

Trabajo de monografía para optar al título de Especialista en Bioética

Propuesta de una asignatura electiva en Bioética y Cuidados Paliativos para
estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Simón
Bolívar para el año 2018

Estudiante:

Clara Elisa Gómez Meléndez

Asesoras:

María de los Ángeles Mazzanti di Ruggiero

Marta Ximena León Delgado

Especialización en Bioética

Facultad de Medicina

Universidad de La Sabana

Diciembre de 2017

TABLA DE CONTENIDO

JUSTIFICACIÓN	2
OBJETIVOS	6
INTRODUCCIÓN	7
I. FUNDAMENTOS DE ANTROPOLOGÍA FILOSÓFICA.....	9
A) La Persona en el mundo de la bioética del final de la vida	9
B) Vulnerabilidad, dolor y sufrimiento como realidades presentes en los CP.....	12
II. GENERALIDADES SOBRE BIOÉTICA.....	16
A) Breve historia de la bioética.....	16
B) Principios de la bioética.....	18
C) Características de la bioética	19
III. GENERALIDADES SOBRE LOS CUIDADOS PALIATIVOS (CP)	24
A) Breve historia de los Cuidados Paliativos.....	25
B) Objetivos y bases de la Terapia Paliativa	26
C) Comunicación e información.....	27
IV. BIOÉTICA Y CUIDADOS PALIATIVOS DOS REALIDADES INSEPARABLES.....	30
A) Bioética y Cuidados paliativos: su realidad jurídica e internacional	37
B) Diseño Metodológico de la asignatura electiva Bioética y Cuidados Paliativos que promueva en los estudiantes la acogida de los pacientes para su atención integral.....	39
C) Diseño metodológico de la nueva asignatura	47
D) Técnicas didácticas propuestas para el programa.....	48
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	51
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55
ANEXO 1: MICROCURRÍCULO DE BIOÉTICA Y CUIDADOS PALIATIVOS..	61
ANEXO 2: CONTENIDOS Y ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE	75
ANEXO 3: EVALUACIÓN DEL APRENDIZAJE EN LA ASIGNATURA.....	78

JUSTIFICACIÓN

La Universidad Simón Bolívar, cuya sede principal se encuentra en la ciudad de Barranquilla, Colombia, cuenta con una Facultad de Ciencias de la Salud, en la que se ofrecen cuatro programas: Medicina, Instrumentación Quirúrgica, Enfermería y Fisioterapia. Estos programas contemplan dentro de sus planes de estudios asignaturas con componentes de Ética, Deontología, electivas socio humanísticas, entre otras, que brindan elementos claves para la adquisición de competencias de integridad y ética en el ejercicio de su profesión. Sin embargo, la Bioética sólo está explícitamente presente como asignatura del último semestre, en el caso del plan de estudio vigente de Instrumentación Quirúrgica y como uno de los temas de Deontología en Enfermería. Los Cuidados Paliativos, no se encuentran como asignatura explícita en ninguno de los programas, pero están incluidos dentro de los contenidos de asignaturas clínicas y de Deontología de los programas de Medicina, Fisioterapia y Enfermería. Por este motivo se considera oportuno proponer una asignatura electiva sobre Bioética y Cuidados Paliativos¹ en la que puedan participar estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud en primera instancia y abrirla, en un futuro, a las carreras de Psicología, Trabajo Social y Derecho como integrantes claves de un equipo de trabajo en CP.

¿Por qué Bioética y CP para la Facultad de Ciencias de la Salud?

Según la Organización Mundial de la Salud (2017): “La necesidad mundial de cuidados paliativos seguirá aumentando como consecuencia de la creciente carga que representan las enfermedades no transmisibles y del proceso de envejecimiento de la población”.

¹En adelante se utilizará la sigla CP para Cuidados Paliativos.

Dentro de las enfermedades no transmisibles encontramos a la fecha la obesidad; desde hace años, se la considera un problema de salud pública muy importante por el aumento de las tasas de sobrepeso y de obesidad en la población, ya en el 2011, se afirmaba que en el mundo existían cerca de 1.600 millones de adultos con sobrepeso, de los cuales, 400 millones eran clínicamente obesos; siendo preocupante la alta incidencia de obesidad en niños, ya para esa fecha, 20 millones de menores de cinco años se encontraban con sobrepeso (Savino, 2011), por este motivo, actualmente, tanto en los países industrializados como en lo que se encuentran en vía de desarrollo, la mayor parte de la investigación y la enseñanza se dirigen a ciertas enfermedades no transmisibles relacionadas con la malnutrición y la vida sedentaria que pueden desencadenar enfermedades crónicas entre las que se incluyen obesidad, arteriosclerosis y enfermedad coronaria, hipertensión o presión arterial elevada (que puede llevar a un accidente cerebrovascular), ciertos tipos de cáncer, osteoporosis, algunas enfermedades hepáticas y renales, diabetes mellitus y otras (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, s.f).

Con respecto al proceso de envejecimiento de la población, la OMS (2017) declara hoy en día, que por primera vez en la historia, la mayoría de las personas pueden aspirar a vivir hasta los setenta años o más, por este motivo se calcula que para el 2050 la proporción de la población mundial con más de 60 años pasará de 900.000 a 2.000.000, aumentando del 12 al 22%, siendo este el índice de crecimiento más rápido que se ha dado en los últimos años. Los principales problemas de salud de esta población serán por enfermedades no transmisibles por lo que es importante que en el siglo XXI todos los países dispongan de un sistema de atención crónica. Este sistema de atención crónica debe incluir los CP porque se ha comprobado que la asistencia paliativa alcanza su mayor grado de eficacia cuando se considera en una etapa temprana del curso de la enfermedad, al mejorar la calidad de vida de los pacientes, reducir las hospitalizaciones innecesarias y mejorar el uso de los servicios de salud.

Aunque los CP están reconocidos expresamente en el contexto del derecho humano a la salud, datos reportados por la OMS (2017) reflejan que de 40

millones de personas que necesitan cuidados paliativos anualmente, tan solo un 14% lo recibe. Según el Observatorio Internacional para el final de la vida, se estima que tan solo el 15 % de los países en el mundo han integrado al sistema de atención en salud, programas de CP. En general los países cuentan con algún tipo de atención dirigida al CP, pero se caracterizan por ser servicios fragmentados y con limitaciones para el acceso (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

La situación en Colombia no difiere mucho, los entes gubernamentales han tomado conciencia de esta necesidad y han generado mecanismos para promover una atención óptima e integral para las personas que requieren CP. Ejemplo de ello es la sanción de la Ley 1733 del 08 de Septiembre de 2014, por medio de la cual “se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida”. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016) y la inclusión de los CP en el Modelo Integral de Atención en Salud -MIAS-.

Pero aún hay mucho por hacer como se refleja en el Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos (2017), tanto en el campo de prestación de los servicios, más concretamente en establecer estrategias que permitan el desarrollo y ingreso a los mismos; como en el acceso a los medicamentos (la tasa de consumo de opiodes para uso médico es baja) y en el número de instituciones que ofrecen programas académicos que brinden formación en dolor y CP.

El crecimiento de la población que requiere de CP y los avances en los conocimientos científicos de la medicina en las últimas décadas, que incluyen el uso de nuevas tecnologías: trasplantes, diálisis, respiradores artificiales, etc. posibilitan cada vez más el crecimiento de las expectativas de vida de la población llevando a cuestionamientos cada vez más frecuentes sobre el uso o no de ciertas terapias “curativas” cuando el paciente se encuentra en fase terminal y al estudio de costo-beneficio en estos casos.

Para poder dar respuestas adecuadas, tanto en el campo clínico de CP como

de la Bioética en esta área, es necesario el fortalecimiento del talento humano. Este aspecto lo menciona la OMS (2017) al resaltar su falencia: “la falta de formación y de concienciación sobre los CP por parte de los profesionales de la salud es un obstáculo importante a los programas de mejoramiento del acceso a esos cuidados”. Si se mira, no son muchas las Universidades Colombianas que ofrecen dentro de sus programas de pregrado la asignatura de CP o que ofrecen programas de especialización, por este motivo son pocos los profesionales especializados con los que se puede contar ante la alta demanda de la población a este tipo de atención (Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos, 2017).

Por estas razones me interesa, como profesora de Deontología del Programa de Enfermería y estudiante de la Especialización en Bioética desarrollar la propuesta de una electiva que relacione la Bioética y el área de CP para la Facultad de Ciencias de la Salud en la Universidad Simón Bolívar. La incorporación de la bioética en los currículos de grado y posgrado constituye una estrategia fundamental para mejorar la calidad de atención sanitaria y desarrollar una práctica médica en un marco que enfatice la atención integrada sobre la especializada y que privilegie a la “persona” sobre la enfermedad, aspectos claves en el manejo de CP (Outomuro, 2008).

A través de la formación de los distintos profesionales en salud, tanto en principios bioéticos, como en CP y en los aspectos jurídicos que se relacionan con esta área, se logrará realmente brindar una verdadera atención integral, que debe estar centrada en la persona, como lo pide el MIAS, que define la atención integral como

“el conjunto de acciones coordinadas, complementarias y efectivas para garantizar el derecho a la salud, expresadas en políticas, planes, programas, proyectos, estrategias y servicios, que se materializan en atenciones dirigidas a las personas, familias y comunidades para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos” (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f).

Justificado este estudio se describen a continuación los objetivos que indican la finalidad y los diferentes campos de fundamentación de la propuesta del programa de la asignatura electiva Bioética y Cuidados Paliativos.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Proponer una asignatura electiva de formación en Bioética y Cuidados Paliativos para estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Simón Bolívar para el año 2018.

Objetivos Específicos:

1. Describir los fundamentos teóricos de la Antropología Filosófica característicos de un plan de formación en Bioética y Cuidados Paliativos que permitan visualizar la dignidad humana y la calidad de vida de acuerdo con las realidades humanas de vulnerabilidad, dolor y sufrimiento.
2. Describir los fundamentos de la Bioética en los Cuidados Paliativos.
3. Proponer un diseño metodológico de la enseñanza de la electiva Bioética y Cuidados Paliativos que promueva en los estudiantes la acogida de los pacientes integralmente.
4. Describir el programa de la electiva de formación en Bioética y Cuidados Paliativos para los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud.

INTRODUCCIÓN

La educación en Bioética y Cuidados Paliativos se plantea con el fin de hacer una propuesta para una asignatura electiva de formación en Bioética y Cuidados Paliativos, cuya población objeto son los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Simón Bolívar para el año 2018. Esta tarea plantea en primer lugar describir los fundamentos teóricos de la Antropología Filosófica para presentar posteriormente un programa que respete y acoja la dignidad humana en los pacientes, que promueva la calidad de vida teniendo en cuenta realidades humanas como la vulnerabilidad, dolor y sufrimiento.

Una vez descritos estos fundamentos se continuará con los principios de la Bioética en Cuidados Paliativos. En este capítulo se procurará hacer una aproximación a esta área de las Ciencias de la Salud a modo introductorio, así los estudiantes podrán tener un conocimiento general del tema.

Dado que tanto la Bioética como los Cuidados Paliativos tienen su propio objeto de estudio y método, resulta clave describir cómo se entrelazan ambas áreas del saber y cómo la educación en Bioética puede aportar a una introducción a los Cuidados Paliativos en los estudiantes. La toma de decisiones clínicas y éticas implica una formación adecuada para los profesionales de la salud.

Para culminar la propuesta de la electiva se considera necesario ahondar en el diseño metodológico de la enseñanza de modo que promueva en los estudiantes la acogida de los pacientes integralmente. Este tema permitirá abordar finalmente la descripción del programa completo de la electiva Bioética y Cuidados Paliativos de manera que se integren los conocimientos y la adquisición de las competencias específicas que se pretende lograr finalizado el curso. Se tendrán en cuenta los requisitos de la estructura del microcurrículo manejado por la Universidad que contiene elementos similares a los utilizados

por otras instituciones educativas de modo que se puede ofrecer también en otras Universidades para profesionales de la salud.

