

UNA MIRADA BIOÉTICA A LA FORMACIÓN DEL ODONTÓLOGO

MARÍA CLARA RANGEL GALVIS

Colección Bios y Oikos, 14



UNIVERSIDAD
EL BOSQUE

Departamento de Bioética

**UNA MIRADA BIOÉTICA
A LA FORMACIÓN
DEL ODONTÓLOGO**

Colección Bios y Oikos, 14

UNA MIRADA BIOÉTICA A LA FORMACIÓN DEL ODONTÓLOGO

MARÍA CLARA RANGEL GALVIS



UNIVERSIDAD
EL BOSQUE

Departamento de Bioética

174.2 R15m

RANGEL GALVIS, María Clara

Una mirada bioética a la formación del odontólogo / María Clara Rangel Galvis -- Bogotá : Universidad El Bosque, Departamento de Bioética, 2017. (Colección Bios y Oikos ; No. 14).

146 p.

ISBN 978-958-739-090-2 (Impreso) / ISBN 978-958-739-091-9 (Digital)

1. Odontólogo -- Aspectos Morales 2. Responsabilidad profesional 3. Odontólogos -- Solución de conflictos 4. Bioética -- Educación.

Fuente. SCDD 23ª ed. – Universidad El Bosque. Biblioteca Juan Roa Vásquez (Mayo de 2017).



UNIVERSIDAD
EL BOSQUE

Departamento de Bioética

Una mirada bioética a la formación del odontólogo

1ª edición, junio de 2017. *Colección Bios y Oikos*, volumen 16.

© Universidad El Bosque

© Editorial Universidad El Bosque

© María Clara Rangel Galvis

ISBN: 978-958-739-090-2 (Impreso)

ISBN: 978-958-739-091-9 (Digital)

Universidad El Bosque

Rector:

Rafael Sánchez París

Vicerrectora Académica:

María Clara Rangel Galvis

Vicerrector de Investigaciones:

Miguel Otero Cadena

Vicerrector Administrativo:

Francisco Falla Carrasco

Departamento de Bioética,

Universidad El Bosque

Carrera 7B Bis n° 132-11

Teléfonos: 648 9036, 648 9039

PBX: 648 9000, exts. 1532, 540, 1502

Bogotá, D. C., Colombia

Correos electrónicos:

publicacionesbioetica@unbosque.edu.co

bioetica@unbosque.edu.co

editorial@unbosque.edu.co

Director del Departamento de Bioética:

Jaime Escobar Triana, *M.D., Ph.D.*

Editorial Universidad El Bosque

Dirección: Av. Cra 9 n° 131A-02, Torre D, 4.º piso

Teléfono: +57 (1) 648 9000, ext. 1395

Correo electrónico: editorial@unbosque.edu.co

Sitio web: www.uelbosque.edu.co/editorial

Editor jefe: Gustavo Silva Carrero

Coordinadora editorial: Ana María Orjuela Acosta

Dirección gráfica y diseño: Alejandro Gallego

Corrección de estilo: Andrés Vélez Cuervo

Impresión:

LB IMPRESOS S.A.S.

Impreso en Colombia

Julio de 2017

Queda rigurosamente prohibida, sin la autorización escrita de los titulares del *copyright*, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares mediante alquiler o préstamo públicos.

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN	15
CAPÍTULO 1	
1. MARCO DE REFERENCIA	27
1.1. Marco político y normativo	27
1.2. Marco institucional	29
1.2.1. La Universidad El Bosque	29
1.3. Prácticas formativas en Odontología	30
1.4. Modelos formativos en Odontología.....	31
1.5. Tensiones en las prácticas formativas en programas de Odontología	32
1.6. Enfoque pedagógico en la Universidad El Bosque.....	41
1.6.1. La calidad de vida en salud y educación como una premisia bioética de formación en el Enfoque Bio- psicosocial y Cultural de la Universidad El Bosque	42
1.6.2. Fundamentación filosófica del enfoque bioético en el modelo biopsicosocial y cultural.....	48
1.7. Resolución de conflictos en bioética	56
1.8. Implementación del Enfoque Biopsicosocial y cultural Facultad de Odontología de la Universidad El Bosque	62
1.8.1. Prácticas formativas en la Facultad de Odontología de la Universidad El Bosque	64
CAPÍTULO 2	
2. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	71
2.1. Categorización y análisis de la información	71
2.1.1. Fase I	71

2.1.2. Fase II	72
2.1.3. Fase III.....	82

CAPÍTULO 3

3. DISCUSIÓN	99
3.1. Conflictos en la relación docente-estudiante	100
3.2. Conflictos que se identifican con las relaciones humanas y la convivencia.....	101
3.3. Conflictos en la relación estudiante-paciente (instrumentalización)	102
3.4. Conflictos relacionados con la vulnerabilidad del paciente atendido por estudiantes.....	103
3.5. Conflictos relacionados con la afectación de la autonomía del paciente.....	105
3.6. Conflicto causado por la “supervisión inadecuada al estudiante”	107
3.7. Conflictos entre las prácticas formativas y su desarticulación del sistema de seguridad social	108
3.8. Conciencia y responsabilidad formativa y asistencial.....	110
3.9. Conciencia de la responsabilidad educativa, asistencial y social	111
3.10. Responsabilidad con su salud y con los compromisos que le demanda el ser paciente de un centro docente-asistencial.....	112
3.11. Responsabilidad de las instituciones formadoras de profesionales en salud en Odontología	112
CONCLUSIONES	115
RECOMENDACIONES	123
BIBLIOGRAFÍA	135

Lista de tablas

Tabla 2.1. <i>Conflictos centrados en la atención a los pacientes por los estudiantes</i>	83
Tabla 2.2. <i>Conflictos centrados en la acción docente-asistencial</i>	86
Tabla 2.3. <i>Propuestas de mejoramiento de procesos académico-administrativos</i>	90
Tabla 2.4. <i>Propuestas para el mejoramiento de las relaciones humanas y la convivencia</i>	93
Tabla 2.5. <i>Propuestas de mejoramiento en el nivel de la gestión académico administrativa</i>	95

PRESENTACIÓN

Jaime Escobar Triana, *M. D., Ph. D.*¹

El ser humano no está aislado de los demás seres vivos, humanos y no humanos, y el proceso salud-enfermedad comprende no solo al individuo, sino también a su entorno familiar, social, psicológico y cultural. Así, la Bioética se integra al enfoque de formación de los futuros profesionales aportando bases que permiten aclarar, y, si es posible, solucionar problemas y dilemas que surgen a partir de la investigación tecnocientífica, y en especial de las biotecnologías en su aplicación a la práctica terapéutica de las Ciencias de la salud.

La investigación realizada por María Clara Rangel Galvis se fundamenta en una observación, desde la Bioética, en la formación de odontólogos bajo el enfoque biopsicosocial y cultural, de conformidad con el Proyecto Educativo Institucional de la Universidad El Bosque, modelo inicialmente estructurado para la formación de médicos en la Facultad de Medicina “Escuela Colombiana de Medicina”. Este modelo busca trascender el reduccionismo biológico y considerar como patrón de formación el enfoque asistencial propuesto por Engel en 1977. Este es, pues, un

1 Director del Departamento de Bioética de la Universidad El Bosque.

modelo en el que el profesional de la salud acepta 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 de la comunidad.

Maria Clara Rangel analiza el modelo de formación y atención que se lleva a cabo en las prácticas clínicas formativas en la Facultad de Odontología de la Universidad El Bosque, etapa crucial en la que se modela cómo será el comportamiento humano y profesional del futuro odontólogo. Así, Rangel analiza las tensiones que se generan entre el modelo de formación propuesto y el modelo docente asistencial establecido, lo cual conlleva a la estructuración de conflictos y dilemas de diverso orden generados en la relación docente-estudiante-paciente. A partir de los resultados, la doctora Rangel realiza una reflexión bioética en los ámbitos educativos, sociales y gubernamentales para la estructuración de nuevos lineamientos en la formación de odontólogos.

En el primer capítulo, Rangel presenta el marco de referencia político y normativo bajo el cual se rige la formación y el ejercicio de profesionales en Odontología. También, describe las dificultades que se han evidenciado desde la estructuración de la Ley 30 de 1992, en razón a que se ha dado un incremento desmesurado de programas en Odontología, se han limitado los espacios clínicos de formación y se han deteriorado las condiciones del ejercicio de los profesionales en salud. Asimismo, evidencia desde la literatura científica la fundamentación bioética en la formación en salud, presenta algunos modelos de formación propuestos y las tensiones que se suscitan en la relación docente-estudiante-paciente, especialmente durante la formación clínica, y para dar solución a estos, propone métodos de resolución de conflictos, en caso de requerirse.

En el segundo capítulo, la doctora Rangel despliega las fases en las que se desarrolló la investigación: la primera con la revisión de la apropiación del modelo biopsicosocial y de la Bioética en los programas académicos, en tanto que son dos áreas que se han estructurado de for-

ma transcurricular. La segunda con la realización de cuestionarios autodirigidos a docentes, estudiantes y pacientes con el fin de estudiar la apropiación del enfoque de formación biopsicosocial cultural y bioético, y las posibles tensiones o conflictos que llevan a desvirtuar el modelo. En la tercera fase, analiza los hallazgos encontrados en la segunda fase y explora la posible existencia de conflictos que conlleven a la conformación de dilemas en las prácticas formativas docente-asistencial a través de la estructuración de seis grupos focales. Por último, presenta los resultados de las tres fases y presenta algunas narraciones producto de los grupos focales. En el tercer capítulo se desarrolla la discusión de los resultados con base en la revisión de la literatura previamente presentada, y en las conclusiones, propone entablar un debate bioético desde tres dimensiones que permitan estructurar nuevos lineamientos en la formación de odontólogos.

Así, la investigación de la doctora María Clara Rangel permite un acercamiento al enfoque biopsicosocial desde su aplicación en la formación, las prácticas docentes asistenciales y el papel armonizador de la Bioética no solo como lineamiento para el enfoque biopsicosocial, sino en la formación de ciudadanía.

Bogotá, noviembre de 2016

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 El Bosque 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 cultura. (Universidad El Bosque, 1996, p. 21)

En consecuencia, el programa de odontología de la Universidad El Bosque fundamenta la formación de los futuros odontólogos con el:

Enfoque biopsicosocial y cultural² 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 pacientes. (Universidad El Bosque, s.f.)

La formación de odontólogos de acuerdo con los estándares de calidad se lleva a cabo en tres etapas: una de fundamentación teórico-práctica en las áreas de ciencias básicas biomédicas, ciencias psicosociales y humanísticas; en una segunda etapa, una formación en fundamentos básicos de la disciplina con práctica de laboratorio en preclínicas, con simuladores para el aprendizaje de los procedimientos que luego realizarán en la práctica clínica con pacientes y prácticas de promoción y prevención en comunidades escolares; en una tercera etapa, durante los últimos cuatro semestres, se realizan las prácticas clínicas formativas en las que el modelo de formación imperante ha sido por tradición 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” (Engel, 1977, p.128) , concepto que para Engel (1977) se considera como un paradigma reduccionista que contempla un dualismo mente-cuerpo y aísla los procesos mentales de los somáticos.

Existen diversos modelos de formación clínica que van de menor a mayor complejidad, desde unas clínicas del paciente sano en los primeros

2 Para una aproximación al asunto del enfoque biopsicosocial y cultural, véase Engel (1977, 1978) y Escobar Triana (1991).

semestres, a clínicas para tratamiento de pacientes de mediana complejidad. En algunos programas están divididas por especialidades o disciplinas, mientras que otros las constituyen como clínicas de atención integral del paciente, en las que existe un tutor para un grupo de diez a quince estudiantes el cual se encarga de supervisar y guiar a dichos estudiantes durante la atención de los pacientes y es apoyado por especialistas, de acuerdo con el caso en particular a tratar.

Se evidencia en la literatura la presencia de dificultades en el modelo de enseñanza-aprendizaje en la formación clínica, en razón de que persiste un modelo asistencialista, paternalista y frecuentemente autoritario por parte del docente, que puede afectar la relación con estudiantes y pacientes, generando tensiones que suscitan conflictos en los que se configuran dilemas de diverso índole, o aspectos relacionados con la vulnerabilidad de pacientes. Según Gonçalves y Machado (2005), esto ocurre ante la necesidad imperiosa de recurrir a estas clínicas por las siguientes razones: falta de cobertura de los servicios de salud, carencia de recursos para asistir a una consulta privada, o la pérdida de la autonomía del paciente para la toma de decisiones en los tratamientos que va a recibir, y la violación al derecho de ser informado y de consentir el tratamiento (Veloso, Pyrrho, Machado, Gonçalves y Garrafa, 2010).

