 38.733 jueves 9 de marzo de 1989.

LINARES. M, Pascual. FRAILE. L, Benito. Bioética y Universidad en América Latina. Propuesta de una estructura para la formación integral profesional. En; Revista Colombiana de Bioética. Vol. 7. No 2 Universidad El Bosque. Bogotá: Ed. Kimpres, Diciembre 2012.pp.131-132.

MALIANDI, Ricardo y THUER, Oscar. Teoría y praxis de los principios bioéticos. Buenos Aires; Ediciones de la UNLA, 2008. P. 31.

MALIANDI, Ricardo. Axiología y Fenomenología en: Enciclopedia Iberoamericana de Filosofía Concepciones de la ética. Edición de Victoria Camp, Osvaldo Guariglia, Fernando Salmerón. Editorial Totta. Madrid. 2004. p.81.

MALIANDI, Ricardo. Ética convergente fenomenología de la conflictividad, Buenos aires, 2010. Colección Pampa Aru.p24.

MCLEAN, T. AIRLEY.J,F GERZINA, TM ADRF. Undergraduate Summer Vacation. Research Grant Abstracts. Comparison of perceptions of dental clinical teaching by students and by teachers. Australian Dental Journal ADRF Special Research Supplement; 50:4. 2005.

Ministerio de Salud. Desafíos para los Recursos Humanos en el Sistema general de Seguridad Social en Salud Bogotá Octubre 2002.

MOFIDI, Mahyar D.M.D., M.P.H.; STRAUSS, Ronald. Dental Students' Reflections on their Community-Based Experiences: The Use of Critical Incidents Journal of Dental Education. V. 67, Number 5, pp. 515-523.May 2003

MORAL. S. Cristina: Criterios de Validez en la investigación Cualitativa Actual en: Revista de Investigación educativa, 2006, Vol24, No.1, p. 147-164 Ley 10 DE 1962 Por lo cual se dictan normas relativas al ejercicio de la odontología en Colombia en: DIARIO OFICIAL 30768 miércoles 11 de abril de 1962.

OFEDO-UDUAL. Plan de desarrollo 2010-2013. www.ofedo-udual.org.

OMS (1994) Quality research for health programmes, Division of mental health, OMS, Ginebra.

OMS.DeclaraciónAlmaAta,1978.http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/113877/E93944.df Organización mundial de la salud. Documentos básicos: <http://www.phmovement.org/cms/files/WHO-Constitution-ES.pdf>, www.ops.org.bo/atta/declaracion.pdf.

O'NEIL, Onora. Justicia, sexo y fronteras internaciones. En: Nussbaum, M y SEN, A. La Calidad de Vida.México.FCE 1996. Pp. 393- 417.

O'NEILL, Onora. Public Health or Clinical Ethics: Thinking beyond Borders. Ethics & International Affairs. 2002; 16(2).

OTERO, Mónica. URREA, Fanny, MONTAÑA, Jaime. "Reflexiones institucionales y académicas entorno a la reforma del programa para la clínica de semiología del V semestre", Universidad El Bosque, Revista Científica Facultad de Odontología, Universidad El Bosque (ECM).Bogotá.Colombia.2005.Volumen 11. No. 1.pp.71.

Plan de Desarrollo Ofedo-Udual 2008-2013 En: www.ofedo-udual.org.

OVALLE GOMEZ, Constanza. Aspectos Bioéticos de un Modelo de Atención Odontológica en Ensayos en Bioética una experiencia colombiana. Colección bios y Ethos Ediciones El Bosque. Universidad El Bosque. Bogotá: Kimpres,2000. p.171.

OVALLE GÓMEZ C. Categorización y análisis de la información. Práctica y significado del consentimiento informado en hospitales de Colombia y Chile. Estudio de casos. Bogotá: Ediciones El Bosque 2009.p.69.

OVALLE GOMEZ, Constanza. Pensar la pedagogía crítica para la educación en Bioética: asunto crucial en sociedades latinoamericanas contemporáneas. En: Propuestas y reflexiones para fundamentar en Bioética. Bogotá: Colección Bios y Ethos No 28. Universidad El Bosque.2011. pp.18-39.

PEREZ SERRANO, GLORIA. 1994. Investigación cualitativa retos e interrogantes. Madrid: Editorial La Muralla, S.A. 1994. Tomos I y II. Plan de Desarrollo Facultad odontología Universidad El Bosque; pp. 2012- 2016.