I. FUNDAMENTOS DE ANTROPOLOGÍA FILOSÓFICA

A) La Persona en el mundo de la bioética del final de la vida

En todo estudio que se realiza es importante tener en cuenta su relación con la persona, porque de una u otra forma ella se verá afectada. Al hablar de Bioética se podría decir que esta relación se hace más estrecha porque se puede afirmar que según el concepto de persona que se tenga se tendrá una ética distinta, y por consiguiente una bioética también distinta. Ramón Lucas Lucas (2005) en su libro “Explícame la Bioética” concluye que la bioética, por estar al servicio del hombre, tiene que conocer antes que nada quien es la persona. En el caso de los CP es clave reconocer su dignidad y su naturaleza corpóreo-espiritual para darle siempre el respeto que merece por ser persona y el trato integral que implica tener siempre presentes las dimensiones bio-psico-sociales de la salud.

Según Elena Postigo (Bioética, concepciones antropológicas y corrientes actuales, s.f): Si nos preguntamos por el concepto de hombre que subyace en la bioética, en nuestra opinión, no se puede hablar de un único concepto. Es decir, la visión antropológica no es única.” La autora nos señala tres posiciones fundamentales que a lo largo de la historia han intentado explicar quién es la persona humana:

a) Materialismo, reduccionismo biologicista o funcionalismo: afirma que el hombre se reduce a su materia genética o biológica, a su cuerpo. Son materialistas todos los monismos funcionalistas o aquellas versiones que explican al hombre en virtud de la capacidad de realizar ciertas funciones vitales. Esta posición está sostenida por autores en bioética como P. Singer o H.T. Engelhardt jr.

b) Dualismo interaccionista: afirma que el hombre es un dualismo de materia y espíritu, que siendo dos sustancias completamente distintas interaccionan entre sí, sin explicar a fondo el cómo se unen esas dos realidades. Esta

posición, ya sostenida por Platón y Descartes, fue sostenida por Popper y Eccles en algunas de sus obras sobre la mente y el cerebro.

c) Unidad-dual: Afirma que el hombre no es sólo su materia corpórea sino que es “unidad-dual” de cuerpo material y ser inmaterial o alma, entendida esta última en su sentido filosófico, como principio de vida. Ancla sus raíces en la filosofía aristotélica, después asimilada por Tomás de Aquino y actualizada por autores contemporáneos, no sólo aristotélico-tomistas, sino también por algunos de raigambre fenomenológica.

La Dra. Postigo (s.f.) continúa diciéndonos que

“en la bioética, se habla mucho de la persona, de su dignidad y respeto, de los derechos y deberes de la misma pero al mismo tiempo asistimos a una disociación de la corporeidad respecto al ser de la persona, hasta el punto de afirmar que la identidad personal no es primera y fundamentalmente corpórea” (p.8).

A este respecto, sobre la relación cuerpo-persona / ser humano-persona, según Postigo (s.f) en Bioética, podemos observar dos posiciones antropológicas fundamentales y antitéticas que tienen relación muy directa con los servicios en Cuidados Paliativos porque establecen diferentes relaciones entre cuerpo humano y persona humana con sus consecuencias en la toma de decisiones bioéticas:

Unas tesis sostienen que hay una separación entre el cuerpo y la dimensión personal. El cuerpo no expresa siempre a la persona, en algunos momentos este es sólo material biológico: en la etapa embrionaria, cuando está en coma, etc. En estas posturas hay una “reificación” o cosificación del cuerpo biológico reduciéndolo a una dimensión cuantitativa.

Las mismas consecuencias surgen de la visión funcionalista de la subjetividad que afirma que sólo son personas aquellas que se relacionan, que sienten, que razonan, que son conscientes; por esta vía se llega a la instrumentalización del cuerpo y a una desprotección total de los “cuerpos biológicos” incapaces de algunas de las funciones mencionadas anteriormente permitiendo como acciones lícitas el infanticidio, la eutanasia, la eugenesia, entre otros.

Otras tesis explican que el cuerpo del hombre, y por tanto la persona, comienza a existir en el momento en el que se produce la fecundación entre los gametos masculino y femenino, en ese mismo momento comienza el individuo biológico, a saber la persona.

En síntesis, para la Dra. Postigo (s.f.)

“la corporeidad debe ser considerada además de relacionalidad originaria, como una unidad somática e integral con una organicidad entre sus partes y una direccionalidad intrínseca, como categoría fundamental en todo ser humano. Para su comprensión última no basta la interpretación fenomenológica de la misma sino que es necesario afirmar unos principios metafísicos intrínsecos a toda corporeidad como son la unidad del ser vivo, el acto y la potencia de sus funciones, la existencia de cambios accidentales y funcionales y la permanencia de la sustancia. No se puede reducir la persona a la realización actual de sus funciones sino a la presencia de algo que ya sea en acto y que les permite obrar, a esto algunos lo han llamado naturaleza o principio de operaciones no reductible a la actuación de las mismas”. (p.10)

Tener presente que la persona es más que su inteligencia, más que su voluntad, más que su capacidad de movimiento, etc. es fundamental en el momento de prestar CP, aquellos cuidados activos, totales e integrales que se proporcionan a los pacientes con una enfermedad en fase avanzada y progresiva que ya no responden al tratamiento curativo, porque muy probablemente estos pacientes irán perdiendo algunas de estas facultades aunque nunca dejarán de ser personas y, por tanto, acreedoras de la dignidad humana que exige atención, cuidado y respeto de sus derechos.

Haciendo honor a la realidad y al deber de tener sentido de la realidad, del que nos habla Begoña Román (1996), se puede describir a la persona como unidad-dual: el cuerpo del hombre (aunque la expresión resulte equívoca) es un cuerpo espiritualizado, del mismo modo que el espíritu humano es en el cuerpo (Yepes & Aranguren, 2003) y esta unidad–dual, con todas las implicaciones que conlleva desde la bioética, debe ser tenida en cuenta por los profesionales de la salud durante todo el manejo clínico especialmente por las personas que trabajan en los servicios de CP.

B) Vulnerabilidad, dolor y sufrimiento como realidades presentes en los CP:

Partiendo de la realidad corpóreo-espiritual de la persona, de esa unidad-dual, se puede entender su vulnerabilidad, las implicaciones del proceso salud-enfermedad, la presencia del dolor, del sufrimiento y de la muerte: los animales mueren pero no saben que van a morir; realidades, todas éstas, como hemos mencionado en párrafos anteriores, directamente relacionadas con la atención en los servicios de CP.

El origen del término “vulnerabilidad” es el término latino “vulnus”, que significa herida, golpe, punzada, y también desgracia o aflicción. En el mismo campo semántico se encuentra “vulneratio”, herida o lesión, y también el verbo “vulnero”, herir o lastimar, cuando el daño es psíquico o emocional, se abre la vía del sufrimiento (Feito, El dolor como desencadenante de la solicitud y el cuidado, 2012).

Según Feito (2007), la vulnerabilidad es un concepto con múltiples significados, actualmente se habla de dos dimensiones: una antropológica entendida como condición de fragilidad propia e intrínseca al ser humano, por su ser biológico-psíquico-social; y una vulnerabilidad social-política que se refiere a las condiciones del medio (ambientales, o de otro tipo) en que su vida se desarrolla, dando lugar a que se hable de poblaciones vulnerables, para referirse a aquellos grupos de personas que, a consecuencia de las condiciones del medio en que viven, están en una situación de mayor susceptibilidad al daño.

Vulnerabilidad Antropológica: Ser vulnerable implica fragilidad, una situación de amenaza o posibilidad de sufrir daño. La persona por su condición corpóreo-espiritual, por su capacidad de sentir y pensar, por su historia en relación con otros es susceptible de recibir o padecer algo malo o doloroso, como la enfermedad, heridas físicas o emocionales.

“La muerte, la enfermedad y el sufrimiento son manifestaciones de nuestra radical finitud, de nuestro escaso poder, están ínsitas en el ser humano como radical y constitutivo elemento de su vida, pues están siempre presentes.”
(Feito, 2007, p.9)

Vulnerabilidad Social: relacionada con el análisis de las condiciones de especial fragilidad en que ciertos ambientes o situaciones socio-económicas colocan a las personas que los sufren.

Se podría decir que las personas que actualmente requieren de CP forman parte de un grupo vulnerable desde las dos dimensiones, aunque la vulnerabilidad social puede disminuir si se logra contar con todos los recursos de protección por parte del Estado y de la formación adecuada del personal de salud que los cuida.

Continuando con nuestra breve explicación de algunos conceptos podemos decir, desde la filosofía antropológica, que el dolor “es un daño sentido” (Yepes & Aranguren, 2003). El dolor tiene un primer nivel, biológico y físico, donde se manifiesta como reacción a un estímulo sensitivo perjudicial, es una señal al servicio de la vida ante lo que representa una amenaza para la misma.

Scheler, citado por Lucero (García, Juan, s.f.) señala cuatro estratos de dolor en la persona: somático, vital, psíquico, y espiritual. De acuerdo con estos estratos existen también cuatro sentimientos fundamentales: sensoriales, corporales y vitales, del yo y de la persona. El dolor es un sentimiento del primer estrato, sensorial, referido al yo, cuando afecta a la persona se convierte en sufrimiento (cuarto estrato). El sufrimiento, difiere del dolor no solo por su intensidad, sino por su duración, devora todas las perspectivas de futuro, la indeterminación de un horizonte sin dolor, afectando a ese estrato espiritual y produciendo tristeza.

Actualmente por la tendencia al hedonismo y los grandes avances científicos las personas tienen menos tolerancia al dolor y al sufrimiento. Dice Polaino: “estamos en una cultura en la que el sufrir tiene mala prensa. El dolor es hoy un dis-valor” (ed. Polaino-Lorente, 1997) no tenemos motivos para soportarlo, sino medios técnicos para combatirlo; se advierte una pérdida del sentido humanizante y trascendente del dolor que urge recuperar, porque se olvida que el dolor tiene una dimensión perfecta y misteriosa, actualmente no se enseña a encontrar sentido al sufrimiento como tampoco se enseña a morir.

Según Polaino-Lorente (1997) el dolor es una cuestión que interpela a cada

persona ya que el sufrimiento resulta inevitable, ningún hombre puede zafarse de la experiencia del sufrimiento. De una u otra forma, todos acabamos por ser hombres dolientes, huyendo del dolor padecemos doblemente: la actitud que incapacita para soportar el padecer, aumenta el sufrimiento. Por el contrario se puede ver el dolor como

“el banco de pruebas de la existencia humana, el fuego de la fragua donde, como los buenos aceros, el hombre se ennoblece y se temple. Cuando sufro una enfermedad, un ultraje o una desgracia no somos libres de sufrirlos o no, vienen impuestos, pero podemos adoptar ante ellos una actitud positiva o negativa, de aceptación o rechazo. En esa libertad radica la posibilidad de enriquecerse con el dolor” (Polaino–Lorente, 1993, p.304).

Lo primero que se necesita para saber qué hacer con el dolor es aceptarlo, como algo que está ahí, y que tenemos que encarar, quien acepta esa situación convierte el hecho doloroso en una tarea: la de reorganizar la propia vida. Víctor Frankl, quien estuvo prisionero en los campos de concentración de la Alemania nazi, nos dice: “la enfermedad me es dada como una tarea; me encuentro con la responsabilidad de lo que voy a hacer con ella” (Frankl, 1985). Partiendo de lo anterior se puede decir que solo se puede afrontar el sufrimiento cuando éste se asume con sentido: si sufro por un algo o un alguien, este porqué o para qué deben ser reales; para tener sentido el sufrimiento no puede ser un fin en sí mismo, hay que trascenderlo.

Compartiendo esta opinión, Lucero (García, Juan, s.f.) nos dice que el sufrimiento aceptado nos ayuda a captar las cosas esenciales, nos da luces nuevas para distinguir entre lo que es verdaderamente importante y lo que no lo es.

“Frente al dolor existen actitudes. Una aceptar el dolor la otra consiste en silenciar o suprimirlo. Esto incapacita para padecerlo. Las personas se debilitan. Se trata de atontar a la persona, porque no hay respuesta para sus preguntas. No hay explicación alguna, se esconde el dolor, la muerte etc.; no se habla de ella. No se enseña a morir y nadie aprende sobre esa realidad” (García, Juan, s.f.).

Polaino (1997) señala que el hombre doliente tiene que plantearse si va a ser feliz o no a pesar de sus sufrimientos, y si su respuesta es afirmativa, lo primero que tiene que hacer es aceptarse a sí mismo tal como es, con los

sufrimientos y limitaciones.