Estos conflictos reportados en la literatura se han presentado con frecuencia en durante la formación clínica en la Facultad de Odontología de la Universidad El Bosque, aspecto que ha sido motivo de discusión en los consejos de facultad, y los comités de clínica, currículo y de calidad, lo que genera fuertes cuestionamientos al modelo de formación actual.

En síntesis, se configura un problema que radica en las tensiones que se presentan en la Facultad de Odontología entre el enfoque de formación del modelo biopsicosocial, el cual 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 cuyas necesidades de salud debe darse solución desde una visión inte-

gral multisistémica (Weiss y Bertalanffy, 2003) 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 salud (Breslow, 1972). Situación esta que exige un diagnóstico más profundo de las circunstancias y motivos que ocasionan los conflictos que son evaluables desde la bioética.

En la literatura existen publicadas algunas experiencias de formación en las que se relatan dilemas que invitan a la reflexión, pero 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 la salud y calidad de vida, para incrementar las posibilidades de éxito en el tratamiento que se instaure³.

Para el desarrollo de esta tesis doctoral se planteó la siguiente 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 bajo el modelo biopsicosocial y la práctica asistencial en las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad El Bosque?

Las tensiones y conflictos suscitados en la relación docente estudiante 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.

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

3 Para ilustrar este punto, véanse Rangel (2011), Hendricson y Andrieu (2006) y McLean, Airley (2005).

paciente estudiante, conduciendo a que se vea afectada la calidad de vida⁴ y bienestar⁵ (Griffin, 1988) del paciente, dando como resultado un ambiente ético disfuncional y estresante, para el cual no existe aún una propuesta desde la bioética que ayude a superar el problema planteado⁶.

Se Planteó como 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 biopsicosocial y cultural propuesto institucionalmente y la práctica docente-asistencial en las clínicas odontológicas de la Universidad El Bosque.

Como objetivos específicos se plantean los siguientes:

- 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

4 Amartya Sen define la 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” (Nussbaum, M y Sen, A, 1996).

5 Téngase en cuenta que el bienestar para Sen es sinónimo de “felicidad” y “deseo de realizarse”.

6 Véanse para este asunto Elbadrawy y Korayem (2007) y Divaris, Barlow y Chendea (2008).

suscitan en la relación docente-estudiante-paciente al interior de las prácticas formativas en odontología.

- 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:
 - » 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.
 - » Analizar las percepciones de estudiantes, docentes y pacientes, expuestas a través de un cuestionario autodilucidado de preguntas abiertas, acerca del modelo de formación y sus componentes éticos y bioéticos.
 - » 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.
 - » 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:

En la 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 catorce 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). Se tuvieron en cuenta los objetivos y competencias determinados para cada nivel o ciclo de competencias del currículo de odontología. En cada programa se analizaron el objetivo general, los objetivos específicos, la inserción del modelo biopsicosocial y la evidencia de integración entre programas.

En la segunda fase se realizó un cuestionario auto direccionado de pregunta abierta a sesenta y ocho estudiantes, veintiún profesores y cuarenta pacientes que asisten a las clínicas odontológicas de la Facultad de Odontología de la Universidad El Bosque. El cuestionario fue evaluado previamente por pares académicos quienes examinaron la claridad de la redacción, la pertinencia y la conceptualización. Luego fue validado por cuatro expertos en el área de investigación cualitativa quienes realizaron observaciones, a partir de las cuales se hicieron modificaciones recomendadas.

Posteriormente se realizó un taller con estudiantes y 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 con el fin de evidenciar si el modelo institucional (modelo biopsicosocial) permea a los actores en la formación académica, la práctica clínica y la calidad de vida como seres humanos. A su vez, se buscaba identificar qué conflictos y tensiones emergentes de la interacción durante la práctica entre el estudiante, el docente encargado y el paciente.

Como técnica de muestreo se utilizó el método de selección con un propósito (Ulin y Robinson, 2002). Acto seguido, se procedió a realizar el análisis de esta información mediante la creación de matrices que permitieron ordenar y clasificar los datos.

En la tercera fase 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:

Dos grupos focales cada uno de cinco estudiantes (diez estudiantes en total) de sexto, séptimo, octavo y décimo semestre que cursaban prácticas clínicas.

Dos grupos focales de pacientes. Uno conformado por seis y otro por cuatro participantes (para un total de diez pacientes) que llevaban en calidad de pacientes más de seis meses en la facultad y estaban siendo atendidos en clínicas de sexto, séptimo, octavo y décimo semestre.

Dos grupos focales con cinco profesores cada grupo (para un total de diez profesores) de clínicas de sexto, séptimo, octavo y décimo semestre, 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. La reunión de los grupos se realizó en dos sesiones para poder completar los diez participantes requeridos. Se utilizaron medios audiovisuales como videgrabadora y grabadora para registrar las respuestas de los participantes. Una vez obtenida la copia en DVD de cada reunión de se procedió a asignarle un número a cada uno de los participantes (ejemplo: P1, P2, P3, 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 ar-

chivo de Word para poder realizar el análisis cualitativo, con fundamento en categorías emergentes establecidas por acuerdo entre investigadores.

Para el análisis de los resultados arrojados en los grupos focales se construyeron diecisiete 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). En el grupo de pacientes surgieron algunos códigos particulares para la categoría de conflictos y siete códigos en la categoría propuestas.

Como Unidades de estudio se evaluaron catorce programas académicos con el fin de evidenciar la apropiación del modelo de formación bajo el enfoque biopsicosocial. Por su parte, la selección de los sesenta y ocho estudiantes, veintiún docentes y cuarenta pacientes para su participación en el diligenciamiento del cuestionario se realizó atendiendo a cada grupo de interés y con un propósito.

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.

Como criterios de selección se tomaron al azar para cada nivel de formación:

- Los programas académicos de las asignaturas de bioclínica, comunitaria, psicosocial, bioética y humanidades.
- 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.
- 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.

- La información de los cuestionarios auto direccionados 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.

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

- Compromiso de confidencialidad o consentimiento informado.
- Aprobación por parte de los comités de bioética de la facultad y de la división de Investigaciones de la universidad.
- Aprobación por parte de los comités de bioética de la facultad y de la división de Investigaciones de la universidad.
- Propiciar un clima de confianza en la comunidad académica y los participantes del estudio.
- Se explicita el derecho de los participantes para retirarse de la investigación si lo estiman pertinente.
- Se solicita autorización a los entrevistados para grabar y utilizar la información suministrada con fines de emitir informe.

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 sexto, séptimo, octavo y décimo 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 y el momento de su graduación, debido a la dificultad que ha existido en su integración a la realidad imperante en la que 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 le genera presiones de tiempo y logros.

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 llevan, en algunos casos, a dilemas éticos en el proceso de formación en el que, de un lado, se imparte una formación humanista enmarcada en el modelo biopsicosocial y cultural, y de otro, se exige el cumplimiento de procesos académicos que termina 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.

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 a la bioética como eje integrador de reflexión para la toma de decisiones.

1. MARCO DE REFERENCIA

1.1. Marco político y normativo

El marco político y normativo que se desarrolla a continuación hace referencia a algunos aspectos relevantes ocurridos en la década de los noventa, que obligaron a cambiar la orientación de la formación universitaria en salud y el ejercicio de la profesión, en razón de que en esta década son promulgadas dos leyes: la Ley 30 de 1992, por la cual se legisla la autonomía de la educación superior; y la Ley 100 de 1993 (Constitución Política de Colombia, 1991, p. 143), por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social en Colombia.

Estas dos leyes generaron la descentralización y la ampliación de la oferta de servicios de salud, y motivaron un incremento en la oferta de programas de educación superior, justificados en la ampliación de la cobertura en salud y educación. Es así como los programas de odontología en Colombia pasaron de doce a treinta y cuatro en diecinueve instituciones (cinco de carácter público y trece privadas); esto teniendo en cuenta que algunas de estas instituciones cuentan con extensiones del programa en otras ciudades diferentes a la sede principal.

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 definieron las características específicas de calidad para los programas de pregrado en ciencias de la salud.

Dichas competencias deben responder al perfil requerido para trabajar en el mercado laboral, perfil difícil de lograr, por falta de espacios de consolidación de su práctica clínica en el sistema de seguridad social, además de las limitaciones del sistema que cada vez reduce el ejercicio del odontólogo general, cuya actividad profesional se ha limitado hacia la de un “diagnosticador” y gestor de procesos de facturación.

La academia en diversos espacios ha manifestado su preocupación e interés en colaborar con 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 el Ministerio de Educación y Protección Social. La realidad es muy distinta, puesto que no se dan las condiciones y los espacios para su implementación, debido a la fundamentación de la normatividad, a partir de la cual se crean restricciones que solo 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.

1.2. Marco institucional

1.2.1. La Universidad El Bosque

La Universidad El Bosque es una institución de educación superior privada, de utilidad común, sin ánimo de lucro, que nació con el nombre de Escuela Colombiana de Medicina en el año 1977. Desde su nacimiento como Escuela Colombiana de Medicina, la universidad ha asumido su compromiso con el desarrollo de nuestro país. Se convirtió en Universidad El Bosque, en 1997. 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 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. (Universidad El Bosque, 1996, p. 21)

El enfoque de formación que ofrece la Facultad de Odontología de la Universidad El Bosque se estructura de acuerdo con el Proyecto Educativo Institucional (PEI), es decir, parte del modelo biopsicosocial y cultural como eje integrador del plan de estudios de la facultad. Como ejes fundamentales del PEI 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 con la Asociación

Colombiana de Facultades de Odontología (ACFO) e internacional con La Organización de Facultades Escuelas y Departamento de Odontología de la Unión de Universidades de América Latina y El Caribe (Ofedo-Udual), dichos estándares son adaptados a los contextos y a las necesidades de salud oral de la población colombiana.

1.3. Prácticas formativas en Odontología

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, de tal forma que se cuenta igualmente con usuarios de 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 y asistenciales, cumpliendo las normas de bioseguridad, con fundamento en un ejercicio de trabajo en equipo e interacción con los actores allí presentes. En este espacio el estudiante 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 tecno-científicos biológicos, por lo cual dimensiona la atención teniendo en cuenta también 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 este 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, pueda prestarle atención en salud oral acorde a sus necesidades y expectativas, y logre que aprenda a mantener su salud a partir de su autocuidado apoyado por el seguimiento periódico de la salud alcanzada (Universidad El Bosque, 2012).

1.4. 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 aprendizaje hasta aquel centrado en el paciente.

El modelo tradicional (modelo paternalista) se caracteriza porque 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.

El modelo informativo, por su parte, es con frecuencia dirigido por especialistas; en este contexto, el paciente suplente las necesidades educativas de cada especialidad y las estrategias de tratamiento resultan siendo de inadecuada coordinación (Beauchamp, y Childress. p. 522).

Prevalece en los currículos odontológicos el conocimiento del experto docente sobre el concepto del estudiante inmaduro y el “paciente ignorante” (Engel, 1977), quien 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 prioriza el cuidado de este, 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 priorizar la enseñanza centrada 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 las perspectivas científica y educativa hacia una formación integral con un enfoque holístico⁷. Entendiendo lo holístico como la consideración de la interdependencia de todo el organismo, el cuerpo, la mente y su interconexión con el entorno natural y social (Escobar Triana, 2000, p. 59).

1.5. 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.

Se evidencia en la literatura poca investigación formal acerca de los dilemas éticos que pueden presentarse en este modelo de formación docente-asistencial. Uno de estos artículos es el de Gonçalves y Machado

7 Véanse Escobar Triana (1991, p. 9 y 1997, p. 163) y Otero, Urrea y Montaña (2005, p.71).

(2005), quienes 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 hace visible la manipulación al paciente como un medio para obtener un fin académico.

Los resultados obtenidos por estos autores reportan 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 dichos tratamientos. Los autores recomiendan en su estudio repensar la humanización de estas prácticas formativas y 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.