REIMER, J. De la discusión moral al gobierno democrático En: La Educación moral según Lawrence Kohlberg. Gedisa editorial. Barcelona. España. Ed. Gedisa. 1997. pp.21

RANGEL. G, MC. PARDO.S, MI. OTERO. C, M. Reorganización del Plan de estudios de la Facultad de Odontología. En: Revista Científica, Vol.8 No. 1 pp.93. Bogotá.

RANGEL. G, María Clara. Perspectiva bioética y modelo biopsicosocial en la relación odontólogo-paciente durante la formación del estudiante en la Universidad El Bosque

en: Revista Salud Bosque. Universidad El Bosque Julio- Diciembre de 2011. V. 1, No. 2.pp 87-98.cultad de Odontología. Universidad el Bosque.

REICH, W.T Enciclopedy of Bioethics, NY 1978 PXXXIX, Introduction.

RENTORFF, J. Basic ethical principles in European bioethics and biolaw: Autonomy, dignity, integrity and vulnerability- Towards a foundation of bioethics and biolaw. En: Medicine health Care and Philosophy, V. 5 No 3 pp. 235. Denmark, 2002.

RICKERT Y M.WEBER La axiología neokantiana y el conflicto de valores en GRACIA, Diego. El Método de la Bioética. Fundamentos de Bioética. Triacastela, Madrid, 2008. Pp: 467.

SANCHEZ ALFARO, Luis. "Formación humana y social en salud como promotora de la justicia en medio de un mundo globalizado". En: Revista Colombiana de Bioética. Vol. 5, No 2, Universidad El Bosque. Bogotá: Ed. Kimpres, Diciembre 2011, p.134.

SEN, Amartya. Capacidad y Bienestar. En Nussbaum, M y SEN, A. La Calidad de Vida. México. FCE 1996. P54.

SHARP, Helen. M, KUTHY RA, HELLER KE, Ethical dilemmas reported by fourth-year dental students. J En: Dent Educ. vol. 69. No10: pp: 1116-22, 2005.

SINGER, P. (Ed): Compendio de Ética, Madrid, Alianza Editorial, 1995.

STRAUSS, Ronald D.M.D., Ph.D.; MOFIDI Mahyar, D.M.D., Reflective Learning in Community-Based Dental Education. Journal of Dental Education. Volume 67, Number 11. Pp.1234-1242. November 2003.

ULIN, P. ROBINSON, E. "Qualitative Methods: a field guide for applied research in sexual and reproductive health". Family Health International, 2002.

UNIVERSIDAD EL BOSQUE. Misión y Proyecto Educativo Institucional. En: Documentos Institucionales de la Universidad El Bosque. pp. 21. Bogotá. Universidad EL Bosque. 1996.

UNIVERSIDAD EL BOSQUE. Misión Facultad de Odontología Universidad El Bosque en: Plan de Desarrollo 2012-2016. Renovación de Acreditación programa de odontología.

UNIVERSIDAD EL BOSQUE. Políticas y Gestión Curricular, Universidad El Bosque, Bogotá diciembre de 2011.

UNIVERSIDAD EL BOSQUE. Documento Renovación de Acreditación 2012 Facultad de Odontología de la Universidad El Bosque.

VELOSO, L.R.; PYRRHO, M.; MACH ADO, A.C.A.; GONÇALVES, E.R.; GARRAFA, V. Autonomía do paciente odontológico no Hospital Universitário. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 34, n. 86. 2010. pp, p. 531-541.

VILLEGAS. M, Elsa M. Tendencias de la formación bioética en los currículos universitarios. Universidad El Bosque. Revista Colombiana de Bioética. Vol 6. No.1. Junio de 2011. P. 112.

VIVIENNE R, ALISON. RIOGH. GREGORY,M. SEYMOUR, J. Undergraduate dental education in New Zealand: 2007-2009 final-year student feedback on clinical learning environments. New Zealand Dental Journal 107, No. 3: 85-90: September 2011.

WULFF Henrik R. Stig Andur Pedersen, Raben Rosenberg, Introducción a la filosofía de la medicina.Edit Tricastela cap 12.p.236.

YOUNGSON, L. E. MOLYNEUX, K. FOX, E. L. BOYLE and PRESTON, A. J. Undergraduate requirements in restorative dentistry in the UK and Ireland. ©British Dental Journal 2007; 203 (Suppl): 9-14.