Conocer la necesidad que tiene la persona doliente de aceptarse en su situación, así como el hecho de darle sentido, un por quién o un para qué sobrellevar el dolor y el sufrimiento, es clave para el personal que atiende los servicios de CP, concretamente para el personal de Enfermería quienes incluyen dentro de sus cuatro funciones primordiales aliviar el sufrimiento.

Polaino (El sentido del sufrimiento, 93) continúa hablando de la importancia de ayudar a encontrar un sentido al sufrimiento, un sentido que tiene que ser real, porque en ello radica la verdadera capacidad de consolar.

Cuando el dolor y el sufrimiento se encaran con esta perspectiva el sufrimiento refleja su dimensión perfecta, ennoblece, hace más digna a la persona. El dolor cuando queda integrado en la vida, nos moldea, nos hace más únicos, más humanos. "Hay que buscar la perfección en las entrañas del sufrimiento". (ed.Polaino-Lorente, 1997)

"El sufrimiento en el plano humano permite ser realista, ayuda a tomar conciencia de que algo no anda bien, ayuda a comprender a los demás, a tener cariño y solidaridad, pero sobre todo a que nos hagamos la gran pregunta sobre el sentido de nuestra existencia". (García, Juan, s.f.)

II. GENERALIDADES SOBRE BIOÉTICA

Se incluye a continuación un bosquejo de lo que es la bioética para ubicar al lector, estos temas se trabajarán con la amplitud necesaria dentro del desarrollo de la asignatura.

El término bioética tiene su origen etimológico en las raíces griegas bios-ethos: vida-costumbres y conducta, respectivamente. V.R. Potter (1970) acuñó esta palabra para relacionar las ciencias de la vida con la ética; este autor quería resaltar la influencia de las variaciones del ambiente sobre la salud del hombre por esta razón su mirada de la bioética fue siempre global.

En otros escritos, Potter se refirió a la bioética como sabiduría de la ciencia para destacar que todo científico debería recuperar la dimensión sapiencial como algo intrínseco a su profesión.

A lo largo de estos años se han elaborado diferentes definiciones de la bioética, en este trabajo se va a adoptar la redactada por la Dra. Elena Postigo (s.f) en su artículo: “Bioética, concepciones antropológicas y corrientes actuales” porque aún los elementos que se encuentran en diferentes definiciones.

“La bioética es el estudio sistemático e interdisciplinar de las acciones del hombre sobre la vida humana, vegetal y animal, considerando sus implicaciones antropológicas y éticas, con la finalidad de ver racionalmente aquello que es bueno para el hombre, las futuras generaciones y el ecosistema, para encontrar una solución clínica o elaborar una normativa jurídica adecuada”. (p.3)

A) Breve historia de la bioética

Antes de que V.R. Potter introdujera el neologismo de bioética, existía el Hastings Center construido en 1969 para trabajar en el estudio y formulación de normas especialmente en el campo de la investigación y la experimentación biomédica. En 1972, André Hellegers crea el Instituto Kennedy de Bioética en la Universidad de Georgetown, siendo esta la primera ocasión en que una

institución académica adopta el nuevo término. El objetivo de bioética en estas entidades es el trabajo interdisciplinar entre medicina, filosofía y ética.

En el nacimiento de la bioética es importante tener en cuenta que tuvo gran incidencia la reacción ante el conocimiento público de varios experimentos realizados en seres humanos en los cuales no se había reparado en su dignidad humana: entre los más conocidos están el caso del Jewish Chronic Disease Hospital, de Brooklyn, Nueva York, donde se inyectaron subcutáneamente células cancerígenas a 22 pacientes ancianos sin su consentimiento, o el caso de la Willowbrook State School, una institución para niños retrasados de Staten Island, Nueva York, donde se infectaba de hepatitis a los niños recién ingresados, con el fin de encontrar una vacuna, o el estudio sobre la historia natural de la sífilis de Tuskegee.

Ante este panorama aparecen nuevos textos reguladores, con el objetivo de garantizar la protección de los sujetos de investigación, como la Declaración de Helsinki de 1964 y el Informe Belmont, donde se redactaron los principios éticos básicos para la investigación y sus aplicaciones correspondientes.

A partir de entonces la bioética ha tenido una ágil difusión por el mundo de la ciencia y del humanismo, se han creado centros de bioética en varios países y muchos científicos, filósofos y teólogos han desarrollado una amplia variedad de corrientes bioéticas.

Entre las más conocidas están: la corriente del principialismo de T.L. Beauchamp y J. Childress con sus cuatro principios muy conocidos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia; el principialismo moderado de Diego Gracia, que jerarquiza los anteriores principios en dos rangos: superior (no maleficencia y justicia) e inferior (beneficencia y autonomía); el utilitarismo y funcionalismo de raíz empirista y materialista para quienes es bueno aquello que produce el mayor beneficio y bienestar al mayor número de personas, con un pensamiento de costo-beneficio, uno de sus representantes es P. Singer y el contractualismo, también de tradición empirista, que afirma la necesidad de acudir al consenso como única fuente de autoridad en el momento de tomar decisiones ya que no se pueden alcanzar principios

universales, entre sus representantes encontramos a H.T. Engelhardt jr.

Otra de las corrientes es el personalismo bioético con fundamentación ontológica de Elio Sgreccia, que hace una síntesis entre la filosofía realista clásica y algunos aportes de la fenomenología contemporánea personalista.

Últimamente han surgido otras corrientes unidas a la ética: ética del cuidado, ética de la virtud y la ética narrativa que integran algunos de sus aportes con los del personalismo de fundamentación ontológica.

B) Principios de la bioética

Roberto Andorno en su libro “Bioética y Dignidad de la Persona” (2012) hace una explicación completa de los principios de la bioética:

“Una disciplina esencialmente valorativa como la bioética es difícilmente concebible sin la referencia a ciertos criterios que ayuden, tanto en la elaboración de conclusiones generales (en el caso de las bioéticas teórica y normativa), como en la toma de decisiones concretas (en el caso de la bioética clínica). Debe tenerse en cuenta que la nueva disciplina no se agota en la mera *descripción* neutra de los dilemas que plantean las prácticas biomédicas, sino que adquiere su sentido más pleno con la búsqueda de *respuestas* adecuadas a tales dilemas. Para ello, necesita ineludiblemente contar con algún tipo de referencias valorativas, que reciben el nombre de principios.” (p.32)

Menciona Andorno como principio eminente el respeto de la dignidad humana, luego asume dos principios redactados por Beauchamp y Childress: Beneficencia y Autonomía e incluye los principios de vulnerabilidad y los propios del ámbito de la salud pública, en el que incluye la justicia y la de solidaridad. Como estos principios tienen mucho peso en el trabajo de CP se van a detallar al hablar de la bioética en CP.

C) Características de la bioética

Interdisciplinariedad:

En el Diccionario de la Real Lengua Española se encuentra la palabra interdisciplinario: adj. Dicho de un estudio o de otra actividad: Que se realiza con la cooperación de varias disciplinas.

En bioética la interdisciplinariedad se puede entender como el complejo entretendido de ciencias experimentales, ciencias humanas, filosofía de la naturaleza, ciencias jurídicas, cada una aportando su estatuto epistemológico para dar una solución al cuidado de la vida.

No es tarea fácil el trabajar interdisciplinariamente y mucho menos formar en interdisciplinariedad, porque tiende a confundirse con escuchar los pareceres que tienen distintos profesionales sobre una realidad “x”, para finalmente hacer una síntesis desde su propia disciplina y no es esta la verdadera interdisciplinariedad.

Según Agazzi (2002)

“el verdadero desafío de un estudio interdisciplinar consiste, por un lado, en el tomar como punto de partida las diferentes disciplinas, respetando su especificidad de conceptos, métodos y lógicas, y, por otro lado, trabajar para que todo ello no resulte una ‘barrera’ para la comunicación. Se puede ver entonces que la dificultad más seria para el estudio interdisciplinar no consiste en el hecho de tener que ‘albergar en una sola cabeza’ muchos conocimientos diferentes, sino en el esfuerzo de comprender el sentido especial de ciertos conceptos, de acostumbrarse a ciertos tipos de ‘racionalidad’ particulares”.

(p.245)

La interdisciplinariedad nace de razonar desde el método propio de cada ciencia, y esto es un verdadero arte que requiere especialmente cultivar el diálogo que permite crear un nuevo conocimiento a través de un nuevo modo integrado de conocer y de razonar.

La obra final de este proceso es un cambio en el modo de reflexionar, de enjuiciar, de decidir; es un nuevo modo de *ver* y de actuar, en el que se cuenta con una especial sensibilidad intelectual para los temas bioéticos.

Otros autores como Lolás (2001) proponen que la Bioética requiere las capacidades de formular, analizar y ojalá atenuar los dilemas que plantea las actuaciones sobre la vida; en este caso estamos hablando de algunos procesos que la mente humana utiliza para pensar y que se pueden identificar con las competencias interpretativas, argumentativas y propositivas que facilitan la interdisciplinariedad.

Mariano Artigas (2001), en el seminario "Mi visión sobre la interdisciplinariedad" comenta que habiendo entrado a Internet a revisar contenidos sobre interdisciplinariedad encontró interesantes las perspectivas planteadas por dos Universidades, una en Canadá: Universidad de British Columbia y otra en Francia: Universidad Interdisciplinar de París, perspectivas de las que concluye que el punto de partida de la interdisciplinariedad es la disciplinariedad, ya que si no hay disciplinas, falta la materia prima de la interdisciplinariedad y se da por supuesto que el trabajo interdisciplinar respeta las características propias de cada disciplina (Universidad de British Columbia).

La otra idea que Artigas destaca es la definición del objetivo de la bioética, trabajada en la Universidad Interdisciplinar de París, como

"contribuir a renovar el diálogo roto por una cierta modernidad entre el orden de los hechos y el orden de los valores, facilitando el diálogo de los científicos, los filósofos, los teólogos y los actores del mundo económico, a fin de comprender mejor la articulación entre las implicaciones de la investigación científica y la búsqueda de sentido".

Tanto para Artigas (2001) como para Mazzanti (2006) se requiere un *punte intelectual* que facilite esta comunicación. La invitación a reflexionar sobre el qué, el por qué y el para qué de la bioética se adentra en el campo filosófico, siendo este el puente que ofrecen los dos autores para propiciar el diálogo. Lo es necesariamente porque sólo ella posee la capacidad de tender puentes entre dos perspectivas separadas por objetivos y metodologías diferentes: la ciencia experimental y las cuestiones de tipo metafísico, en su sentido más amplio, bien se refieran a las características del mundo, a la naturaleza humana, o a las dimensiones religiosas. Una de las tareas recurrentes en la filosofía es la búsqueda de conexiones entre las diversas perspectivas que constituyen el entramado de la vida humana, junto con la búsqueda de su

sentido y en esto, según Artigas, consiste la interdisciplinariedad.

Los dos autores coinciden en que este *punto intelectual* tendrá que recuperar la confianza en la verdad, en la posibilidad de captar la realidad sobre la persona humana y el mundo que la rodea y para esto es necesario volver al realismo. Según Artigas, no es necesario aceptar un tipo fuerte de realismo para admitir la singularidad del ser humano. Partiendo de esta singularidad real se debe trabajar en CP.

b) Pluralidad de enfoques

Al desarrollar la historia de la bioética, en los párrafos anteriores se describieron brevemente las distintas corrientes bioéticas que surgen básicamente del enfoque antropológico que las fundamenta. En el desarrollo de esta monografía la corriente que va a sustentar el trabajo bioético va a ser el Personalismo de fundamentación ontológica que se guía por los siguientes principios:

“1. *Principio de defensa de la vida física*: representa el valor fundamental por el cual no puede suprimirse de manera directa y deliberada la vida de alguien para favorecer la vida de los demás o las mejores condiciones político-sociales de algunos, porque la persona es una totalidad de valor y no una parte de la sociedad.

2. *Principio de libertad y responsabilidad*: que plantea la libertad como carga responsable de la vida propia y de la de los demás, puesto que la vida es condición para el ejercicio de la libertad.

3. *Principio terapéutico de totalidad*: lleva a tener presente que se debe salvar la integridad de las personas tanto física como espiritual y moralmente. Exige analizar la proporcionalidad de los beneficios y riesgos en procedimientos que afecten a cada persona.