Otro artículo que ahonda en este asunto es el de Koerber, Botto, Pedleton, Albazzaz, Doshi y Rinaldo (2005) quienes realizaron un estudio en tres facultades de odontología de la Asociación de Educación Dental Americana y evaluaron las opiniones de 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 y plagio o copia en exámenes para recibir una nota aprobatoria. A su vez se ven conducidos a presentar inflexibilidad o rigidez en el cumplimiento de requisitos, crear agendas de tratamiento irreales y en ocasiones anotar 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 pro-

fesionales de la salud, el desinterés por cumplir en menor tiempo con el tratamiento del paciente y el desconocimiento en la práctica clínica de los intereses del paciente y de su autonomía. Esta investigación 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, de tal forma que recomienda que la institución promueva la formación de los profesores y el personal administrativo en todos los niveles de formación. De tal manera que 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.

Sharp, Kuthy y Heller (2005) 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; los autores proponen hacer un llamado a las instituciones para que promuevan la enseñanza de la bioética en la formación de odontólogos.

Siendo así las cosas, 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 trabajó en sus investigaciones en el estudio de la educación moral y estableció la noción de “democracia educacional”, la cual 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 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. (Reimer, 1997, p. 21)

Este autor estudia el desarrollo de la conciencia moral, la cual debe razonar y analizar sobre juicios morales que se formulan ante dilemas también morales que puedan presentarse; considera que el desarrollo en términos de moral de una persona pasa por tres niveles: el nivel preconventional, basado en el respeto a normas por temor a las consecuencias de sus actos; el nivel convencional, en el que las personas se identifican con el grupo o la sociedad en la que viven siguiendo normas de conducta, y el nivel pos-

convencional, en el que se toma conciencia, se aceptan y se comprenden los principios éticos universales y los morales generales.

Diego Gracia (1998, pp. 176-177) 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 asumidas durante la apropiación de conocimientos y habilidades para la formación, llevando a adquirir un alto nivel de introspección 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 con respecto 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.

Harold Eriksen (2008, pp. 171-172) recomienda centrar el cuidado del paciente en sus necesidades y expectativas, considerándose esta 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, pero existe también gran diversidad de estrategias para el desarrollo de habilidades: prácticas entre compañeros, interacción con pacientes y literatura relacionada con el adecuado comportamiento del docente.

Fugill (2005), por su parte, 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 ense-

ñanza 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: ser un ejemplo a seguir; tener una personalidad adecuada y 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, Heissberger y Leknius (2004) estudiaron la percepción de los estudiantes y los docentes sobre los aspectos que caracterizan a un excelente profesor y concluyeron que la gran mayoría de los estudiantes consideran que es aquel que les da soporte tanto académico como personal. Por su parte, los docentes se encuentran divididos en su criterio al respecto, al haber unos que consideran más importante su experticia y otros el soporte.

McLaren y Leathard (2007), a su vez, 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 (2002, p. 523) y dirime entre los posibles dilemas que pueden surgir para luego tomar una decisión.

Divaris, Barlow y Chendea (2008, p. 125) 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 y profesores, y el peligro del sistema de requisitos inflexibles; aspecto todos estos que en ocasiones llevan 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 estudiantes y profesores deben asumir con respecto a 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. Recomiendan 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.

Hirsch (2011) 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.

Sánchez Alfaro (2011, p. 134) 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 forma interdisciplinaria y holística, desde una reflexión pluralista biocéntrica, poshumanista 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 recordar una sola vez 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 miembro de la comunidad a participar de manera individual y colectiva en la transformación del entorno en que se vive. Sus directrices, sus ejecuciones y 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.

La manera como se fragua un modelo de comportamiento es haciendo 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 sus 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. Aquí 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 con respecto de 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 estar 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 relacionen 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 y la bioética y formación biopsicosocial.

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 contiene los parámetros que orientan y regulan el actuar humano, además de proporcionar las pautas generales que permitan alcanzar las metas y objetivos.

Mientras que el paradigma reduccionista contempla un dualismo mente cuerpo, 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 medibles (Engel, 1977). 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 textos que más se acercan son los de Bertolami (2004, p. 423), Koerber et al. (2005, p. 224) y Sharp, Kuthy y Heller (2005), en Norteamérica y los de Gonçalves y Machado (2005, p. 204) en Brasil.

1.6. 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 generaciones. En el proceso de autoevaluación y de reflexión desarrollado por la Universidad El Bosque, 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.
- Transformar 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) lo define como un aprendizaje durable, que genere un cambio positivo en la vida de los estudiantes; este 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 de la enseñanza de la bioética, teniendo como eje conductor el enfoque de formación bajo el modelo biopsicosocial y cultural.

Este nuevo paradigma de enseñanza-aprendizaje debe llegar al éxito estudiantil a partir de la estructuración de procesos en los que se dé 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 como personas y como futuros profesionales, de tal modo que les permita construir procesos de autoayuda y autoaprendizaje bajo la tutoría y seguimiento de los responsables asignados.

1.6.1. 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” (Universidad El Bosque, 2011).

La World Health Organization Quality Life y la Organización Mundial de la Salud 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” (Organización Mundial de la Salud, 1994).

Este concepto es ampliamente discutido por diferentes autores y compilado por Nussbaum y Sen en 1996. 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 estas, 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.

Brock 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 este para mantener su salud, aspecto que repercute directamente sobre su bienestar y la calidad de vida o “buena vida” (Brock, 1996, p. 136)⁸ a futuro. Aspectos que en ocasiones se consideran subjetivos y cuya importancia no se contempla 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”⁹ (Brock, 1996, p. 144), “en la que el paciente pueda diseñar su plan vivencial para una buena vida” (Brock, 1996, p. 161).

8 Brock utiliza el término “buena vida” para describir la calidad de vida de las personas desde una visión más amplia.

9 Definición propuesta en la Comisión para el Estudio de Problemas Éticos en Medicina e Investigación Biomédica y del Comportamiento en 1982.

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.

Griffin (1996) 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.

O’neil (1996) 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.

Camps (2001, pp. 238-239) asume una posición reflexiva desde la bioética para plantear el concepto de vivir una vida de calidad de manera digna, desde la autorregulación, contando con unos mínimos de justicia, no sustentables desde el principalismo ni el utilitarismo, puesto que podrán ser soportados como criterios de justicia más no hacia una vida de calidad.

Hottois (2007, p. 522) igualmente hace una crítica al principalismo de Beauchamp y Childress (2002), invocando su carácter reduccionista y tecnocientificista que poco ayuda a la toma de decisiones en situaciones complejas que lleven implícito un imperativo moral. Promueve recurrir

a los principios propuestos por la comisión europea de bioética y biode-recho (Redtorff y Kemp, 2002, p. 235), 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, y expresan la convicción de ver al hombre como fin en sí mismo. Se plantean, pues, como referentes que guían la toma de decisiones en conflictos bioéticos que vulneren la dignidad humana y afecten su bienestar.

Escobar Triana (2000, p. 71), fundamenta su conceptualización de calidad de vida en la comprensión sistémica de la salud y de la vida y asume la noción de Capra (2003, p. 137), en la cual 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 Díaz (2000, p. 109) 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 replantearse los límites de la tecnociencia y lo que esta conlleva, así como a repensar el concepto de la calidad de vida.

Esto ha generado un cambio conceptual que lleva 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 Cohen (1996, p. 29)¹⁰, podemos hablar de la capacidad que tiene el hombre para

10 Cohen interpreta el bienestar desde dos puntos de vista: el hedonista, como un estado deseable, y el bienestar, como satisfacción de preferencias.

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.

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 y 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 autoeducación permanente a lo largo de la vida.

Giroux (2003) 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, mas no propone la toma de decisiones para dichos espacios.

Ovalle Gómez (2011) 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 diálogo intercultural, a partir de la pedagogía crítica propuesta por Giroux, que le permita a las personas desarrollar una conciencia plural que conduzca a tomar conciencia y se apropie de las realidades que se viven en la sociedad, de manera que 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 parte de una sociedad responsable, agente de cambio que promueva la conservación de su salud y del ecosistema, al generar buenos hábitos de alimentación, convivencia y 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 holística (Escobar Triana, 1991, p. 17), que comprende una formación humana y una interacción social de los futuros profesionales.

1.6.2. Fundamentación filosófica del enfoque bioético en el modelo biopsicosocial y cultural

Aunque el término “bioética” comienza su vertiginosa carrera a partir de 1970 a propósito del artículo titulado “Bioethics the science of survival” publicado por el oncólogo norteamericano Van Rensselaer Potter, 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, la historia de sus asambleas anuales registra complejas discusiones, hasta la llegada de la 18ª asamblea de Dublin, tras la cual se generó el Acta de Helsinki, por la cual 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, 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 Inter-

nacionales de las Ciencias Médicas, en colaboración 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 la de los estudios epidemiológicos y otros, precedidos por la enunciación de tres principios éticos que son: el respeto a las personas, la búsqueda del bien y la justicia, principios estos acuñados por el Belmont Report de la National Commissions for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, en 1979 en los Estados Unidos y que dieron lugar al principialismo en Bioética. Al respecto dice Hottois que el principialismo “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” (2007, p. 46). De este enunciado surge la formulación clásica de los cuatro principios fundamentales de la bioética: 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) en *Principles of Biomedical Ethics* (Hottois, 2007, p. 47).

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” (Reich, 1978, p. XXXIX).

La Bioética ha adquirido con los años una dimensión multidisciplinaria que permite la reflexión y la deliberación plural e interdisciplinaria, al abordar situaciones polémicas en las que 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 y que afectan la sostenibilidad del ecosistema (Escobar Triana, Aristizábal y Tobler, 2011).

Para Escobar Triana, Aristizábal y Tobler (2011, p. 88), 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 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 sociopolíticos y culturales propios de cada país y continente, en relación a las particularidades de estos, los cuales deben ser analizados desde una bioética social para la construcción de una propuesta epistemológica de bioética de intervención, como la plantean Garrafa y Porto (2003), 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 Zubiría (2011) 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 diálogo intercultural.

Hace mención a la “sociología de las emergencias”, término que para De Sousa Santos (2009, p. 368) 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 cognitivo. Mientras que, Onora O’Neil (2002) 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.

Como puede observarse, 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 se evidencia en la fundamentación histórica y filosófica de la medicina y la bioética, son bases fundamentales de la contextualización de la práctica de las ciencias de la salud y del enfoque del modelo biopsico-social propuesto para la Universidad El Bosque. De acuerdo con Escobar Triana (1991), estas 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. (p. 11)

Significa entonces que desde de 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:

En el mismo sentido, Haldane (1995, p. 200) 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 consideraban que existe una 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 (2002, p. 236) 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. Por su parte, Cullen (Wulff, et al., 2002, p. 62), desde 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 Locke (Wulff, et al., 2002, p. 65) 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 siglos XIX y XX, 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, que de alguna manera consideraba los componentes del cuerpo humano como aparatos independientes que deben ser reparados cuando se ha producido un daño.

Es evidente entonces cómo 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 iniciaba con Sir Francis Bacon cuando proponía la reorganización del método del estudio científico, método que ha resistido buena cantidad de definiciones, y que podría resumirse como un cúmulo de pasos preestablecidos en una disciplina para lograr conocimientos válidos mediante elementos, herramientas y documentos confiables. Citando a Escobar Triana (1997): “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 (Ezequiel y Linida, 1999, p. 109) 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 atrofas, 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 una enfermedad. Entonces, la educación médico-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 de la hermenéutica y permite considerar los valores, la moral y lo correspondiente a las ciencias naturales.

Adicionalmente, Escobar Triana (2000, p. 60) propone comprender los fenómenos de salud-enfermedad a partir del pensamiento sistémico y de una visión integral de la vida. Explica cómo 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.

Se suman los aportes provenientes de una crítica social de autores tales como Habermas (Holdein, 2011), quien plantea poner en marcha una crítica social basada en la crítica de la cultura y el análisis de los problemas de la sociedad, una teoría social crítica, que permita la reflexión entre los sistemas y el mundo vivido. Esta debe tenerse en cuenta como pedagogía crítica relevante para la educación y generar una corriente que motive al diálogo plural con conciencia social para la apropiación de las problemáticas y construcción de propuestas que promuevan el bienestar común.

Por su parte, Wulff et al. (2002, p. 225) 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 solo como un medio” (Wulff, 2002, p. 235) 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. Podemos entonces asumir el concepto de hombre de Zoren Kierkegaard y Emmanuel Kant, quienes lo consideran como un ser capaz de autorreflexionar, 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, valores a promover durante la formación de los futuros profesionales en la salud (Wulff, 2002, p. 240).