4. *Principios de bien común, solidaridad y subsidiariedad*: el primero se refiere a la sumatoria de bienes personales que conducen a que cada uno alcance mayor perfección; el segundo, a la creación de grupos que apoyan a sectores

de la sociedad, y conlleva la protección de los más necesitados partiendo del hecho de que todos somos corresponsables unos de otros; el tercero hace parte de un principio social que complementa a otros y que a la vez se constituye en una *virtud moral*, pues es la *determinación firme y perseverante de empeñarse por el bien común*.

5. *Principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia*: pertenecen en su origen al principialismo anglosajón, que procura orientar la relación médico-paciente en la práctica clínica. Estos cuatro principios deben asumirse desde una adecuada concepción de persona humana y de libertad, como se vio en los principios anteriores, cuando se utilizan para eliminar vidas consideradas como no eficaces o funcionales, se alejan de los criterios basados en el valor de la dignidad de la persona humana”. (Mazzanti, 2006, p.58)

c) Trabajo teórico-práctico

La Bioética, al conjugar la toma de decisiones con la ejecución de las mismas implica conocimientos teóricos, normativos y prácticos. En tanto que el saber teórico debe ocuparse de los principios, el saber normativo debe manejar los criterios objetivos de operación que surgen de los principios teóricos; este “manejar” incluye conocimiento teórico de los principios y juicio práctico para la interpretación correcta de la norma, y en tanto que el saber práctico deberá ser capaz de dirigir la acción.

“No posee un conocimiento capaz de dirigir la acción concreta quien conoce las normas de operación, este es a lo sumo un conocimiento técnico informado, sino quien conociendo las normas es capaz de relacionarlas con los principios y configurar la acción concreta a la luz de éstos. En otras palabras: la normatividad es un puente de unión entre los principios teóricos universales de orden teleológico, y la acción singular, concreta y contingente; pero este nexo no garantiza por sí mismo la corrección de la acción. Afirmar lo contrario sería establecer una relación de orden puramente técnico entre fines y medios, que ignora tanto la imprevisibilidad de la acción real, como la capacidad y necesidad del juicio prudencial del agente, que es lo mismo que negar su responsabilidad en tanto que ejecutor de la acción”. (Parra, ¿Se puede enseñar

la Bioética?, 1997)

III. GENERALIDADES SOBRE LOS CUIDADOS PALIATIVOS (CP)

A continuación, se desarrollan brevemente los contenidos sobre algunas generalidades de los CP que se van a trabajar en la asignatura y otros que tienen relación directa con Bioética en CP. La parte estrictamente clínica de los CP se trabajará en las asignaturas de cada programa dependiendo de los contenidos correspondientes a cada carrera y servirán de apoyo en el estudio de casos concretos o en el desarrollo de sus prácticas.

En 1990 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió CP como

“el cuidado activo total de los pacientes cuya enfermedad no responde ya al tratamiento. Tiene prioridad el control del dolor y de otros síntomas y problemas de orden psicológico, social y espiritual. El objetivo de los cuidados paliativos es proporcionar la mejor calidad de la vida para los pacientes y sus familiares”.

Esta misma organización internacional redefinió en 2002 el concepto acentuando la prevención del sufrimiento:

“son un modelo de atención que mejora la calidad de vida de los pacientes con enfermedades avanzadas de pronóstico letal y la de sus familias, por medio de la prevención y el control del sufrimiento con la identificación precoz, la evaluación y el tratamiento adecuados del dolor y otros problemas físicos, psico-sociales y existenciales”

Según, la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos estos

“son los cuidados activos, totales e integrales que se proporcionan a los pacientes con una enfermedad en fase avanzada y progresiva, potencialmente mortal a corto plazo y que ya no responde al tratamiento curativo”. (Astudillo, P.17)

En Colombia, la Ley 1733 de 2014. Ley Consuelo Devis Saavedra, los define como

“los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible donde el control del dolor y otros síntomas, requieren además del apoyo médico, social, espiritual, psicológico y familiar,

durante la enfermedad y el duelo. La medicina paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal”.

Como se ha mencionado anteriormente uno de los objetivos fundamentales de los cuidados paliativos es el alivio del dolor y de los síntomas, pero no debe limitarse a este aspecto de la enfermedad porque sería una simplificación no deseable para el paciente y familia. El sufrimiento en estos casos tiene múltiples componentes interrelacionados que requieren un abordaje integral por parte de un equipo de trabajo interdisciplinar, incluso en algunos momentos, multidisciplinar.

¿Qué pacientes deben recibir CP?

Si bien originalmente los CP surgieron para los enfermos oncológicos, por el bienestar que producen se utilizan cada vez más en otras patologías crónicas: cardiopatías, enfisema, ictus, cirrosis, demencia; pacientes con SIDA con esperanza de vida inferior a seis meses; pacientes con limitación funcional y/o inmovilizados complejos, etc., porque éstas comparten muchos síntomas comunes que pueden beneficiarse del enfoque terapéutico paliativo (Astudillo, s.f).

A) Breve historia de los Cuidados Paliativos

La humanidad se ha ocupado desde siempre de sus moribundos, sin embargo, es desde principios del siglo XIX, cuando se han dado progresos en el cuidado de la gente enferma en fase final. Entre quienes merecen la mención se encuentran: Jeanne Garnier, en Francia; María Aikenhead, en Irlanda, Rose Hawthorne, en EEUU.

Etimológicamente “paliativo” deriva de *pallium*, palabra latina que significa “capa”, capote; significa proporcionar una capa para calentar a “los que pasan frío”, toda vez que no pueden más ser ayudados por la medicina curativa (Pessini, 2006).

En la mitad del siglo XX, ocurrieron cambios importantes en la medicina occidental y en el ámbito de la salud: el crecimiento de especializaciones, la

creación de nuevos tratamientos, un énfasis creciente en la curación y la rehabilitación y la aparición de un conjunto importante de drogas que permitieron una comprensión más profunda del manejo del dolor y del papel de los opioides en su control (psicotrópicos, fenotiazinas, antidepresivos, antiinflamatorios, entre otros). En 1960 con el trabajo de Cicely Saunders, desarrollado inicialmente en el *St. Christopher's Hospice*, en Hackney, Londres, se introdujo una nueva mirada frente a los cuidados en la fase final de la vida que dio inicio al movimiento paliativo moderno y desde allí se extendió a muchos países.

Como se mencionó en la definición, en 1990 la Organización Mundial de la Salud da su aval a los Cuidados Paliativos, a partir de este momento surgen numerosas asociaciones nacionales e internacionales que con sus publicaciones han facilitado su mayor difusión y ejercicio (Astudillo, s.f).

Los CP no dicen primordialmente relación con los cuidados institucionales, al referirse básicamente a un abordaje se pueden utilizar en diversos contextos e instituciones: el domicilio de la persona, la institución de salud, el hospicio o la unidad específica destinada exclusivamente para este propósito dentro de la institución de salud y aunque por tradición, fueron considerados como aplicables exclusivamente en momentos de muerte inminente estos cuidados deben ofrecerse hoy desde el período inicial del curso de una determinada enfermedad progresiva, avanzada e incurable (Pessini, 2006).

Es importante tener presente que los tratamientos curativos y paliativos no son mutuamente excluyentes, es una cuestión de énfasis: en la medida que la enfermedad avanza será mayor el énfasis en el tratamiento paliativo.

B) Objetivos y bases de la Terapia Paliativa

Su objetivo primordial es controlar los síntomas para optimizar la calidad de vida de los pacientes y dar apoyo a sus familias en esta fase y durante el duelo.

Para la OMS, (1990) el tratamiento paliativo tiene por objetivos: reafirmar la

importancia de la vida, considerando a la muerte como un proceso normal; establecer un proceso que no acelere la llegada de la muerte, ni tampoco la posponga; proporcionar alivio del dolor y de otros síntomas angustiosos; integrar los aspectos psicológicos y espirituales del tratamiento del paciente; ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a llevar una vida lo más activa posible hasta que sobrevenga la muerte y ofrecer un sistema de apoyo a la familia para que pueda afrontar la enfermedad del paciente y sobrellevar el período de duelo (Astudillo, s.f).

Las bases del tratamiento según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) son: la atención integral; el enfermo y la familia son una unidad a tratar; la autonomía y la dignidad del paciente deben regir las decisiones terapéuticas; mantener un concepto de terapia activa; lograr un ambiente óptimo de respeto, apoyo, comunicación (Sociedad Española de Cuidados Paliativos).

Es importante lograr establecer una adecuada comunicación; tener flexibilidad para facilitar cambios organizacionales que se pueden presentar, ya que los objetivos del tratamiento pueden variar de acuerdo con la sintomatología, y trabajar con un equipo interdisciplinario. Todos estos son instrumentos básicos según la SECPAL en el manejo de los pacientes terminales (Sociedad Española de Cuidados Paliativos).

Es también clave contar con instrumentos de control de síntomas que permitan: evaluar los síntomas antes de tratarlos, explicarlos en términos comprensibles, manejarlos con estrategias mixtas (enfermedad terminal y síntomas), monitorearlos adecuadamente y atender a los detalles para evitar efectos secundarios en el tratamiento. (Sociedad Española de Cuidados Paliativos)

C) Comunicación e información

Si la comunicación es siempre una herramienta indispensable en la vida de las personas, en la fase del final de la vida se convierte en uno de los más poderosos instrumentos de alivio tanto para el paciente como para la familia e

incluso para el mismo equipo interdisciplinario porque facilita transmitir el apoyo social y emocional, recoger mejor la información (síntomas, necesidades, deseos), dar la oportuna retroalimentación, etc.

Una buena comunicación según Sánchez Sobrino, citada por Expósito Gázquez (2016)

“refuerza el principio de autonomía, la autoestima, la seguridad, la búsqueda de ayuda realista, la movilización de recursos y facilita la adaptación y la colaboración del paciente. Disminuye la ansiedad en la familia y en el enfermo, reduce la intensidad de los síntomas, facilita el conocimiento y manejo de los sucesos futuros y ayuda a plantear objetivos más realistas con respecto a la enfermedad”. (p.195)

La experiencia indica que en la fase terminal es preciso que se entregue una “verdad soportable” en la cantidad y el momento oportuno. En el libro de Principios Generales (Astudillo, s.f) encuentran las siguientes sugerencias: preparar la entrevista, buscar el lugar y tiempo más propicios para hacerlo, averiguar lo que el paciente sabe o intuye, escuchar con atención sus necesidades, escoger palabras neutras, sencillas, sin tecnicismos, procurar causar el menor impacto posible, facilitar la asimilación y reacción posterior, respetar sus silencios, evitar dar falsas seguridades, ofrecer apoyo verbal y no verbal, procurar mantener seguridad, ser accesible y ofrecer otras entrevistas si el paciente lo ve necesario.

La comunicación con la familia debe ir a un ritmo, límites y forma distinta de la que se tiene con los pacientes. Antes de hacerlo es importante contar con el consentimiento del paciente y estar siempre dispuestos a repetir la información las veces que haga falta porque casi siempre ante las noticias malas se presenta un bloqueo post-información de noticias malas.

No es nada recomendable el silencio ante estas situaciones porque, en lugar de reducir la gravedad del problema buscando una protección, crea una barrera que conlleva actuar aparentando mutuamente como si nada malo ocurriese y que se distancien mucho más entre sí, introduce además

“un elemento de represión y aislamiento emocionales en unos momentos en los que el enfermo necesita más comprensión, consuelo y compañerismo para poder expresar bien sus sentimientos, impidiendo una normal relación, su

participación más activa y la elaboración de proyectos para afrontar el fin de la vida con lo que deja muchos problemas sin resolver”. (Astudillo, p.14)

Es importante que esta comunicación se mantenga entre la familia y el equipo de Cuidados Paliativos durante el periodo de duelo, en el que se orientarán los objetivos a: aumentar la realidad de la pérdida; ayudar al doliente a expresar su afectividad; ayudar a vencer los impedimentos que evitan el reajuste después de la pérdida y estimular para decir “adiós” al fallecido y sentirse confortado en la nueva situación (Sociedad Española de Cuidados Paliativos).

IV. BIOÉTICA Y CUIDADOS PALIATIVOS DOS REALIDADES INSEPARABLES

Los CP han llevado al equipo de salud, en algunas circunstancias, a una reorientación terapéutica dejando a un lado la actitud médica tradicional que optaba por una de estas dos posturas: el abandono o el encarnizamiento terapéutico, para asumir nuevamente la verdadera posición del equipo de salud: cuidar del paciente, atenderlo como una persona, buscar un beneficio terapéutico para el paciente considerado como un todo, y no simplemente enfocarse en producir un efecto benéfico sobre una parte del enfermo (ICI-Ministerio de Salud, 2014).

La Bioética en CP incluye las generalidades propias de esta disciplina, revisadas en el capítulo anterior, al igual que contenidos específicos que se trabajan de manera especial en estos servicios, entre los que se encuentran: el respeto a los derechos de los pacientes, quienes en CP se encuentran en situación mayor de vulnerabilidad; el acceso oportuno a los servicios de salud; la toma de decisiones acertadas para el manejo adecuado del dolor y del sufrimiento; el reconocimiento del principio de autonomía expresado específicamente a través de la renuncia al tratamiento, los debates ante la alimentación y la ventilación al final de la vida, las órdenes de no resucitar y de la elaboración de los testamentos vitales; la aplicación del principio del doble efecto y del principio de dobles lealtades y la decisión de no al encarnizamiento terapéutico, entre otros.

Toman especial relevancia en los CP el consentimiento informado apoyado en el derecho a la información o a estar desinformado, si se desea, y los conceptos de dignidad humana y calidad de vida que adoptan un sentido especial al final de la vida. Se puede definir la dignidad humana, principio eminente de la bioética, como el valor intrínseco de cada persona, que no puede ser determinado por circunstancias externas: el ser humano siempre, en todo caso y situación es excepcional e irrenunciablemente digno por sí mismo,

por ser una persona, un ser dotado de un espíritu y por tanto de libertad, independientemente de que pueda expresar o no algunos rasgos característicos de su naturaleza (hablar, pensar, relacionarse, etc.). Esta dignidad según Kant (1999) hace que nunca pueda ser utilizada una persona como un medio, siempre debe ser respetada como un fin en sí, no se puede instrumentalizar independientemente de cuál sea su grado de desarrollo, sus capacidades físicas o mentales, o las circunstancias en las que se encuentre: las cosas tienen "precio" las personas tienen "dignidad". Sobre este concepto se apoyan los derechos universales. Los Derechos Humanos (DDHH) parten de la condición de dignidad intrínseca de todas las personas para fundamentar en ella la igualdad y universalidad de los mismos.

Desde otra perspectiva la condición de ser digno se relaciona con el reconocimiento social obtenido a lo largo de la vida acorde con el comportamiento personal; en este sentido sí se puede hablar de la existencia de personas más o menos dignas o de la existencia de cargos de mayor o menor dignidad.

Esta dignidad también debe estar presente en la muerte, por esto se redactó en Europa un documento de Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad de los Enfermos Terminales y Moribundos (1999) con varias prerrogativas que deben ser respetadas si se quiere dotar a ésta de dignidad:

- Proporcionar una información veraz y completa, facilitada con compasión y respetando el derecho del paciente a no ser informado;
- Garantizar que ningún enfermo terminal sea tratado contra su voluntad y que en esta materia no actúe bajo influencia de terceros o presiones económicas;
- Asegurar que se respetará el rechazo al tratamiento mediante directivas previas o voluntades anticipadas,
- Recibir el tratamiento adecuado para combatir el dolor físico y el apoyo psicológico para paliar el sufrimiento mental, y
- Recibir, si lo desea, los cuidados necesarios dirigidos a vivir de la forma más confortable el proceso de enfermedad y muerte.

Según el filósofo López Aranguren

“Dignidad equivaldría a la valoración de la propia muerte por los demás ante los demás. La muerte sería un espectáculo en el que nos morimos para los demás y al que cabría pedir tan sólo cuatro cosas: que sea un espectáculo decoroso, que no desdiga de lo que fue nuestra vida, que lo sea en compañía y que lo sea en el propio entorno”. (Astudillo, s.f, p 52)

Si no es fácil definir dignidad humana, definir calidad de vida es aún más complejo porque es un concepto que depende de la evaluación global que la persona hace de su vida dependiendo de las características de cada uno, de los elementos del entorno, del ambiente familiar y social, de los recursos, internos y externos, para afrontar las dificultades. Depende igualmente del contexto cultural, del sistema de valores en el que se vive, de las metas, expectativas, etc. es por tanto una evaluación subjetiva.

En el ámbito de la salud es necesario evaluar la calidad de vida (conveniencia y confort) para conocer si realmente se está mejorando la condición total del paciente con la atención que se le brinda (Lara-Solares, 2005).

Es también importante, y más en el campo de los CP, estar atentos a la expresión “calidad de vida”, como nos indica Roberto A. (2012), para que siempre se maneje dentro del contexto de mejorar las circunstancias de vida del paciente, porque, dependiendo de la mirada con la que se trabaje, esta puede referirse a tesis según las cuales es preferible la muerte a una vida con una enfermedad grave e incurable que no le permite tener al paciente “calidad de vida”.

Como consecuencia del primer principio, la dignidad de la persona, se desprende el principio de beneficencia: el ejercicio de las profesiones de la salud debe orientarse hacia el bien de los pacientes, este principio deriva directamente del imperativo de respeto de la vida, que es el bien más básico de la persona. En otras palabras, el principio de beneficencia incluye establecer cuando un beneficio es mayor al riesgo al que se va a someter al paciente.

Una aplicación peculiar del principio de beneficencia tiene lugar cuando una acción médica produce dos efectos, uno bueno y otro malo. Se habla entonces de la «acción de doble efecto» o del «principio del voluntario indirecto»: es

aceptable el uso de terapéuticas paliativas buscando controlar síntomas, aunque en ocasiones puedan acelerar la muerte, siempre y cuando respondan a criterios científicamente establecidos en estos casos. Esta consideración denominada principio del doble o segundo efecto presupone además de la validez científica, la pericia técnica en la implementación del tratamiento: Un tratamiento con efectos adversos significativos es ética y legalmente aceptable si el objetivo es hacer el bien, aliviando el sufrimiento (Law Reform Commission of Canadá, 1983). En tales casos, el acto médico es éticamente aceptable cuando se cumplen ciertas condiciones:

a) que la acción principal sea en sí misma buena y que la intención del agente también lo sea. Esto significa que el mal no debe ser directamente querido, sino sólo aceptado como un efecto secundario de la acción principal. En otras palabras, no se debe causar directamente un mal para obtener un bien;

b) que haya razones proporcionadas para actuar de esa manera, es decir, que el efecto positivo sea proporcionalmente superior, o al menos equivalente, al efecto negativo.

Se puede decir también que el principio de dobles lealtades se deriva del principio de beneficencia; el primero se refiere al manejo de la información a pacientes terminales, en esta situación tenemos realmente, tres interlocutores morales: el paciente, el familiar y el profesional. El primero, obviamente, tiene derecho a la información o desinformación si lo desea, así como a decidir si sus familiares serán o no informados, sin embargo, el familiar también tiene derecho a la información y en ocasiones son ellos los que la quieren ocultar al enfermo. En el caso en que el paciente quiera estar informado y se de una negativa rotunda de parte de la familia, tendríamos que priorizar el derecho del paciente. Dar la información al paciente en contra del parecer de la familia sólo puede justificarse como mal menor y, siempre, como último recurso, después de haber intentado establecer los mecanismos comunicativos adecuados, en línea de proceso y buscando el beneficio de todos los actores.

Ahora bien, en CP la obligación moral estriba en optimizar las herramientas comunicativas para conseguir hacer compatibles los derechos de las partes

evitando la conspiración del silencio que puede acarrear serios problemas emocionales para el enfermo y la familia y poner en riesgo la confianza paciente-equipo de salud (Antequera, 2006).

Como se mencionó antes al hablar de la importancia de la comunicación en CP el Consentimiento Informado (CI) se convierte en un proceso clave para realizar con el paciente y, en su defecto, con la familia. Según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), el CI implica un proceso y un substrato. El primero se refiere al diálogo entre el equipo de salud y enfermo y el segundo al documento que firman las dos partes como confirmación de la aceptación del tratamiento, debe ser un instrumento que apoye en la toma de decisiones. El objetivo del consentimiento informado es respetar las decisiones de los pacientes y asegurar la entrega de una información adecuada.

Al final de la vida el consentimiento informado tiene unas características que se deben tener presentes: la capacidad de discernimiento del enfermo puede verse afectada por su vulnerabilidad; algunos de los efectos secundarios de los tratamientos para mejorar la sintomatología pueden alterar el proceso de información y la competencia por parte del paciente; presentarse límites en el tiempo para desarrollar el proceso de información; incertidumbre elevada sobre el pronóstico; reconocimiento del papel de la familia en la toma de decisiones y la necesidad de la coordinación del equipo interdisciplinar para la toma de decisiones (SECPAL, 2014).

En el proceso del CI es importante cuidar el principio de autonomía debido a que la relación clínica paciente-médico ha cambiado, actualmente se reconoce la participación del paciente en la toma de decisiones, llegando a darse tal autonomía, que se contempla incluso la posibilidad de rechazo del tratamiento por parte del enfermo. El paciente debe ser respetado en su autonomía y apoyado por el equipo de salud brindándole el conocimiento necesario para la plena comprensión del tratamiento a seguir, con tal respeto por sus decisiones que se dé total ausencia de coacción tanto interna como externa.

El equipo de salud debe dar la información adecuada, incluyendo las repercusiones en la calidad de vida del paciente, conocer las capacidades

cognitivas del paciente que lo hacen competente en la toma de decisiones y entender su proyecto de vida, actitudes, valores y personas de referencia, para apoyar la toma de decisiones asertivas. Es también importante este principio en el caso de que el paciente desee ser sujeto en una investigación.

Según Simón Lorda y Júdez Gutiérrez, citados por Andorno (2012)

“la tarea del profesional es en este modelo muy distinta a la propia del modelo paternalista: su obligación moral no consiste en procurar el mayor beneficio posible tal como él lo entiende, independientemente de lo que opine el paciente. Se trata, por el contrario, de ayudar a éste a descubrir y a decidir qué es lo que le parece más beneficioso para sí mismo, en función de sus circunstancias personales. En otras palabras, el profesional ofrece ahora al paciente un punto de partida: lo que desde su perspectiva como profesional de la salud, con sus conocimientos y experiencia, estima que es la decisión clínica más acertada. A partir de ahí se inicia un proceso dialógico, donde el intercambio mutuo de información tiene una importancia clave, que culmina cuando el paciente decide en forma autónoma qué opción diagnóstica o terapéutica acepta y cuál rechaza”. (p.39)

En algunas ocasiones, el destinatario de la práctica biomédica no es «autónomo» en el sentido antes indicado, esto se presenta con más frecuencia en los CP en los que se encuentra en una situación de especial fragilidad, por ello, la sociedad tiene la responsabilidad de prever medidas particulares para evitar abusos. Esto es lo que en bioética se conoce con el nombre de «principio de vulnerabilidad». La condición humana por su fragilidad hace que todos seamos vulnerables, pero, más allá de esa vulnerabilidad, en el ámbito médico la vulnerabilidad adquiere características peculiares porque la relación médico-paciente está inevitablemente caracterizada por un cierto desequilibrio de poder y conocimientos entre ambas partes y porque las investigaciones biomédicas con seres humanos crean situaciones en las que los riesgos de abusos son mayores (Andorno, 2012).

Además de los principios mencionados, que funcionan a nivel de la relación individual médico-paciente, existen otros que tienen relevancia desde un punto de vista colectivo, es decir, de la sociedad en su conjunto. Ellos son: el principio de justicia y el de solidaridad.

El principio de justicia busca asegurar una distribución equitativa de los recursos en materia sanitaria y evitar discriminaciones. Este principio tiene muchas aplicaciones en CP: por ejemplo, órganos para trasplantes, equipos de diálisis, tratamientos de mantenimiento vital en comparación con el número de personas que necesitan de ellos.

El principio de solidaridad se presenta cuando el beneficiado no es el paciente sino un tercero, en estos casos el principio se llama de solidaridad. Entre los casos más presentados en CP están la donación de órganos para trasplantes y las investigaciones médicas en seres humanos. La solidaridad se apoya en la convicción de que el ser humano es sociable por naturaleza, este principio tiene que ir siempre acompañado de medidas para evitar la instrumentalización de las personas.