Para Linares y Fraile (2012) la bioética frente a la concepción de la vida es una propuesta compleja que debe suscitarse en la interacción de la multidisciplinariedad, para la intervención y replanteamiento de situaciones que afecten a la humanidad, a los seres vivos y al ecosistema. De tal forma que recomiendan durante la formación de los profesionales promover el análisis, la reflexión y el planteamiento de soluciones desde la bioética que propendan por la protección y conservación de la vida. En este orden de ideas, invitan 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 humanos.

Por último, se hace referencia a Capra (2003, p. 17) en virtud de que en su obra 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. A la vez, convoca 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.

1.7. Resolución de conflictos en bioética

En el ámbito de la resolución de conflictos existe una variedad de autores que plantean diversas teorías a partir de las cuales se proponen métodos para la resolución de conflictos. Hanson (2009, p. 1) describe cómo en una sociedad pluralista pueden darse debates entre las personas racionales que entran en desacuerdo acerca de la solución apropiada a diversos problemas morales, como lo es el caso en el que las personas no llegan a una conclusión moral similar o a un acuerdo y confluyen en un conflicto moral que debe ser resuelto mediante una justificación moralmente válida para todos los implicados. Es así como la resolución de conflictos en el contexto de los desacuerdos morales racionales puede ser vista desde diversas teorías de ética médica como:

La teoría secular de Tristram Engerbaldt

Esta teoría, también conocida como “teoría de libre contenido” (Hanson, 2009, p. 15) o procedimental a partir de los principios del permiso y la beneficencia. Para este autor existe una moral concreta que puede ser explicada desde la reflexión racional del ser, y contrapone 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. Y es por esto que 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 principlialismo de Beauchamp y Childress

Beauchamp y Childress 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 morales (Beauchamp, Childress, 2009).

El paradigma casuístico

Propone la práctica del razonamiento basado en casos por analogías de otros similares. Es considerada como un medio útil para direccionar conflictos morales en casos biomédicos. Esta estrategia puede tener limita-

ciones que afectan su efectividad en una sociedad pluralista, en razón a que puede no ser suficiente la resolución basada en analogías, debido a que depende 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. Es por esta razón que el potencial para el desafío o el desacuerdo con comparaciones analógicas es más problemático entre más complejo es el caso.

Jonsen (1991) 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 ajustan de manera general a las características de su trabajo: 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 solo 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. La cinética describe la forma en que un caso imparte una clase de movimiento moral a otros, es decir, diferentes circunstancias sin precedentes a veces pueden pasar ciertos casos marginales o excepcionales al nivel de casos de paradigma.

Como puede observarse, la casuística se considera 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 incompatibles, 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 evidenciar la similitud de las dos teorías y se potencie su complementariedad y convergencia en la resolución de conflictos para la toma de decisiones de casos complejos.

Es por estas razones que 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 irreplicable (Maliandi, 2004, p. 81).

Sin embargo, Boladeras Cucurella (2000, p. 39) considera desde una perspectiva de lo universal la necesidad de aceptar reglas generales que deben incluirse en la reflexión ética que suscita la tensión y los conflictos entre el sujeto y los individuos. Además, 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.

La Teoría de la ética convergente de Maliandi

Maliandi (2010, p. 24) y Thuer (Maliandi y Thuer, 2008, p. 31) entienden la ética como una disciplina filosófica que pretende dilucidar problemas morales o conflictos. Proponen así 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.

A su vez, Maliandi define la ética como la reflexión sistemática de costumbres, creencias, valores y normas que rigen las decisiones y acciones que moralmente pueden ser calificadas. Para tal fin, 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, de tal manera que el 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.

Por su parte, para Hurley existe la posibilidad de dirimir conflictos desde la autodeterminación y la razón, gracias a la capacidad que tienen las personas para desarrollar actitudes de orden superior, que les permiten valorar entre diversas situaciones, a partir de la autointerpretación y toma de una decisión que parte del deseo de mayor rango. Esto si no se es escéptico con respecto a las capacidades propias, ya que se puede caer en el autoderrotismo, aspecto característico del pragmatismo del más fuerte.

Con la finalidad de dar aplicabilidad a las teorías de la resolución de conflictos durante la formación de profesionales, Bridgman, Collier, Cunningham, Doyal, Gibbons y King (1999), realizaron una propuesta transcurricular de enseñanza de ética y derecho en los programas de odontología del Reino Unido, su propósito fue el de estructurar un pensamiento crítico a partir de temáticas de carácter ético en el cuidado de la salud, que les permitiera reflexionar acerca de sus actitudes y creencias para que pudieran, a partir de debates, llegar a consensos o a deliberar ante conflictos o dilemas sobre los cuales poder ser la mejor alternativa argumentada y contra argumentada, para tomar la mejor decisión.

Según Villegas Múnera (2011, p. 112) el profesor puede verse enfrentado ante un conflicto entre ser bueno 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-alumno.

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, en la que 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 (1994), 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” (p. 242), es así como para Capra se convierte:

[...] la 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. (p. 242)

Aproximarnos a este tipo de problemáticas de la vida en un marco holístico de la relación hombre-sociedad-naturaleza, y desde él aproximarnos a retadoras propuestas de generación de conocimiento desde las humanidades, la filosofía de las ciencias y la historia de la medicina es el destino trazado desde el abordaje del modelo biopsicosocial y cultural que orienta la Universidad El Bosque, comprendido pródigamente en el enfoque de la reflexión bioética.

1.8. Implementación del Enfoque Biopsicosocial y cultural 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 1977. 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.

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 del ser humano en su integralidad.

Por tal razón se establece 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.

La organización del plan de estudios parte de los niveles en los cuales se estructura la atención en salud, en interacción con el modelo

biopsicosocial y cultural. 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.

En el segundo nivel, el estudiante debe diferenciar la población enferma, identificando las características que la diferencian de la población sana, e identificar desde el modelo holístico los factores de riesgo biopsicosociales y culturales que afectan a la persona, familia, comunidad y sociedad.

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 o remitir para tratamientos más complejos. Buscando preservar la salud en toda su dimensión.

Para finalizar, en el 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.

1.8.1. Prácticas formativas en la Facultad de Odontología de la Universidad El Bosque

El modelo de atención en las prácticas formativas de la facultad, 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 (1977) y reiterado por Escobar Triana (1991, p. 15); Ovalle Gómez (2000, p. 171); Rangel, Pardo y Otero (2002, p. 93); Frankell, Kill y McDaniel (2003); Borell-Carrió, Suchman y Ebstein (2004) y Adler (2009), quienes coinciden en corroborar la necesidad de superar un modelo biomédico, mecanicista y cientificista imperante en el medio, para trascender a un enfoque que integre los aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales, centrado en el paciente, su entorno familiar y social, así como construido a partir de una visión holística y multicausal 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, p. 58), el concepto holístico considera la interdependencia del cuerpo y la mente en su entorno natural y social, hace alusión a Capra (1994, p. 58) al referirse a la teoría general de los sistemas, como lenguaje común, y asumir un modelo holístico de atención en salud a partir de una visión sistémica del estado de salud, estado de homeostasis o equilibrio dinámico.

Una visión de la salud desde las ciencias de la complejidad es considerada por Maldonado (1999) 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, mundo o Gaia, en términos filosóficos. Asume el concepto expuesto por Odum (1997) en el que se le da a la ecología la función de puente entre la ciencia y la sociedad y en la cual esta, a la vez, 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 de Bautista, (2010, p. 23) “el modelo BPSC [biopsicosocial y cultural] permite considerar múltiples variables: biológicas, psicológicas, sociales y culturales”, que llevan 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 sociocultural. Cohen (2010) 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 tenga la oportunidad de dimensionar cómo se lleva a cabo por parte de los expertos el diagnóstico, y pueda realizar análisis, correlación y observación de cómo se toman decisiones centradas en las condiciones multisistémicas del paciente.

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. Esto en virtud de 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 esta forma el estudiante puede asumir la concepción biopsicosocial del ser humano de manera holística e integral y saber distinguir y analizar los factores que inciden sobre la salud de los individuos y sus comunidades, en diferentes contextos. A través del enfoque de formación biopsicosocial, el estudiante está en la capacidad de interactuar con sus pacientes e intervenir sobre 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 la 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.

Dadas las condiciones que anteceden, es importante tener presente 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 odontólogo-paciente, como una estrategia que confronta sus saberes y capacidades humanas desde un enfoque biopsicosocial y cultural, para aplicarlas en su interacción con sus pacientes, con quien debe comunicarse y 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 más adelante en esta investigación.

Las prácticas formativas clínicas del estudiante se constituyen en el espacio de inmersión hacia el campo de su futuro ejercicio profesional, 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, repercutiendo en el mejoramiento de su calidad de vida.

Teniendo en cuenta las consideraciones anteriores para el desarrollo de este modelo, el espacio de formación clínica está centrado en el ser humano, con el fin de prestar un servicio odontológico acorde con sus necesidades. Con esta finalidad se estructura una clínica con una perspectiva abierta y 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 culturales (Eslava y García, 2003).

Se explicita así el paradigma de la 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, 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” (2010, p. 33).

Con este propósito, 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 se ven afectados individualmente, pueden llegar a repercutir en alguno de los otros, propiciando un desequilibrio entre estos, lo cual repercute, a su vez, en la generación de afecciones en el sistema estomatognático o

bucodental. Se debe entonces tener claridad en que se deben en todo momento indagar e interrelacionar entre sí todos los factores predisponentes de una u otra dimensión.

De tal forma, se debe realizar un análisis juicioso a partir del diligenciamiento de una historia clínica y el acompañamiento de sus docentes (odontólogos generales, especialistas y psiquiatras), luego 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. Para tal fin, el estudiante debe tener conocimiento del soporte teórico y práctico que fundamenta cada uno de los procedimientos que va a realizar sobre su paciente, al igual que debe aplicar las medidas de bioseguridad establecidas, de lo contrario no podrá iniciar la intervención. Es 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 biopsicosocial y cultural 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 de formación.
- La necesidad del cumplimiento de objetivos clínicos, que en ocasiones aleja a profesores y estudiantes del modelo de formación hacia una atención integral del paciente, porque en ocasionalmente se preocupan más por la búsqueda de la enfermedad para el cumplimiento del requisito y no 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 existe, no tiene continuidad en el cumplimiento de sus funciones.

El Departamento de Bioética impartió durante algunos años la enseñanza de la bioética en séptimo semestre y hace ya más de cuatro años se trabaja en una nueva propuesta, en la que se incluyó esta materia de manera transcurricular, integrada con las asignaturas de las demás áreas, según la temática. Este 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 investigación buscó profundizar en las tensiones y conflictos que pueden suscitarse de la relación docente paciente-estudiante durante la formación de estos últimos, 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.

2. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

2.1. 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.

2.1.1. Fase I

Respecto a esta fase 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.

En el segundo nivel, 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.

Respecto a los programas del tercer nivel, se encontró que las asignaturas de 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 a este 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 problémicos 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, que se centra en el desarrollo de los trabajos de grado.

2.1.2. Fase II

Los resultados obtenidos en esta fase, a partir de los cuestionarios autodiagnosticados por los estudiantes, permitieron conocer si el modelo biopsicosocial y la bioética están inmersos en el currículo y permean el proceso formativo de los 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*¹¹. 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 su aplicación para la atención integral del paciente. Al respecto, nueve docentes consideran que es 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 tres 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”.

11 Todas las acotaciones que aparecen a continuación pertenecen a diversos testimonios de integrantes de los grupos focales que participaron en las encuestas durante el 2012. Permanecen anónimas por la naturaleza del ejercicio y porque, en muchos casos, son la concreción de ideas comunes de varias personas.

- 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 y 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 este es un modelo holístico e integral de formación y de atención que integra las dimensiones social, biológica y psicológica de los pacientes y que está direccionado a mejorar su calidad de vida.

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.

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. Diecinueve 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.

Aplicación del modelo biopsicosocial. Veintiún 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, interactúan con estos 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 verlos como personas que tiene todo un mundo donde se desarrollan y tienen diferentes formas de actuar y pensar.

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

Contribución del modelo biopsicosocial en la formación. En relación a cómo contribuye el modelo en la formación en la clínica, diecinueve docentes consideran que ayuda a la formación de profesionales, con un sello institucional con formación humanística e integral, que enseña al estudiante a ir más allá del diagnóstico y tratamiento.

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, quien es considerado como ser humano que requiere una atención particular, dada su condición social, emocional y, obviamente, el motivo de consulta.

Beneficios del modelo en la labor docente. Cuando se les solicitó expresar tres aspectos del modelo que benefician su labor docente, respondieron en términos generales que 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.