Habiendo comentado los principios de la bioética y su aplicación a los CP es importante hablar también de las voluntades anticipadas o testamentos vitales. Aunque las voluntades anticipadas o testamentos vitales, se puede pronunciar antes de encontrarse en la necesidad de recibir CP, en estas circunstancias es más probable que se quiera elaborar un documento en el que toda persona capaz, sana o en estado de enfermedad, en pleno uso de sus facultades legales y mentales, declara, de forma libre, consciente e informada su voluntad de no someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos innecesarios, que pretendan prolongar su vida. Dicha manifestación se deberá extender ante la autoridad que de fe pública, de acuerdo con la Resolución 1051 de 2016, previendo de esta manera el encarnizamiento terapéutico que consiste en la adopción de medidas diagnósticas o terapéuticas, generalmente con objetivos curativos no indicados en fases avanzadas y terminales de manera desproporcionada, o, el uso de medios extraordinarios o de tratamientos no indicados en aquella situación clínica (nutrición parenteral, hidratación forzada, ventilación artificial al final de la vida, opciones totalmente claras en otras fases de las enfermedades) con el objeto de alargar innecesariamente la vida en la situación claramente definida de agonía.

Entre las causas del encarnizamiento terapéutico se pueden incluir las dificultades en la aceptación del proceso de morir, el ambiente curativo, la falta

de formación, la demanda del enfermo y de la familia o la presión para el uso de tecnología diagnóstica o terapéutica (Bátiz, 2014).

Finalmente, para terminar este apartado de bioética y CP, es importante tener clara la diferencia entre una sedación paliativa y la eutanasia. Según la SEPAC, la eutanasia aunque por su etimología significa “buena muerte”, debe entenderse como la “acción u omisión, directa e intencionada, encaminada a provocar la muerte de una persona que padece una enfermedad avanzada o terminal, a petición expresa y revelada de ésta” (Bátiz, 2014). Esta es la definición a la que está circunscrita actualmente la palabra. Para la OMS la eutanasia es aquella “acción del médico que provoca deliberadamente la muerte del paciente”. Debe, por tanto, diferenciarse de la reorientación del esfuerzo terapéutico que consiste en la cesación o no inicio de medidas terapéuticas fútiles.

A) Bioética y Cuidados paliativos: su realidad jurídica e internacional

Según Andorno, R (2012) “El derecho es una de las disciplinas más directamente interpeladas por los nuevos dilemas bioéticos y a la que se reclama, a veces en forma perentoria, respuestas normativas” (p.55). Esta tarea no ha sido fácil, en la mayoría de los países, los comités de ética van por delante de la promulgación de leyes que además no terminan de llegar a concretarse en decretos, este es el caso de la ley de CP en Colombia.

Como la ley está principalmente destinada a garantizar la dignidad y los derechos de las personas debe fijar las bases para asegurar el respeto a cada individuo en todos los campos incluyendo el de la salud, proponiendo la justicia y la equidad como condiciones necesarias para que se respete la dignidad humana, elementos que también forman parte de los principios de la bioética. “Dicho de otro modo, el derecho persigue ordenar las relaciones interhumanas, y por ello no puede hacer abstracción de lo que es el ser humano, de la verdad de su ser”, por este motivo

“el derecho no es ni puede ser un conjunto de normas arbitrarias impuestas por el legislador, como el positivismo jurídico lo ha pretendido. Muy por el contrario,

las leyes aspiran a garantizar el respeto de la dignidad y derechos de cada persona, y de este modo, a que la armonía reine en las relaciones sociales.” (p.57).

Por esta razón en caso de que la ley no respete la dignidad de la persona esta ley no obliga en conciencia y el profesional en salud puede hacer uso de su derecho a la objeción de conciencia.

Otro principio jurídico que tiene una importancia decisiva en bioética es el de no discriminación como resultado de participar todos de la misma la dignidad al ser esta inherente a toda persona, independiente de las circunstancias de salud en las que se encuentre. Por tanto

“el derecho está llamado a desempeñar un papel fundamental en bioética. Se quiera o no, la tarea de conjurar los nuevos peligros para la dignidad humana recae principalmente sobre él, en razón de que la ética no tiene por sí sola la fuerza suficiente para asegurar el respeto de la persona”. (p. 60)

Es a la ley a quien incumbe la tarea de ejercer el poder político, de defender tanto al ser humano de los abusos a que está expuesto, sobre todo en los momentos más frágiles de su existencia (al comienzo y al final de la vida), así como la tarea de defender la ciencia del cientificismo.

Entre los derechos y las leyes que directamente se relacionan con la bioética, la salud y los CP tenemos:

- El derecho a la atención médica, es uno de los más importantes Dentro de la denominada «segunda generación de derechos humanos». Se trata de derechos de «realización progresiva», lo que significa que los Estados se comprometen a adoptar las medidas necesarias, «hasta el máximo de los recursos de que dispongan», para lograr progresivamente la plena efectividad de tales derechos. En Colombia este derecho está amparado por la Ley Estatutaria de la Salud promulgada en el 2015: Ley 1751 de 2015.

- Resolución de la OMS sobre los CP adoptada en la 67ª Asamblea Mundial de la Salud en el documento WHA67.19 del 2014 sobre el fortalecimiento en los CP como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida. En Colombia, se promulgó la ley Consuelo Devis Saavedra, ley 1733 del 2104 que tiene por objeto reglamentar el derecho que tienen las personas con

enfermedades en fase terminal, crónicas, degenerativas e irreversibles, a la atención en CP.

- La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de 2005 de la UNESCO es el primer instrumento global de carácter legal (aunque no vinculante) que extiende este principio a toda actividad biomédica.

Otras leyes o proyectos de ley que se encuentran relacionados con CP en Colombia son la Resolución 1216/15 sobre la eutanasia, la ley sobre la donación de órganos 1805 de 2016 y la resolución 1051 de 2016 sobre voluntad anticipada.

Finalmente es importante tener presente que en la actualidad, la exigencia de consentimiento informado se encuentra en todos los códigos de ética médica y en las regulaciones legales en la materia.

B) Diseño Metodológico de la asignatura electiva Bioética y Cuidados Paliativos que promueva en los estudiantes la acogida de los pacientes para su atención integral

Antes de desarrollar las estrategias y las técnicas didácticas que favorecen la formación en bioética es importante que nos preguntemos, por la epistemología de la misma: ¿es posible aprender bioética?, ¿se puede enseñar?, ¿quién sabe bioética?, ¿cuáles son los conocimientos propios de esta disciplina?

Si partimos de la Bioética como

“un ejercicio racional sobre las conductas morales en el ámbito de la Biología y la Medicina. Ella evidencia una preocupación por la libertad de investigación científica, el límite ético de las ciencias y el respeto por la dignidad humana. Bioética significa ética de la vida, la cual puede entenderse como una reflexión sobre los actos humanos en las cuestiones relacionadas con la vida desde el lugar de las ciencias biológicas, de la salud. Este interés de fondo permite invitar a los profesionales de esta área, a los científicos, a los investigadores, a los técnicos y a la comunidad en general a pensar sobre su importancia”.
(Gómez, 2002)

y sobre la importancia de la formación en este campo del saber.

Como se ha mencionado anteriormente los grandes retos científicos, los avances en investigación en el campo de la Genética, la Biotecnología, el cuerpo humano como un bien disponible, los productos transgénicos, los cambios climáticos como resultado de las intervenciones del hombre sobre la naturaleza, entre otros, nos invitan a cuestionarnos si debe haber límites para la ciencia y a pensar especialmente sobre la formación de los profesionales de la salud y de diferentes ciencias, así como de la gente de la calle, para proteger la vida humana y el planeta tal como lo planteó Potter al inicio de la Bioética.

Consciente de que la formación en este campo es cada vez más reconocida, al menos dentro de los currículos de los programas en salud, surgen preguntas como: ¿Cuál es el momento adecuado para dar esta formación? ¿Dónde debe darse?, ¿Es necesario que esta formación se dé a lo largo de toda la vida? Apoyada en trabajos e investigaciones realizadas se puede hablar de una formación para toda la vida que debe iniciarse en la familia y continuar en la primaria, la secundaria, en los estudios de pregrado, de posgrado y a través de la educación continua, cada etapa con unas características concretas que se complementarán y reforzarán.

Sin embargo, cara a uno de los objetivos que se quiere lograr con el desarrollo de este trabajo: Proponer un diseño metodológico de la enseñanza de la electiva Bioética y Cuidados Paliativos que promueva en los estudiantes de Ciencias de la Salud, de sexto semestre de la Universidad Simón Bolívar, la acogida de los pacientes integralmente, me encuentro con estudios realizados con profesionales y estudiantes de la salud en los que se indica que un alto porcentaje de los conocimientos o referentes de Bioética dependen en buena parte de la formación ética recibida en la familia y no tanto a la formación que se recibe en el pregrado. En el artículo ¿Se puede medir el aprendizaje de la Ética Médica? los autores Sogi C, et al (2005), nos dicen:

“Con relación a los factores que influyen en las decisiones morales, los médicos residentes del 1er año (MR-I) del Hospital Nacional “Daniel A. Carrión” respondieron que significativamente influye mucho en sus decisiones éticas los valores/creencias personales, **familia** y experiencia clínica; y, por el contrario, influyen poco los talleres/conferencias. Respecto a valores/creencias personales, nuestro hallazgo corrobora la observación que el estudiante de

medicina trae consigo una formación moral antes de iniciar su carrera.

Nuestro resultado, aunque no estrictamente comparable, es similar al de Pellegrino y colaboradores. En el estudio de los autores casi la totalidad de sus encuestados (99,4% de 1023), con y sin adiestramiento formal, opinaron que en sus aproximaciones a problemas éticos influyen fuertemente sus propios valores y creencias personales. En un 90%, influyen mucho la experiencia clínica general, modelo de rol, **familia** y pares; tienen moderada influencia la religión, rondas de servicio, supervisión, lecturas, conferencias clínico patológicas y grandes rondas; y, poca influencia, los talleres, seminarios, instrucción programada y cursos formales en ética". (p.182)

En este mismo artículo se mencionan otros autores como Gregorio Marañón, Diego Gracia, Culvery colaboradores, que también han cuestionado la eficacia de la enseñanza de la ética en Pregrado. Gracia, siguiendo la tesis de Kohlberg, concluye que, en caso tal las actitudes que se pueden enseñar son las secundarias que son de adquisición tardía y se pueden enseñar o modificar, en la formación de niveles superiores.

Es cierto que dentro de este mismo artículo se afirma que los hallazgos de la poca influencia de los cursos de bioética en pregrado pueden deberse a que los estudios tipo encuesta tienen limitaciones metodológicas y a que una de las barreras reales de la formación en este campo se encuentra en la actitud del estudiante ante la forma como se enseña la asignatura. Pero esto lejos de desanimarme ante el proyecto y apoyada en evidencias presentadas en otros artículos y por otros autores: Libro blanco de la titulación de medicina (Acreditación, 2005); Principios de la educación médica. Desde el grado hasta el desarrollo profesional, capítulo: Educación en bioética (Altisen Trota); Programa de bioética de la UNESCO (2008); Necesidades de aprendizaje en bioética de residentes y especialistas de Nefrología en Cuba (Pérez-Oliva Díaz, 2017); La competencia bioética: eje fundamental en la formación de residentes de medicina familiar y comunitaria (Pérez-García, 2017); Formación en bioética en las ciencias de la salud (Molina Montoya, 2016), en todos ellos se afirma la necesidad y la importancia de la enseñanza de bioética en las carreras de la salud, he decidido continuar con la elaboración de un microcurrículo en el que se incorporen distintas estrategias pedagógicas que han demostrado ser más

favorables el estudio de la misma.

La lectura de los anteriores artículos, especialmente los de Pérez-García y Molina son muy explícitos sobre la necesidad de la enseñanza de la bioética; el primero la posee como eje fundamental de la formación de estos profesionales y el segundo es una búsqueda y selección de artículos en bases de datos: SciELO, PubMed y EBSCO, para identificar, a partir de los cursos analizados, los aspectos que motivan la enseñanza, los temas, las estrategias de enseñanza-aprendizaje (EEA) y de evaluación, así como algunas recomendaciones para el mejoramiento de los procesos de enseñanza y aprendizaje.