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. Hay otros aspectos que se mencionan de manera individual, como las relaciones interpersonales y los costos de los tratamientos, entre otros.

Apropiación del modelo en los estudiantes. Respecto a si consideran que los estudiantes tienen claridad sobre el modelo, un grupo de once docentes respondió afirmativamente, señalando que lo aplican en la clínica, ya que se les imparte desde los primeros semestres, sin embargo señalan que debe reforzarse. Diez docentes respondieron negativamente y consideran que aunque se generen y apliquen herramientas de información, normalmente no todos los estudiantes son conscientes de las implicaciones del modelo.

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 de ellos consideran que sí lo entienden y lo aplican en todos los ámbitos, los diez restantes difieren, 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. Además, señalan que en ocasiones el estudiante se siente vulnerado por los llamados de atención.

Igualmente, la mitad de los docentes considera que el estudiante sí aplica el modelo con los pacientes, quienes se sienten bien atendidos; mientras la otra mitad considera que no lo aplican y que se instrumentaliza al paciente para el cumplimiento de los requisitos.

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 y consideran que para mejorar su implementación deben generarse espacios en los cuales se den discusiones que lleven a una mayor apropiación del modelo por parte de 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, con el objetivo de 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 de los estudiantes (cincuenta y seis de ellos) reconoce y describe el modelo biopsicosocial como “un modelo integrativo, bioético, holístico de atención en un contexto cultural, social, biológico y psicológico”.

Inclusión del modelo en las asignaturas. Cincuenta y dos estudiantes expresaron que el modelo biopsicosocial se encuentra inmerso en la mayoría de las asignaturas del plan de estudios.

Formación en el modelo desde los docentes. Cuarenta y tres estudiantes refieren que los docentes les enseñan cómo aplicar el modelo biopsicosocial durante su proceso formativo.

Áreas en que se explicita el modelo. Los estudiantes consideran que las áreas en las cuáles se explicita el modelo biopsicosocial son, en su orden:

comunitaria, bioclínica, humanidades, psicosocial y bioética. Aquí hay que anotar que un grupo de doce estudiantes 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.

Aplicabilidad del modelo. Diecinueve 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 de su bienestar. Siete estudiantes, por su parte, aseguran que la atención está centrada en los requisitos.

Los estudiantes, 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 cuyo ejemplo siguen en algunos casos. Con los compañeros, con quienes aprenden a tener un dialogo más cordial y honesto, solidaridad y tolerancia, bajo una premisa ética. Con los amigos, con quienes les permite demostrar 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 y ética, pensando en su bienestar.

Cincuenta 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 tanto, un número reducido diez estudiantes no lo consideran así, en razón de que dicen ver al paciente como un requisito, de igual forma a como lo hacen los docentes, al ser tan autoritarios.

Al calificar la aplicación del modelo en la práctica docente asistencial, una mayoría de cuarenta y un estudiantes considera entre buena y excelente la aplicación del modelo; seis estudiantes, entre regular y mala, y un grupo de quince no contestó esta pregunta.

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 cincuenta y seis estudiantes considera que sí y que les da bases para ejercer una práctica humanizada, ética y profesional de alta calidad. 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 cuarenta y nueve estudiantes. Seis estudiantes, en cambio, no lo consideran de esta manera. Otros seis no respondieron.

Con relación a si la bioética impacta el perfil de formación, cincuenta y un estudiantes consideran que sí lo hace, 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.

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

Conflictos éticos con los compañeros. Con relación a los compañeros, un grupo de veintidós estudiantes considera que no los ha tenido, otro grupo de veinticinco hace referencia a situaciones particulares y otros catorce estudiantes no respondieron. Respecto a los pacientes, quince estudiantes consideran que no han tenido conflictos, ocho no respondieron y veinticinco 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 (treinta estudiantes) no respondió esta pregunta, mientras un treinta y un estudiantes hace referencia a tensiones generadas desde la relación docente-estudiante, con los pacientes y por asuntos económicos.

Solución de conflictos desde los estudiantes. Respecto a si los estudiantes pueden dar solución a las situaciones conflictivas que se les presentan,

veintinueve 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.

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: treinta estudiantes no responden; doce, reportan maltrato docente (lo cual puede traducirse en exigencia, demanda y desaprobación); cinco, se refieren a problemas socioeconómicos de los pacientes, y tres al paciente visto como un requisito.

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, y así velan por su dignidad y calidad de vida. Se puede establecer también que se presentan tensiones o conflictos, especialmente en los espacios clínicos; algunas situaciones llegan a tener una connotación particular debido a que la relación estudiante-docente puede perjudicarse pues el seguimiento que se da al paciente es responsabilidad tanto del docente como del estudiante. En esta dinámica influyen situaciones como las dificultades en la consecución de pacientes o los pagos que estos deben realizar por los tratamientos.

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. A la pregunta sobre si han utilizado los servicios en otras clínicas docentes asistenciales la gran mayo-

ría de los pacientes (treinta y siete) expresaron que no. El resto respondió 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, diecinueve pacientes respondieron que lo hacen por ser familiares de los estudiantes, otra minoría asegura que las utilizan por la atención y otros pocos más por factores económicos.

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 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 en la clínica de la Universidad El Bosque.

Calidad profesional de los docentes. Respecto a la valoración de la calidad profesional de los docentes la gran mayoría los evalúa con una calificación de 4 y 5 (treinta y cinco pacientes) mientras que solo seis pacientes asignaron una calificación menor.

Calidad de los estudiantes. Respecto a la calidad de los estudiantes, treinta y nueve pacientes dieron un 5; la calificación más alta.

Comportamiento ético en las relaciones docente-estudiante. La gran mayoría (treinta y siete 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.

Comportamiento ético de los estudiantes. La gran mayoría (treinta y nueve pacientes) considera que los estudiantes tienen excelente comportamiento ético.

Percepción sobre la atención recibida. La mayoría de los pacientes (treinta y ocho) considera que la atención recibida es adecuada y de carácter integral.

Todos los pacientes perciben como comprensible el lenguaje en el que el estudiante se dirige a ellos para explicar sus tratamientos.

En su mayoría (treinta y uno), los 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.

Treinta y siete pacientes recomendarían la clínica de la Universidad El Bosque.

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 ofrezca una atención más humana.

2.1.3. 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, en los que son las circunstancias de los pacientes y el hecho de ser tratados por estudiantes, el centro de las tensiones.

Tabla 2.1. *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 desinstitucionalizado	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: elaboración propia.

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.

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 cuando los estudiantes deben asumir los costos del tratamiento de sus pacientes¹²:

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 quien 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 \$2'200.000, más algunas otras cosas de la clínica de niños, ya que también muchas veces a los niños hay que pagarles.

12 Las narraciones aquí presentadas pertenecen a lo expuesto por los integrantes de los diez grupos focales participantes en 2012.

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 instrumentación 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 al 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 2.2. *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: elaboración propia.

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. No obstante, dichos conflictos 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 espe-

cialmente por docentes. Más de la mitad de ellos se refirió 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 (diez) y de estudiantes (diez), 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.

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 en que el enfoque es el ideal para la atención del paciente, ya que se establece una relación más humana y se ve a este como un ser integral, pero que en ocasiones la práctica no permite desarrollar el enfoque.

Siete estudiantes coincidieron en hacer referencia a este aspecto, así como cuatro docentes. 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 sí 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 no tengo que ver al paciente como ese ente biológico al que yo le tengo que colocar esa resina, sino 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 pertenecientes a este, en estos centros de docencia-servicio. Seis docentes hicieron mención a este dilema. A continuación se transcriben algunos comentarios.

Docente:

- La EPS que tiene un cubrimiento y que el resto sí, de pronto, lo podría venir a hacer en la universidad, como para poder ayudar en ese punto. Yo estoy hablando de crecimiento y desarrollo. Muchos pacientes no saben que a los niños se los atienden en sus EPS, entonces ellos dicen “pero ¿cómo 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 2.3. *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: elaboración propia.

Una propuesta de primer orden que surge en cuanto a los procesos académico-administrativos es la de fortalecerlos. Esta propuesta fue mencionada por los diez docentes, diez estudiantes y cuatro pacientes que participaron en los grupos focales.

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 les 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 que los docentes ven igualmente importantes ambas necesidades.

Siete docentes, cinco estudiantes y tres 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.

Docente:

- Aprender a hablarle al paciente, porque es que ellos [los estudiantes] 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 trabajan; se pierde la comunicación, hay veces que no saben hablar ni escribir; cosa que me sorprende demasiado.

Estudiante:

- Nosotros llevamos dos o tres años en esta carrera, realmente no tenemos nada de práctica, entonces que sean ellos que puedan enseñarnos a 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. Si no quiere 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, siete docentes y dos estudiantes coinciden en que debe reforzarse la formación ética. Veamos a continuación algunas narraciones.

Docente:

- Una cosa que me gustaría agregar y que debería ser parte del proceso educativo es enseñarles a no jugar a ser desleal, a no hablar mal de lo que hizo alguno de sus colegas, independientemente de quién 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 nos lo aprendiéramos en la teoría, sino que realmente fuéramos conscientes de poder aplicarlo 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 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 2.4. *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: elaboración propia.

Ocho docentes, cinco pacientes y dos estudiantes consideraron que en el proceso formativo debe existir una relación más humana de los docentes hacia los estudiantes y los pacientes. Estas son algunas de las intervenciones realizadas al respecto:

Docente:

- Ahora uno se tiene que ganar al paciente, no hay que imponerle cosas, hay que ganárselo. ¿Cómo se lo gana uno?, con el cariño, el

respeto, el saludo. A uno ¿qué le quita decirle una mañana a las siete de la mañana “¿cómo le fue con el desayuno hoy?, ¿cómo 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, llama 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. 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 referido entre las propuestas de mejora mencionadas por los participantes en los grupos focales, tal cual se presenta en la Tabla 5.

Tabla 2.5. *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 Sistema General de Seguridad Social (SGSS)	1	2	1	4

Fuente: elaboración propia.

Seis docentes y un estudiante proponen la realización de procesos de mercadeo con la comunidad académica, al interior de la universidad y hacia el exterior de esta, 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. 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 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 universidades, creo que sí he escuchado pero no sé muy bien del tema, que los pacientes como que vienen, no sé, 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 “sí” 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 tres estudiantes, dos docentes y tres pacientes; hace referencia a la reevaluación de las tarifas. A continuación, algunas de las intervenciones.

Docente:

- Eso lo hemos intentado hacer en las clínicas, pero es muy difícil cobrarle 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.

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 SGSS fue planteada por un estudiante, dos docentes y un paciente; se sugiere crear convenios o fortalecer la relación con instituciones prestadoras de salud. A continuación, algunas narraciones que surgieron al respecto.

Docente:

- Muchos de esos tratamientos que están mencionando hoy 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 EPS de los mismos pacientes, tener contrato con las EPS 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.

3. DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación 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 los primeros tener a cargo de manera indirecta pacientes atendidos por estudiantes en formación, quienes 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, tanto de los educadores, como de los educandos y los pacientes. Se causan así 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 extraer los más importantes y caracterizar de la siguiente manera.

3.1. Conflictos en la relación docente-estudiante

Esta situación fue planteada por los tres grupos de participantes (docentes, pacientes y 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 las conclusiones. A este respecto, Koerber et al. (2005, p. 229) recomiendan que los docentes traten a los estudiantes como profesionales en entrenamiento, a quienes se debe valorar y respetar.

3.2. 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, pacientes u 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 pueda orientar al estudiante sin que sienta que se menoscabada su integridad en público y así sea posible una reflexión acerca de la conducta a seguir.

Con el fin de plantear una solución a estos conflictos, los participantes propusieron lo que, para efectos de este estudio, se ha constituido como una propuesta de mejoramiento de las relaciones humanas.

La humanización de la educación y la atención en salud son planteamientos propuestos en la literatura por Escobar Triana (1991, p. 8), Gonçalves y Machado (2005, p. 177), Anderson, Rioh y Seymour (2011, p. 88). 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 para la operativización del estudiante, el tiempo es reducido, debido a lo que este tarda en disponer de todo lo requerido para la atención a su paciente. De igual modo, el tiempo se prolonga por la atención que merece el paciente por parte del docente a cargo, quien en ocasiones, por tener que atender a todos los pacientes del grupo de alumnos, reduce el tiempo dedicado a cada uno, de manera sustancial; el docente 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.

3.3. Conflictos en la relación estudiante-paciente (instrumentalización)

El conflicto que se crea entre los estudiantes y los pacientes que estos atienden ha sido expresado 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 Gonçalves y Machado (2005, p. 178) en Brasil; por Sharp, Kuthy y Heller (2005, p. 1123) y por Elbadrawy y Korayem (2007) en Estados Unidos, y por Holdein (2011) 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 como iatrogenias, y a ocasionar falsas patologías para realizar un mayor número de procedimientos. Asimismo, el paciente ve la necesidad del estudiante y lo manipula desde el punto de vista económico, exigiendo pagos y beneficios en el tratamiento, transporte y 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.

Con su imperativo categórico, Kant 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” (como se cita en O’Neill, 1998, p. 257). Retomando a Hare (1993) y Singer (como se cita en O’Neill, 1998, p. 257), en las situaciones en las que 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 Childress (2002, p. 522), 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.

3.4. 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, por 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 expresado 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 al. (2010, p. 540), en un estudio realizado en el Hospital Universitario de Brasilia, hallaron similares situaciones, lo que hace pensar en que este tipo de conflictos suele ser común en las prácticas universitarias en odontología, situación que merece un análisis deontológico y epistemológico de alcance regional, que bien podría ser liderado en Colombia por la Asociación Colombiana de Facultades de Odontología (ACFO) y en América Latina por la Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología (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, aduciendo 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.

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 a los estudiantes y por la lentitud de estos al estar en proceso de aprendizaje.

La realidad experimentada por los pacientes en las clínicas formativas se suma a los aspectos de tipo económico que conducen a dichos

pacientes a hacer uso de este tipo de servicios, en los que son personas en formación quienes los atienden. Esto se ve mayormente complicado por situaciones que, en este caso, están asociadas a circunstancias como aquellas en las que los docentes no permiten dinamizar de manera eficiente la atención, debido a su sobre-especialización. De este modo, encontramos 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. 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 Childress (p. 524), 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.

3.5. Conflictos relacionados con la afectación de la autonomía del paciente

En ocasiones, dentro de la práctica docente-asistencial, en su afán por cumplir con unos requisitos, el estudiante no tiene en cuenta la autonomía del paciente para asentir o disentir con respecto al tratamiento que se le está planteando; menos aún si es el estudiante quien paga dicho tratamiento. Esta situación ha sido reportada igualmente por Gonçalves y Machado (p. 179) y por Veloso et al. (p. 541). Adicional a esto, es el do-

cente, bajo los lineamientos de la academia, quien plantea un tratamiento ideal, sin indagar cuáles 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. Rendtorff y Kemp (2002, p. 55), 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 respetaran sus derechos, se otorgaran oportunidades de desarrollo y se mejora 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 Ovalle Gómez (2000, p. 172), 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.

Camps (2001, p. 239), por su parte, 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 Malian-di (2010, p. 49) propone la ética convergente, a partir de la fenomenología de la conflictividad, que parte de la moralidad o de conflictos que provienen de las relaciones entre medios y fines. 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, en la que 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 resaltaron la importancia de fortalecer principios y valores éticos, estructurando talleres vivenciales que les permitan develar diferentes situaciones y sus consecuencias. Fugil (2005, p. 132) y Bertolami (2004, p. 420), ante situaciones similares, establecen también la necesidad de concientizar a los estudiantes sobre la importancia de asumir con responsabilidad y ética la atención de sus pacientes.

3.6. 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 Hicks, Robertson, Robinson y Woodrow (2001) en la que un estudiante de medicina relató cómo la cantidad excesiva de estudiantes perturba el curso de los procesos formativos.

3.7. 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, se prohíbe la inclusión de estudiantes en el sistema de prestación de servicios, excluyendo a 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, pese a que no hay suficiente cobertura de los servicios de salud y a que se ha invitado a trabajar al respecto al Ministerio de Salud y Protección Social y a 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.

Frente a esta dificultad, surgió desde los participantes la propuesta de integración con el 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 y 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 la mejoría de 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 de 1992, establecida en 2011, se hace mención a la inclusión del personal en formación en salud. De igual forma, ya han sido declarados los servicios de la academia y el gremio de la odontología latinoamericana en la Carta de Brasilia de 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 tienen unos derechos y deben cumplir con unos deberes 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 contar con 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, de acuerdo con sus necesidades, o realizarle los tratamientos que el estudiante 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 y 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 llevan a cometer faltas para evadir pagos.

5. Dilema del estudiante en su relación con el docente. 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 experimenta una presión ejercida, por un por 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, y por el otro por su deber de 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.

3.8. Conciencia y responsabilidad formativa y asistencial

El profesor debe asumir la responsabilidad de fomentar su autodesarrollo y formación permanente, para garantizar el derecho de los estudiantes a una educación crítica, personalizada, con conciencia social y 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, quienes en ocasiones los perciben como radicalmente inhumanos, injustos y nada democráticos. Los valores y principios morales se contraponen, entonces, con las políticas, las deci-

siones, las condiciones, las prácticas y los resultados. Estas situaciones se presentan en los momentos en los que va en contravía la responsabilidad del docente con la realidad que se presenta, debido al volumen de estudiantes a su cargo, que genera la imposibilidad de realizar un adecuado seguimiento a los mismos, dando pie a que surjan inconvenientes que no necesariamente son por culpa exclusiva del estudiante. Así pues, la contradicción entre situaciones lleva a la reflexión bioética sobre la responsabilidad del docente en la adecuada formación de sus estudiantes y sobre su papel como profesionales encargado de preservar y devolver la salud a los pacientes que están a su cargo. Al tener responsabilidad sobre el estudiante y el paciente, el docente excede su autoridad y no viabiliza la confianza que se debe generar con el estudiante, llegando al extremo de vulnerar la autonomía de este, para llevar a cabo actividades que podría fácilmente desarrollar sin que sus procesos se retrasen. Esto puede, en últimas, vulnerar la integridad y la autonomía del paciente, cuando el estudiante toma decisiones sin su consentimiento en proceder que deben ser consultados previamente.

3.9. Conciencia de la responsabilidad educativa, asistencial y social

El estudiante igualmente tiene unos derechos y debe cumplir unos deberes, 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 de que llega a encontrarse ante dilemas suscitados por la necesidad de aprobar un semestre, poniendo en riesgo la salud de su paciente y cometiendo actos inhumanos, como ocasionar iatrogenias para el cumplimiento de los requisitos y para aprobar su semestre.

3.10. 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: buscar 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 la solución a los problemas por los cuales consulta, debe demostrar compromiso en cuanto a su autocuidado y puntualidad en la asistencia, al igual que debe responder a las obligaciones financieras adquiridas a raíz de sus tratamientos. Si esto no sucede, se generan tensiones que confluyen en la posible vulneración de su relación con la institución y por ende con los docentes y los estudiantes.

3.11. 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. Esto exige la disposición de un recurso humano cualificado, recursos tecnológicos actualizados e infraestructura de acuerdo a la normatividad vigente. En la misma vía, deben 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 situaciones que llevan a configurar dilemas relacionados con el derecho a la educación del estudiante y a la salud del paciente. Esto debido a que 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 enseña cómo aplicar el enfoque del modelo mientras que unos pocos discrepan con esta apreciación, al asegurar que puede que los docentes les transmitan información al respecto, pero que no lo aplican en la práctica. Por su parte, unos pocos de estos estudiantes 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 hizo alusión a la 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. Los comentarios de los docentes permitieron analizar el modelo bajo cuatro categorías:

- » Modelo de atención.
- » Modelo de formación.
- » Modelo que contempla la ética y la bioética.
- » Modelo holístico de calidad de vida.

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

- » Modelo de atención centrado en los requisitos de las clínicas y no en el paciente.

- » 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 autodilenciados 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 con respecto a 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. 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.

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 y responde al enfrentamiento con realidades como los tiempos, el tipo de pacientes, las presiones debidas al número de estudiantes a cargo de los docentes y las dificultades propias de procesos de gran nivel de exigencia en los que se ven implicados estudiantes en 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 frecuencia 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 con frecuencia a los estudiantes a recurrir a la “pacientización” de las personas cercanas a ellos; así por ejemplo los miembros de su familia, empleados domésticos y otros allegados a quienes pueden incluso llegar a 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 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 otros 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. Esto 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 diálogo y de reflexión que conduzca 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 generen 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:

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, ya que en los ambientes en donde se presenta 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 y 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 adquiridos, puedan ser generadores 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, de tal manera 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 que le permita tomar conciencia de su responsabilidad ante sí mismo como individuo, ante su familia como parte de la sociedad y ante el estado.

Dicha formación debe centrarse 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, a través del 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, de acuerdo con el medio en el cual se van a desempeñar como profesionales.

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 conseguirlos 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”¹¹, 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

11 Según el MEN y la Secretaría de Salud, se denominan así a las clínicas en las que se forman los estudiantes

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 les permitan a profesores y estudiantes intervenir con propiedad y conocimiento fundamentado. En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana (OPS) de la Salud están promoviendo programas direccionados al cumplimiento de las metas del milenio, como deuda social aún vigente, por lo que se podría colaborar en programas de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) y el programas hacia una Atención Primaria en Salud (APS) renovada.

A su vez, se podría colaborar con un programa como el de la Alianza por un futuro libre de caries, que tiene como meta para 2026 la ausencia de caries en los niños. Este proyecto en particular tiene dos frentes, uno académico para el establecimiento de consenso en el conocimiento de los nuevos paradigmas de la caries, y el otro de tipo comunitario, dirigido a establecer un análisis epidemiológico de los factores de riesgo en salud bucal, al 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 la academia, a través de la ACFO, ya se está integrando y la Universidad El Bosque ha sido consultora de primera instancia, aspecto a resaltar que ya propone cambios importantes en el currículo de la facultad.

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 frente a los educadores, los educandos y la comunidad. 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”, las cuales 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.

Deben reestructurarse estas clínicas hacia un nuevo modelo de atención a la comunidad que esté centrado en una atención integral que propenda por el mejoramiento de la calidad en salud del individuo y de la familia. Esto 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.

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 que se propone la formación de un profesional comprometido con el país, que tiene como imperativo supremo la promoción de la dignidad humana en su integralidad. Asimismo, 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 dicha relación que lleve a centrarla 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, sin importar 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, concertando y tomando la decisión más conveniente, contemplada desde un ámbito biopsicosocial para el beneficio de su paciente. Esto debido a que se trata de un proceso formativo con base en principios de un deber ser como profesional de la salud, más que del desarrollo de una práctica establecida únicamente en adquisición de habilidades.

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, las circunstancias psicosociales y 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 sociodemográficas 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) propuesto 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 sus espacios de formación; dar una mayor integración entre las áreas, y replantear las responsabilidades que se deben asumir para la apropiación del modelo de formación.

Es también necesario 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. 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.

Resulta importante implementar nuevas estrategias de aprendizaje mediante la apropiación de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) que les permita a docentes y estudiantes interactuar con comunidades diversas, nacionales y transnacionales, abordando comparativamente las problemáticas acorde con los contextos socioculturales de cada región.

A su vez, se recomienda interactuar con comunidades plurales, con el fin de crear en estas una conciencia social dirigida a generar espacios de diálogo e interacción participativa, encaminados hacia una construcción colectiva de la salud.

Se requiere también 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, en la que 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.

Se recomienda, a su vez, 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 para interactuar e intervenir en el sistema de seguridad social, en sus diversos niveles, con el fin de que se formen en el contexto real del país. En esta línea, es preciso 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.

Es necesario fortalecer el modelo pedagógico de la práctica clínica hacia una que esté 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 ejemplificador, a partir de la enseñanza en la atención, incentivando al autoconocimiento y el autoaprendizaje 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 Martha Nussbaum, Amartya Sen (1996) y Victoria Camps (2001), 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 (2001) 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” Soportados en esta autora es posible asumir que “el diálogo y la deliberación sustituyan el autoritarismo del sabio” en dirección a cambios actitudinales en los que debe promoverse una formación humanística de los científicos que puedan poner en cuestión “la ciencia libre de valores.”

Se hace, pues, una invitación, 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 Capra (2003, p. 155) 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, como son los ámbitos de formación en salud. Se invita a la estructuración de “ambientes educativos de construcción colectiva” que favorezcan 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 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.

Índice analítico

Ejercicio profesional, 42, 62, 66, 67, 72, 120.

Enfoque biopsicosocial cultural y bioético, 25.