Otra de las razones que me motivaron a continuar con la elaboración del microcurrículo es el apoyo que presta la bioética en el desarrollo de competencias, que en este momento son claves en el desempeño de cualquier profesional del siglo XXI, como el trabajo interdisciplinario, las habilidades de comunicación, el análisis crítico e investigativo, etc. Según el “Libro blanco de la titulación de medicina” (Acreditación, 2005) las 23 competencias transversales (genéricas) que debe tener un médico, y por extensión cualquier profesional de la salud, se desarrollan con la formación en bioética.

En los siguientes párrafos, esperando haber sustentado el valor de la enseñanza de la bioética, me dedico a desarrollar el cómo debe enseñarse. Parra en su ponencia en el Congreso internacional de bioética que tuvo lugar en Bogotá (Memorias Congreso Internacional de Bioética, 1997) menciona que para resolver estas cuestiones es preciso aclarar qué tipo de saber(es) implica la bioética:

“sabe bioética quien domina un conjunto de principios teóricos, convenientemente justificados, sistematizados e interrelacionados entre sí, acerca de la licitud de las intervenciones bio-médicas en la vida del hombre, y actúa en coherencia con ellas”. (p.94)

Actualmente, con la mirada global que ha tomado esta disciplina, se hablaría de licitud de las intervenciones en los seres vivos y en su ecosistema, pero este punto, siendo importante aclararlo, no es el relevante a desarrollar en este trabajo.

Lo importante es que, si aceptamos esta afirmación, con la aclaración realizada, hay que convenir en que la bioética es una ciencia y una práctica y por tanto vincula tanto un saber teórico como un saber práctico, de ahí que la enseñanza y el aprendizaje de la bioética requieran enseñar y aprender tanto su fundamentación teórica (principios y normas operativas) como la formación y el desarrollo de hábitos, aptitudes y actitudes que exige su aplicación a circunstancias concretas.

Siguiendo a Parra (1997), como Pedagogo, sobre las estrategias docentes más adecuadas para enseñar los conocimientos teóricos en bioética hay que mencionar por lo menos dos características principales que deben acompañar las estrategias que se escojan: la interdisciplinariedad de los contenidos y la pluralidad de enfoques en relación con los mismos, temas tratados en el apartado sobre las características del trabajo bioético.

Es también clave en la enseñanza de la bioética partir de una adecuada fundamentación antropológica, en palabras de Parra (1997),

“no cabe duda de que si la bioética pretende configurarse como ciencia humana, debe fundamentarse en la antropología, es decir que debe partir de una conceptualización clara de lo que es el ser humano y su correlativa dignidad”. (p.99)

Lo anterior con relación a la enseñanza-aprendizaje de la fundamentación teórica y normativa. En cuanto a la enseñanza-aprendizaje de la dimensión práctica, que anteriormente se ha mencionado al presentarla bioética como un saber capaz de dirigir la acción singular y concreta de modo que se obre en coherencia con la dignidad de las personas, es necesario desarrollar los valores y las actitudes propias.

Para Parra las actitudes son la disposición estable de la voluntad para actuar de una determinada manera y efectivamente hacerlo, esto implica por tanto el querer; si las actitudes se asumen como la base de las virtudes, podemos decir con Francisco Altarejos en “Educación y Felicidad” (1986) que sí se puede enseñar la virtud: “aunque de un modo muy distinto a como se enseñan matemáticas”.

En la docencia matemática, la realización conjunta de operaciones

matemáticas por el educador y el educando es un valioso refuerzo para el aprendizaje, pero puede prescindirse de él y aprender matemáticas de hecho, aunque con mayor dificultad. Por el contrario, en la actividad orientadora es esencial compartir la actuación, pues si no se hace así, se trunca la posibilidad de enseñar en y desde la acción, única vía para transmitir la verdad práctica": a obrar se aprende obrando.

En el caso de la bioética esto explica porqué, aunque no es posible enseñar a obrar éticamente, si es posible ayudar al estudiante a aprender a obrar éticamente, no a través de dar instrucciones de cómo hacerlo, sino posibilitándole hacer junto con quien ya posee la experiencia, es decir trabajando con quien ya posee la experiencia de obrar éticamente. A este tipo de docencia no la podemos llamar estrictamente enseñanza sino orientación o formación.

Se puede decir con León Correa (2008) que

“no porque “expliquemos” muy bien cuáles son los valores éticos, el alumno los va a incorporar de modo racional. Se necesita una acción indirecta, de modo que sea el propio alumno quien vaya “descubriendo” esos valores, los matices que presentan en la acción clínica, las incidencias de cada uno de ellos en la propia actuación personal”. (p.15)

Esta conclusión es importante tenerla en cuenta en el momento del proceso de formación de la bioética porque la realidad que le rodea, lo que capta de esta realidad, influye en la formación del estudiante, es lo que se ha llamado el currículo oculto que tiene mucho peso en la formación: un clima institucional en el que se respete y promueva la dignidad trascendente de la dignidad humana, de cada uno de los individuos que conforman la organización, repercutirá favorablemente en la formación en bioética del estudiante.

Y ¿cuáles son las actitudes fundamentales que se deben formar en los estudiantes de bioética? Según Parra (1997) son básicamente dos: el respeto, permitir ser y ayudar a ser aquello que se respeta, esto implica estar abierto a maneras de pensar diferentes, y el hábito de la prudencia (*phronesis*); Mazzanti (2006) menciona además aquellas actitudes que promueven la investigación y la resolución de problemas: formar en las competencias de

observación, interpretación, proposición y argumentación: “abstraer un concepto y lograr evocarlo o explicarlo; emitir un juicio sobre las diferentes valoraciones de la realidad y, finalmente, razonar, lo que se logra cuando se combinan los anteriores factores y se trasciende con el conocimiento. Así, se está en capacidad de elaborar nuevas propuestas”. (p.54)

¿Qué otras actitudes y/o valores que hay que formar? Pensando concretamente en la formación en bioética para el trabajo en CP, pienso que también es importante desarrollar las/los siguientes:

- Responsabilidad: Hans Jonas al hablar del principio de responsabilidad rescata la importancia de esta virtud de la que Max Weber hablaba en sus obras de comienzos del siglo. Este principio es una evaluación crítica sobre la ciencia moderna, más específicamente sobre el cientificismo moderno, que avala la bondad de la tecnología sin tener presente la dignidad del ser humano. Este filósofo alemán recuerda que el ser humano debe actuar con cautela y humildad frente al enorme poder transformador de la tecnociencia, tanto en las personas singulares como ante la especie humana y el ecosistema (Jonas, 1966).

En CP la responsabilidad de los profesionales en salud debe orientarse al uso adecuado de la tecnología; a facilitarle al paciente y a la familia toda la información pertinente para tomar decisiones adecuadas propiciando un correcto uso de la autonomía del paciente; de los recursos en salud con que se cuenta, etc.

- Criterio ético: Según Víctor García Hoz (1988) citado por Mazzanti (2006)

“por criterio ético entendemos la posesión de unas ideas acerca de lo bueno y de lo malo, junto con la capacidad de transformarlas en normas para valorar éticamente las situaciones y posibilidades de actuar de los hombres, así como de aplicarlas en cada caso concreto... En él se incluye el conocimiento, pero también la capacidad de aplicación. La formación del criterio se puede entender como un proceso de doble vertiente: la adquisición y fijación de un sistema de ideas morales y la capacidad de utilizarlas adecuadamente para solucionar los problemas éticos que la vida plantea”. (p.60)

Es el fundamento teórico de la prudencia o *phronesis* (juicio acerca de lo

conveniente en el ámbito de lo práctico).

- Justicia: virtud que lleva a dar a cada uno lo que le corresponde, esto aplicado a los CP se refiere al respeto al paciente, al trato acorde con su dignidad, a dar a conocer la verdad a quien corresponde, a no hacer discriminaciones en la prestación de los servicios, al uso racional de los recursos con los que se cuenta, etc.

- Capacidad de diálogo: Competencia que describe y define muy bien Francisco Abel y la recoge León Correa (2008):

“respeto al otro, tolerancia, fidelidad a los propios valores, escucha atenta, actitud interna de humildad; reconocimiento de que nadie puede atribuirse el derecho a monopolizar la verdad y que todos hemos de hacer un esfuerzo para ser receptivos, esto es, aceptar la posibilidad de cuestionar las propias convicciones desde otras posiciones y lo razonable de otros argumentos. En otras palabras, se necesita la escucha recíproca, el enriquecimiento de la competencia profesional interdisciplinar y la autenticidad de los acuerdos. Los dogmatismos científicos o espiritualistas y las visiones reduccionistas son un auténtico estorbo. La ignorancia convierte en imposible el diálogo bioético”. (p.14)

Según Outamuro (2008) la enseñanza de la bioética se compromete con

“una bioética que no presente el problema moral como acreedor de una solución única pues, generalmente, lo que hay es una amplia gama de soluciones posibles. Esto no implica elegir cualquiera, al azar. Lo relevante es que las soluciones ofrecidas puedan ser defendidas argumentativamente. De este modo, las alternativas pueden reducirse, aunque difícilmente se arribe a una solución única. El perfil de enseñanza de la bioética que se propone debe responder al principio de que respetar no es sinónimo de compartir y de que el respeto por el otro es condición sine qua non de la vida democrática”. (p.22)

Cualidad indispensable en CP porque, como se ha mencionado anteriormente, la comunicación con el paciente y la familia es imprescindible, así como entre el equipo interdisciplinar que lo atiende que suele tener perspectivas muy diferentes desde la mirada disciplinar de cada uno.

Finalmente es importante resaltar en CP la actitud de la flexibilidad, actitud que debe estar presente durante todo el proceso de acompañamiento del paciente

porque son muchos los factores que intervienen y que pueden modificar el plan de tratamiento inicial.

León C. (2008), resume la formación en valores y actitudes de manera espléndida al decir:

“consideramos más fundamentales los que están en la base de los principios bioéticos: el respeto a la vida y la salud como bienes básicos es un valor que se realiza a través de la no maleficencia y la beneficencia; el respeto a los derechos de otros –y en especial de los más vulnerables– es uno de los valores fundantes del principio de justicia; la madurez moral y la responsabilidad por las consecuencias de las propias acciones van muy unidas al ejercicio de la libertad, en el principio de autonomía; poner a la persona del otro por encima de los legítimos intereses propios, tender a la excelencia en los cuidados de salud, la compasión y el cuidado de la vida frágil, y la solidaridad individual y social fundamentan, finalmente, el principio de beneficencia”. (p.16)

C) Diseño metodológico de la nueva asignatura

Partiendo de la realidad de la bioética como una disciplina teórico-práctica, y de los planes de estudios de los programas de la Facultad de Ciencias de la Salud, se ve conveniente ofrecer esta electiva para estudiantes a partir del sexto semestre en el que ya cuentan con una fundamentación clínica, están realizando prácticas y en algunos de los programas ya han recibido bases de ética profesional.

El diseño metodológico tendrá presente:

1. El desarrollo por competencias: que permite trabajar teoría y práctica. Según Peinado Herreros, en su artículo “Competencias Médicas” (2005), una competencia es: “el conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que permiten una excelente práctica médica, en continuo perfeccionamiento, adecuada al contexto social en que se desarrolla”, definición que se puede extrapolar a la formación de cualquier profesional de la salud.

2. El perfil del profesor: el diseño curricular tendrá presente lo citado por León Correa (2008), quien dice que

“la bioética ha ido definiendo con bastante precisión su identidad con una mirada más amplia e interdisciplinar y un estatuto epistemológico propio, por lo que se supone –y es exigible– que el profesor sea capaz de enseñar desde la perspectiva clínica y jurídica, desde la fundamentación filosófica de la ética y con la metodología y ámbito propio de la bioética. Además, debe hacerlo de un modo adecuado a las circunstancias culturales y sociales de su propio ámbito, en nuestro caso, de Latinoamérica, bien diferentes de otros”. (p.12)

A lo expresado anteriormente hay que agregar tres características fundamentales del perfil del profesor: ser una persona ética por su papel de tutor porque, como se mencionó antes, para aprender a obrar éticamente hace falta tener modelos a imitar, tener desarrolladas las competencias específicas de la bioética y de los CP, o al menos conocer sus falencias y trabajar por desarrollar las que le faltan y manejar el área de los CP que implica unos conocimientos clínicos, bioéticos y jurídicos concretos.