Formación

 biopsicosocial, 40, 65, 102, 120.

 clínica, 16, 17, 31, 67, 126.

 en salud, 79, 88, 108, 109, 127.

 ética, 79, 90, 91, 92, 107.

 humanística, 75, 126.

 Instrumentalización, 83-85, 102, 109.

Ley 30 de 1992, 27.

Ley 100 de 1993, 27, 88,

Modelo de formación, 16, 17, 20, 23, 32, 40, 41, 62, 68, 73, 74, 113, 117, 124, 127, 128.

Modelo biopsicosocial, 17, 18, 20, 21, 25, 29, 30, 39, 40, 42, 48, 51, 55, 61, 62, 64, 67-69, 71-75, 77-80, 86-88, 92, 99, 113, 115, 116, 124, 127.

Pedagogía, 46, 47, 54.

Práctica(s)

 clínica, 16, 18, 21, 28, 34, 74, 126,

 formativas, 18, 19, 20, 25, 28, 30, 32, 33, 64, 66, 99, 100, 101, 108, 109, 122.

Programas académicos, 21, 23, 25, 28, 113.

Relación docente-estudiante-paciente, 20, 115.

Resolución de conflictos, 49, 56, 59, 60, 117.

Responsabilidad, 26, 35, 37, 38, 40, 47, 62, 66, 68, 76, 78, 80, 87, 100, 107, 108, 109, 110-112, 115, 117, 118, 119, 120, 124, 126.

Índice onomástico

- Adler, R., 64.
Anderson, V.; Rioh, A. y Seymour, G., 101.
Beauchamp, T. L. y Childress, J. F., 31, 37, 44, 49, 57, 103, 105.
Bertolami, C. (2004), 41, 107.
Boladeras Cucurella, M., 59.
Breslow, L., 18.
Bridgman, A., Collier, A., Cunningham, J., Doyal, L., Gibbons, D. y King, J., 60.
Brock, D. 43.
Camps, V., 44, 106, 126.
Capra, F., 45, 55, 61, 64, 127.
Chambers, D. W. Geissberger, M. y Leknius, C., 37.
Cohen. G., 45, 65.
Delgado Díaz, C., 45.
De Sousa Santos, B., 50.
De Zubiría, S., 50.
Divaris, K.; Barlow, P. J. y Chendea, S. A., 19, 37.
Elbadrawy, H. y Korayem, M., 19, 102.
Engel, G., 16, 31, 40, 62, 64.
Eriksen, H. M., 36.

Escobar Triana, J., 16, 32, 45, 47, 50, 53, 54, 64, 101.
Eslava, J. C. y García, C. M., 67.
Ezequiel, J. y Linida, E., 53.
Fink, D., 41.
Frankel, R.; Quill, T. y McDaniel, S., 64.
Fugill, M., 36.
García Castro, J., 67.
Garrafa, V. y Porto, D., 17, 50.
Giroux, H., 46, 47.
Gonçalves, R. E. y Machado, V. M. I., 17, 32, 41, 101, 102, 105.
Gracia, D., 36.
Griffin, J., 19, 44.
Guerra de Bautista, A., 65.
Haldane, J., 51.
Hanson, S., 56.
Hare, H., 103.
Hendricson, D. W y Andrieu, S., 18.
Hicks, L. K.; Lin, Y.; Robertson, D. W.; Robinson, D. L. y Woodrow S. I., 107.
Hirsch, A., 38.
Hottois, G., 45, 49.
Jonsen, A., 58.
Koerber, A.; Botto, R. W.; Pendleton, D. D.; Albazzaz, M. B.; Doshi, S. J. y Rinaldo, V. A., 33, 41, 100.
Linares, M. P. y Fraile, L. B., 55.
Maldonado, K., 64.
Maliandi, R., 59, 60, 106.
McLaren, S. y Leathard, A., 37.
McLean, T.; Airley, J. F. y Gerzina, T. M. (2005), 18.
Ministerio de Salud, 108, 118.
Nussbaum, M y Sen, A., 19, 42, 126.
Odum, P., 64.

O'neil, O., 44, 51, 103.
Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología,
104.
Organización Mundial de la Salud, 42, 49.
Otero, M.; Urrea, F. y Montaña, J., 32, 64.
Ovalle Gómez, C., 46, 64, 106.
Rangel G., M. C., Pardo, S. y Otero, C. M., 64.
Reich, W.T., 49.
Reimer, J., 35.
Rendtorff, J. y Kemp, P., 106.
Sánchez Alfaro, L., 38.
Sharp, H.; Kuthy, R. A. y Heller, K. E., 34.
Singer, P., 103.
Veloso, L. R.; Pyrrho, M.; Machado, A. C. A.; Gonçalves, R. E. y Garrafa, V.,
104, 105.
Villegas Múnera, E. M., 60.
Weiss y Bertalanffy, V., 18.
Wulff, H.; Pedersen, R.; Stig. A. y Rosenberg, R., 52, 54, 55.

BIBLIOGRAFÍA

- Adler, R. (2009). Engel's biopsychosocial model is still relevant today. *Journal of psychosomatic research*, 67, 607-611.
- Amezcuca, M. y Gálvez Toro, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista española de salud pública* 2002, 76, 423-436.
- Anderson, V.; Riah, A. y Seymour, G. (2011). Undergraduate dental education in New Zealand: 2007-2009 final-year student feedback on clinical learning environments. *New Zealand Dental Journal*. 107(3), 85-90.
- Beauchamp, T. L. y Childress, J. F. (2002). *Principios de ética biomédica*. Sao Paulo, Brasil: Ediciones Loyola.
- (2009). *Principles of Biomedical ethics*. Nueva York, Estados Unidos: Oxford University Press.
- Bertolami, C. (2004). Why our ethics curricula don't work. Critical Issues in dental education. *Journal of Dental Education*, 68(4), 414-425.
- Boladeras Cucurella, M. (2000). Calidad de vida y principios bioéticos. *En Bioética y calidad de vida*. Colección Bios y Ethos. Bogotá, Colombia: Universidad El Bosque.
- Bonilla, E. y Rodríguez, P. (1997). *Más allá del dilema de los métodos: la investigación en ciencias sociales*. Bogotá, Colombia: Ediciones Uniandes, Editorial Norma.

- Borrell-Carrio, F.; Suchman, A. y Epstein, R. (2004). The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, practice, and Scientific Inquiry. *Annals of family medicine*, 2(6), 576-582.
- Breslow, L. (1972). A Quantitative Approach to the World Health Organization. *International Journal of Epidemiology*, 1, 347-355.
- Bridgman, A.; Collier, A.; Cunningham, J.; Doyal, L.; Gibbons, D. y King, J. (1999). Teaching and assessing ethics and law in the dental curriculum. *British Dental Journal*, 187(4), 217-219.
- Brock, D. (1996). Medidas de la calidad de vida en el cuidado de la salud y la ética médica. En Nussbaum, M. y Sen, A. (comp.). *La calidad de vida*. México D.F., México: Fondo de Cultura Económica.
- Camps, V. (2001). *Una vida de calidad. Reflexiones sobre bioética*. Barcelona, España: Ares y Mares Editorial.
- Capra, F. (1994). *Sabiduría insólita*. Barcelona, España: Kairos, S.A.
- (2003). *Las conexiones ocultas. Implicaciones sociales, medioambientales, económicas y biológicas de una nueva visión del mundo*. Barcelona, España: Editorial Anagrama S.A.
- Centre for ethics and law. (2000). Autonomy, dignity, integrity and vulnerability. En *Basic ethical principles in European bioethics and bio law*, Vol. 1, (pp. 45-55). Copenague, Dinamarca: Institut Borja.
- Chambers, D. W.; Geissberger, M. y Leknius, C. (2004). Association amongst factors thought to be important by instructors in dental education and perceived effectiveness of these instructors by students. *European Journal of Dental Education*, 8, 147-151.
- Cohen, G. (1996). ¿Igualdad de qué? sobre el bienestar, los bienes y las capacidades. En Nussbaum, M y Sen, A. (comp.). *La calidad de vida*. México D.F., México: Fondo de Cultura Económica.
- Cohen, J.; Krackov, M. D. y Sharon, K. (2000). Introduction to human health and illness: a series of patient-centered conferences based on the biopsychosocial model. *Academic medicine*, 75(4), 390-396.

- Constitución Política de Colombia. (1991). Artículo 49. Bogotá, Colombia: El pensador Editores.
- Dantas, C. C.; Leite, J. L.; Lima, S. B. S. y Stip. M. (2009). Teoría fundamentada en los datos. Aspectos conceptuales y operacionales: metodología posible de ser aplicada en la investigación en enfermería. *Revista latino-americana de Enfermagem*, 17(4). Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/es_21.pdf.
- De Currea-Lugo, V. (2010). La reforma a la salud en Colombia. En *Salud y Neoliberalismo*. Colección Bios y Oikos, 9. Bogotá, Colombia: Universidad El Bosque.
- Delgado Díaz, C. (2000). Calidad de vida: una perspectiva latinoamericana. En *Bioética y calidad de vida*. Colección Bios y Ethos, 15. Bogotá, Colombia: Universidad El Bosque, Kimpres.
- De Sousa Santos, B. (2011). *Una epistemología del sur. La reinención del conocimiento y la emancipación social*. México D. F., México: Siglo XXI Editores.
- De Zubiría, S. (2011). Bioética, crisis y epistemologías emergentes. *Revista colombiana de Bioética*, 6, 41-49.
- Divaris, K.; Barlow, P. J. y Chendea, S. A. (2008). The academic environment: the students' perspective. *Journal compilation a 2008. Blackwell Munksgaard and The American Dental Education Association, European. J. Dental Education*, 12 (sup. 1), 120-130.
- Elbadrawy, H. y Korayem, M. (2007). The flexible requirement system for grading of clinical performance of undergraduate dental students. *European Journal of Dental Education*, 11, 208-215.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- (1978). The biopsychosocial model and the education of health professionals. *Annals New York Academy of Sciences*. Doi: 0077-8923/78/0310-0169.75/2 0.

- (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *The American Journal of Psychiatry*, 137(5), 535-544.
- Eriksen, H. M. (2008). A patient centered approach to teaching and learning in dental student clinical practice. *European Journal of Dental Education*, 12, 171-172.
- Escobar Triana, J. (1991). La formación humana y social del médico. *Memorias. Colección Educativa médica*, 6. Bogotá, Colombia: Fundación Escuela Colombiana de Medicina, 1991.
- (1997). *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: Universidad El Bosque. 1997.
- (2000). *Comprensión sistémica de la salud y calidad de vida*. Colección Bios y Ethos. Bogotá, Colombia: Universidad El Bosque, Editorial Kimpres.
- , Aristizábal y Tobler, C. (2011). Los principios en la bioética: fuentes, propuestas y prácticas múltiples. *Revista Colombiana de Bioética*, 6, 76-109.
- Eslava, J. C. y García, C. M. (2003). Los orígenes del SFHC en la Escuela Colombiana de Medicina: una experiencia innovadora al interior de una nueva institución de educación médica. *Rev. ECM*, 8(1), 21-37.
- Ezequiel, J. y Linida, E. (1999). Cuatro modelos de la relación médico-paciente. En Couceiro, A. *Bioética para clínicos*. Madrid, España: Editorial Tricastela.
- Fink, D. (2003). *Creating significant learning experiences: An integrated approach to designing colleague courses*. San Francisco, Estados Unidos: Jossey-Bass.
- Frankel, R.; Quill, T. y McDaniel, S. (2003). The Future for a new medical model. A Challenge for biomedicine. En *The Biopsychosocial Approach: Past, Present, Future*, (pp. 255-286). Nueva York, Estados Unidos: University of Rochester Press.

- Fugill, M. (2005). Teaching and learning in dental student clinical practice. *European Journal of Dental Education*, 9(3), 131-6.
- García Castro J. (2010). La relación médico-paciente. En Casanova Díaz, S.; García-Castro, J.; Guerra de Bautista, A.; Gómez Lozano, P.; Martínez Gómez, S. H.; Sierra de Jaramillo, M., Vargas Navarro, P.; Donoso Suárez, I. A. (2010). *El paciente desde la perspectiva biopsicosocial*. Bogotá, Colombia: Universidad El Bosque.
- Garrafa, V. y Porto, D. (2003). Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. *Bioethics*, 17(5-6), 399-416.
- Giroux, H. (2003). *Pedagogía y política de la esperanza. Teoría, cultura y enseñanza*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores.
- Goolishian, H. A. y Anderson, H. (1994). Narrativa y self. En Schnitman Fried, D. *Nuevos paradigmas cultura y subjetividad*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Gonçalves, R. E. y Machado, V. M. I. (2005). A vulnerabilidade e o paciente da clínica odontológica de ensino. *Revista Brasileira de Bioética*, 1(2), 195-205.
- Gracia, D. (1998). *Fundamentación y enseñanza de la bioética. Ética y vida. Estudios de bioética*. Bogotá, Colombia: Editorial El Buho.
- Griffin, J. (1988). Well-being, it's Meaning. *Measurement and moral importance*. Oxford, Inglaterra: Oxford University Press.
- (1996). Medidas de la calidad de vida al cuidado de la salud y la ética médica. En Nussbaum, M. y Sen, A. (comp.). *La calidad de vida* (pp.182-190). México D.F., México: Fondo de Cultura Económica.
- Guerra de Bautista, A. (2010). El modelo biopsicosocial y cultural (BPSC). En Donoso Suárez, I. *El paciente desde la perspectiva biopsicosocial*. Bogotá, Colombia: Universidad El Bosque, Kimpres.
- Haden, K. y Hendricson, William. (2010). Curriculum change in dental education, 2003-09. *Journal of dental education*, 74(5), 539-557.
- Haldane, J. (1995). La ética medieval y renacentista. En: Singer, P. *Compendio de ética*. Madrid, España: Editorial Alianza.

- Hanson, S. (2009). Moral Acquaintances and Moral decisions. Resolving moral conflicts in medical ethics. *Philosophie and medicine*, 103.
- Hare, R. (1993). *Essays in ethical theory*. Oxford, Inglaterra: Clarendon Press.
- Hendricson, D. W y Andrieu, S. (2006). Educational Strategies Associated with Development of Problem-Solving, Critical Thinking, and Self-Directed Learning. *Journal of Dental Education*, 70(9), p. 927.
- Hicks, L. K.; Lin, Y.; Robertson, D. W.; Robinson, D. L. y Woodrow S. I. (2001). Understanding the clinical dilemmas that shape medical students' ethical development: questionnaire survey and focus group study. *BMJ*, 322(7288), 709-710.
- Hirsch, A. (2011). Dilemas, tensiones y contradicciones en la conducta ética de los profesores. *Sinéctica*, 37. Recuperado de: <http://www.sinectica.iteso.mx>
- Holdein, R. (2011). La ética y la bioética en el pregrado. Ponencia introductoria: La Enseñanza de la Bioética en el pregrado. Reflexiones sobre un problema inconcluso. *Revista babanera de ciencias médicas*. Recuperado de: <http://sciel.s.l.cu/scielo>.
- Hottois, G. (2007). *¿Qué es la bioética?* Bogotá, Colombia: VRIN, Universidad El Bosque.
- Hurley, S. Comentarios a "Virtudes no relativas: un enfoque aristotélico". En Nussbaum, M y Sen, A. *La calidad de vida*, (pp. 358-359). México D.F., México: Fondo de Cultura Económica.
- Jonsen, A. (1991). Casuistry as methodology in clinical ethics. *Theory Medicine*, 12(4), 295-307.
- Khatami, S. y MacEntee, M. (2011). Evolution of clinical reasoning in dental education. *Journal of dental education*, 75(3), 321-328.
- Koerber, A.; Botto, R. W.; Pendleton, D. D.; Albazzaz, M. B.; Doshi, S. J. y Rinaldo, V. A. (2005). Enhancing ethical behavior: views of students, administrators, and faculty. *Journal of Dental Education*, 69(2), 213-231.

- Lafaurie, M. M. (Septiembre de 2003). La investigación cualitativa desde el socioconstruccionismo: un proceso de construcción de significado y sentido. VIII Congreso de Investigaciones. Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia.
- Ley 100 de 1962, N° 30.768. Por la cual se dictan normas relativas al ejercicio de la odontología en Colombia. Diario Oficial. Bogotá, Colombia, 11 de abril de 1962.
- Ley 30 de 1992, N° 40.700. Diario Oficial. Bogotá, Colombia, 29 de diciembre de 1992. Recuperado de:
http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc./ley/1992/ley_0030_1992.htm.
- Ley 35 de 1989, No. 38.733. Sobre ética del odontólogo colombiano. Diario oficial año CXXV. Bogotá, Colombia, jueves 9 de marzo de 1989.
- Linares, M. P. y Fraile, L. B. (2012). Bioética y universidad en América Latina. Propuesta de una estructura para la formación integral profesional. *Revista Colombiana de bioética*, 7(2), 131-132.
- Maldonado, C. (1999). Filosofía y salud. En *Bioética y justicia sanitaria*, (pp. 85-91). Colección Bios y Ethos. Bogotá, Colombia: Universidad El Bosque.
- Maliandi, R. (2004). Axiología y fenomenología". En Camp, V. y Guariglia, O. (ed.). *Enciclopedia iberoamericana de filosofía concepciones de la ética*. Madrid, España: Editorial Totta.
- (2010). *Ética convergente fenomenología de la conflictividad*, Buenos aires, Argentina: Colección Pampa. Aru.
- y Thuer, O. (2008). *Teoría y praxis de los principios bioéticos*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones de la UNLA.
- McLaren, S. y Leathard, A. (2007). *Ethics. Contemporary Challenges in Health and Social Care*. Londres, Inglaterra: MPG Books Ltd., Bodmin.
- McLean, T.; Airley, J. F. y Gerzina, T. M. (2005). Comparison of perceptions of dental clinical teaching by students and by teachers. *Australian Dental Journal ADRF, Special Research Supplement*, 50, p. 4.

- Ministerio de Salud. (2002). *Desafíos para los recursos humanos en el Sistema general de Seguridad Social en Salud*. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud.
- Mofidi, M. y Strauss, R. (2003). Dental students' reflections on their community-based experiences: the use of critical incidents. *Journal of dental education*, 67(5), 515-523.
- Moral, C. (2006). Criterios de validez en la investigación cualitativa actual. *Revista de investigación educativa*, 24(1), 147-164.
- Nussbaum, M y Sen, A. (1996). Capacidad y bienestar. En Nussbaum, M y Sen, A. (comp.). *La calidad de vida*. México D.F., México: Fondo de Cultura Económica.
- Odum, P. (1997). Can Ecology Contribute to C.P. Snow's Third Culture?
- O'neil, O. (1996). Justicia, sexo y fronteras internaciones. En Nussbaum, M. y Sen, A. (comp.). *La calidad de vida*, (pp. 393-417). México D.F., México: Fondo de Cultura Económica.
- (2002). Public Health or Clinical Ethics: Thinking beyond Borders. *Ethics & International Affairs*, 16(2).
- Organización de Facultades, Escuelas y Departamentos de Odontología – OFEDO-UDUAL. (s.f.). *Plan de desarrollo 2010-2013*. Recuperado de: www.ofedo-udual.org.
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (1978). *Declaración Alma Ata*. Recuperado de:
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.
- (1994). *Quality research for health programmes, Division of mental health*. Ginebra, Suiza: OMS.
- Otero, M.; Urrea, F. y Montaña, J. (2005). Reflexiones institucionales y académicas entorno a la reforma del programa para la clínica de se-

- miología del V semestre, Universidad El Bosque. *Revista científica Facultad de Odontología, Universidad El Bosque*, 11(1).
- Ovalle Gómez, C. (2000). Aspectos bioéticos de un modelo de atención odontológica. En *Ensayos en bioética. Una experiencia colombiana*. Colección Bios y Ethos. Bogotá, Colombia: Universidad El Bosque.
- (2009). *Categorización y análisis de la información. Práctica y significado del consentimiento informado en hospitales de Colombia y Chile. Estudio de casos*. Bogotá, Colombia: Universidad El Bosque.
- (2011). Pensar la pedagogía crítica para la educación en bioética: asunto crucial en sociedades latinoamericanas contemporáneas. En *Propuestas y reflexiones para fundamentar en Bioética*, (pp.18-39). Colección Bios y Ethos, 28. Bogotá, Colombia: Universidad El Bosque.
- Pérez Serrano, G. (1994). *Investigación cualitativa, retos e interrogantes*. Madrid, España: Editorial La Muralla S.A.
- Potter, V. R. (2002). Bioética, la ciencia de la supervivencia. *Revista Selecciones de Bioética*, 1, 121-139.
- Rangel, G. M. C. (2011). Perspectiva bioética y modelo biopsicosocial en la relación odontólogo-paciente durante la formación del estudiante en la Universidad El Bosque. *Revista Salud Bosque*, 1(2), 87-98.
- Pardo, S. y Otero, C. M. (2002). Reorganización del plan de estudios de la Facultad de Odontología. *Revista científica*, 8(1), p.93.
- Reich, W. T. (1978). *Enciclopedia of Bioethics*. Nueva York, Estados Unidos.
- Reimer, J. (1997). De la discusión moral al gobierno democrático. En *La Educación moral según Lawrence Kohlberg*. Barcelona, España: Gedisa editorial.
- Rendtorff, J. y Kemp, P. (2002). Basic ethical principles in European bioethics and biolaw: autonomy, dignity, integrity and vulnerability

- Towards a foundation of bioethics and biolaw. *Medicine health Care and Philosophy*, 5(3).
- Rickert, H. y Weber, M. (2008). La axiología neokantiana y el conflicto de valores. En Gracia, D. *El método de la bioética. Fundamentos de bioética*. Madrid, España: Triacastela.
- Sánchez Alfaro, L. (2011). Formación humana y social en salud como promotora de la justicia en medio de un mundo globalizado. *Revista colombiana de bioética*, 5(2).
- Sharp, H.; Kuthy, R. A. y Heller, K. E. (2005). Ethical dilemmas reported by fourth-year dental students. *Journal of Dental Education*, 69(10), 1116-1122.
- Singer, P. (ed.). (1995). *Compendio de ética*, Madrid, España: Alianza Editorial.
- Strauss, R. y Mofidi M. (2003). Reflective learning in community-based dental education. *Journal of dental education*, 67(11),1234-1242.
- Ulin, P. y Robinson, E. (2002). Qualitative Methods: a field guide for applied research in sexual and reproductive health. *Family Health International*.
- Universidad El Bosque. (1996). Misión y Proyecto Educativo Institucional. En Universidad El Bosque. *Documentos Institucionales de la Universidad El Bosque*. Bogotá, Colombia: Universidad El Bosque.
- (2011). *Políticas y gestión curricular*. Bogotá, Colombia: Universidad El Bosque.
- (2012). *Documento renovación de acreditación 2012. Facultad de Odontología de la Universidad El Bosque*. Bogotá, Colombia: Universidad El Bosque.
- (s.f.). Misión Facultad de Odontología Universidad El Bosque. En Universidad El Bosque. *Plan de Desarrollo 2012-2016. Renovación de Acreditación Programa de Odontología*. Bogotá, Colombia: Universidad El Bosque
- (s.f.). *Plan de desarrollo Facultad Odontología Universidad El Bosque*. Bogotá, Colombia: Universidad El Bosque.

- Veloso, L. R.; Pyrrho, M.; Machado, A. C. A.; Gonçalves, R. E. y Garrafa, V. (2010). Autonomia do paciente odontológico no Hospital Universitário. *Saúde em Debate, Rio de Janeiro*, 34(86), 531-541.
- Villegas Múnera, E. M. (2011). Tendencias de la formación bioética en los currículos universitarios. *Revista Colombiana de Bioética*, 6(1).
- Vivienne, A.; Riogh, G. y Seymour, J. (2011). Undergraduate dental education in New Zealand: 2007-2009 final-year student feedback on clinical learning environments. *New Zealand dental journal*, 107(3), 85-90.
- Weiss y Bertalanffy, V. (2003). The Byopsychosocial model. En Frankel, R. Q y McDaniel, T. S. *Clinical application of the Byopsychosocial model: The Byopsychosocial Approach: Past, Present, Future*.
- Wulff, H.; Pedersen, R.; Stig, A. y Rosenberg, R. (2002). *Introducción a la filosofía de la medicina*. Madrid, España: Editorial Tricastela.
- Youngson, L. E.; Molyneux, K.; Fox, E.; Boyle, L. y Preston, A. J. (2007). Undergraduate requirements in restorative dentistry in the UK and Ireland. *British dental journal*, 203 (sup), 9-14.

Una mirada bioética a la formación del odontólogo

Fue editado y publicado por la
Editorial Universidad El Bosque. Julio de 2017
Bogotá D. C., Colombia