3. Los contenidos a desarrollar, que se reflejan en el microcurrículo, incluirán conocimientos de Antropología Filosófica, Ética, generalidades de la bioética y CP y el contexto jurídico específico.

D) Técnicas didácticas propuestas para el programa

Se incluyen aquellas que, según artículos publicados, se vienen trabajando y presentan aportes significativos en la formación en bioética en pregrado. Es importante resaltar que desde el comienzo, en las clases van a ir de la mano la teoría y la aplicación del conocimiento, ya sea a través del desarrollo e interpretación de encuestas, talleres, elaboración de portafolios, prácticas clínicas, tutorías, etc., para que se logre efectivamente el desarrollo de las competencias.

Dentro de las técnicas didácticas con mejores resultados tenemos:

- Estudio de casos: basado en competencias intelectuales, interpretativas, argumentativas y propositivas que facilitan la concatenación de los objetivos de formación de habilidades propias de cada ciencia con las actitudes que se requieren para investigar y resolver problemas (Estándares Básicos y Competencias en Ciencias Naturales y Ciencias Sociales. Formar en Ciencias:

¡el desafío!, 2004). Lo anterior facilita descubrir, no sólo métodos de resolución y decisión, sino actitudes en los pacientes y en los equipos de salud, permitirles que narren sus propios casos estando atentos a que no se viole el secreto profesional. Según Javier León C. (2008):

“aquí pueden ayudarnos mucho esas características metodológicas de la propia bioética: el diálogo racional como medio de avanzar en los planteamientos éticos, los diferentes métodos de deliberación para la toma de decisiones ético-clínicas y la resolución de casos que ayudan a profundizar también en la fundamentación de las propias convicciones y valores morales”. (p.16)

Este estudio debe realizarse en pequeños grupos que faciliten la participación de todos los estudiantes.

También se utilizarán casos tomados del Manual Argentino de Atención Primaria en CP (ICI-Ministerio de Salud, 2014) y otros tomados de la bibliografía existente.

- Desarrollo de cineforos: hay muy buena experiencia con cine. El buen cine es el arte de contar historias de gente posible. Más allá de su dimensión de entretenimiento, es un espejo donde la gente se busca y quiere mirarse, y a través del cual ve también el mundo que le rodea. Es un instrumento para la enseñanza que pretende acercarse a los interrogantes y la vida de los estudiantes. Astudillo y Mendinueta en su artículo: “El cine en la docencia de la medicina: cuidados paliativos y bioética” publicado en la Revista Médica Cine en 2007 incluyen un buen grupo de películas con el tema específico de CP. Es importante tener en cuenta que se debe ir más allá de comentarios personales sobre la película, hay que llegar a la argumentación y la deliberación.

- Elaboración de portafolios: Un artículo publicado en la revista Persona y Bioética trae la experiencia del uso del portafolio en una facultad de medicina de Brasil, como instrumento para la enseñanza y la evaluación de la formación en bioética porque brinda espacio para la discusión de los dilemas éticos que el estudiante tiene en su día a día, y puede ser aplicado de modo longitudinal a lo largo de toda la carrera, los resultados obtenidos muestran cómo los estudiantes logran captar las cuestiones éticas en sus prácticas clínicas realizando una reflexión madura con el apoyo de tutores clínicos (Moreto,

2008).

- Seminario Alemán, cuyo objetivo es el de contribuir a la formación integral de la persona por medio del desempeño permanente y continuo de los diferentes papeles: director, correlator, protocolante y participante que le permite a los estudiantes crecer en la capacidad de síntesis, de argumentación y de diálogo, para trabajar el texto desde diferentes perspectivas, es una manera de asegurarse que la lectura sea en las fuentes, de que el trabajo sea original, de trabajar en equipo, etc.

- Participación en Comités de Bioética y de Investigación relacionados con CP, lo que permite hacer junto con quien ya posee la experiencia.

- Orientación personalizada, asesoramiento personal durante las prácticas clínicas, estar con ellos en las prácticas y buscar que relacionen lo enseñando con lo que suele pasar en sus prácticas.

- Uso de noticias de actualidad, información de prensa o de medios digitales, etc.

- Clases Magistrales: Hay temas que requerirán del uso de las clases magistrales, pero siempre estarán apoyadas en lecturas previas con guiones de orientación de las mismas, como desarrolla Couceiro (Aprendizaje práctico de la bioética en el pregrado: objetivos, herramientas docentes y metodología, 2012), en la que, a cada tema de la bioética básica, como es el tema del Consentimiento informado, realiza una guía práctica para los estudiantes que señala los objetivos, facilita el material bibliográfico sobre el que tienen que elaborar su trabajo práctico, y proporciona las indicaciones específicas para su manejo y el cumplimiento de los objetivos señalados. La elaboración de los guiones no se contempla en este trabajo pero si el dato del material bibliográfico de apoyo.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En el II Taller Nacional de Educación en Bioética, realizado en Cuba en el año 2007, la ponencia introductoria al simposio: La ética y la bioética en el pregrado, estuvo a cargo del Dr. Ricardo Hodelín Tablada, quien tituló su ponencia: “La enseñanza de la bioética en el pregrado. Reflexiones sobre un problema inconcluso”, me hizo pensar que aunque en estos últimos 10 años se ha avanzado considerablemente en este aspecto al ver la innumerable bibliografía con que se cuenta y la inclusión, cada vez mayor, de la bioética en los programas de pregrado y posgrado de las Facultades de la Ciencias de la Salud, este seguirá siendo siempre un problema inconcluso porque, como dice este mismo autor la Medicina, y por extensión, las Ciencias de la Salud, son al mismo tiempo e inseparablemente: Ciencia, Arte y Virtud.

Como ciencias, cada día están ampliando y profundizando sus contenidos; como arte, el artista nunca da por finalizada su obra, debe abandonarla en un momento dado y como virtud, el hombre al ser único, irrepetible y perfectible, hay que formarlo uno a uno y siempre podrá mejorar.

Lo anterior implica que se debe trabajar siempre en la formación en Bioética, por esta razón más que conclusiones, son las siguientes recomendaciones lo que se ofrece como resultado del estudio realizado:

1. La bioética, como la ética, se puede y “debe” enseñar y aprender. Este proceso de enseñanza–aprendizaje debe darse a lo largo de la vida, incluso en los estudios a nivel profesional. El comentario común entre profesores y estudiantes universitarios: “no tiene razón de ser el estudio de la Ética, y por tanto de la Bioética al ser esta una rama de la misma, a nivel de pregrado porque ese tipo de formación debe impartirse en la casa” tiene en parte razón: la formación en Bioética inicia en el seno de la familia pero no termina allí.

Es la familia, por su propia naturaleza, la que está llamada a aportar a la persona el primer núcleo en donde se da el proceso enseñanza-aprendizaje y

se dan las primeras experiencias morales, donde se transmite en primera instancia el amor y el respeto por la vida humana y por la naturaleza, el cuidado de los animales, de las plantas, el reciclaje, etc. Es en ella donde mejor se puede descubrir, valorar, enseñar, promover, defender y transmitir la verdad, el amor, la dignidad de toda persona, porque en ella se le quiere incondicionalmente como es (Juan Pablo II). Es en familia donde se toman la mayoría de las decisiones relacionadas con la vida: el nacimiento o no de un nuevo hijo, la decisión de un trasplante cuyo donante en muchas de las ocasiones es de la familia para disminuir las posibilidades de incompatibilidad, es en familia donde se opta por el “bebé medicamento”, por los métodos de reproducción asistida o de anticoncepción, o se toman las decisiones alrededor del encarnamiento terapéutico, de la eutanasia, etc.

La educación primaria y secundaria también es relevante porque en estos años donde la persona desarrolla el criterio ético entendido como:

“la posesión de unas ideas acerca de lo bueno y de lo malo, junto con la capacidad de transformarlas en normas para valorar éticamente las situaciones y posibilidades de actuar de los hombres, así como de aplicarlas en cada caso concreto”. (Mazzanti Di Ruggiero, 2006)

A nivel universitario, estudios realizados en la Universidad Católica de Chile sostienen que con la enseñanza de la bioética, se alcanzan objetivos de orden secundarios por los que vale la pena trabajar:

“el currículo de ética médica no está diseñado para mejorar el carácter moral de los futuros médicos sino para dotar, a quienes ya tienen un buen carácter, de los conocimientos intelectuales y las habilidades interaccionales, que permitan que ese carácter moral se exprese en el mejor comportamiento posible”. (Sogi C, ¿Se puede medir el aprendizaje de la ética médica?, 2005)

Igualmente Adela Cortina (1994) menciona:

“aunque sigue siendo controvertida la posibilidad de enseñar «la virtud», se apunta como estrategia para mejorar el talante ético de los profesionales el aumento de su formación en bioética, no sólo para resolver casos conflictivos, sino para despertar su sensibilidad y sentido de la propia responsabilidad en un intento de desarrollar la calidad moral y mejorar la actitud con la que se llega a la actual postura frente a la vida en general y a la profesión en particular. Hablar de moral, de valores, de los olvidados deberes en un mundo que parece sólo de derechos, puede resultar

incómodo. Sería necesario mejorar la educación moral, pero no sólo de los profesionales sociosanitarios, sino de toda la sociedad civil”.

2. Importancia de combinar la teoría y la práctica en la formación de la bioética porque, como se mencionó en su momento, la bioética, al conjugar la toma de decisiones con la ejecución de las mismas implica conocimientos teóricos, normativos y prácticos. Muchos de los “fracasos” en la enseñanza de la bioética se deben a haberse limitado a impartir unos conocimientos teóricos y esperar que con ellos se diera su aplicación en la práctica. La propuesta de esta monografía busca que, en cada tema a desarrollar, vayan de la mano teoría y práctica a través de didácticas dinamizadoras como son las horas de práctica acompañadas por el uso del portafolio para reflejar las situaciones bioéticas concretas que se presentan en la misma, la participación activa en comités éticos, el estudio de casos, etc.

3. Incluir la formación en bioética desde la formación básica, iniciando en los primeros semestres por fundamentos de Antropología Filosófica y Ética General para tener una base sólida en el momento de tomar las asignaturas de Deontología y Bioética. Incluso me atrevo a recomendar esta formación como eje curricular como lo plantea la Dra. Rosario Pérez-García en su artículo “La competencia en bioética: eje fundamental en la formación de residentes de Medicina Familiar y Comunitaria” (Gómez, 2002), por el desarrollo de competencias blandas o transversales como las habilidades comunicativas, inteligencia emocional, el trabajo en equipo, la creatividad, la honestidad, etc. que hacen parte de las características del trabajo en bioética y en Cuidados Paliativos tan importantes ahora en el desempeño profesional.

Aunque la recomendación es que se incluya la bioética en la formación básica de los Programas de Ciencias de la Salud, en el caso de la electiva propuesta, como implica su aplicación a CP, la ubiqué en sexto semestre, porque se debe tener una serie de conocimientos clínicos previos.

4. Formación de profesores tanto en Bioética como en Cuidados Paliativos: Revisando la bibliografía encontré que León Correa en su artículo “Enseñar bioética: cómo transmitir conocimientos, actitudes y valores”; Hodelín Tablada en

la ponencia mencionada al comienzo de este capítulo, la Unesco en su Programa de base de estudios sobre Bioética y otros autores señalan la importancia de formar formadores en Bioética para que puedan llevar a cabo el acompañamiento a los estudiantes tanto desde sus conocimientos en clínica y bioética como, y especialmente, desde su desempeño profesional.

Como sabemos en la formación moral son necesarios los modelos, y lo importante en estos modelos no es tanto que sean intachables sino que sean personas transparentes.

5. Transmitir los conocimientos sobre la persona y la bioética no sólo a profesores sino a todo el personal de las instituciones de salud porque todo el ambiente debe permear la importancia de la persona y de los valores de manera que el “Currículo Oculto” desempeñe ese papel clave que tiene en la formación de los estudiantes de las Ciencias de la Salud.

Finalmente podemos afirmar, por lo expuesto anteriormente, que la formación en bioética es una tarea de toda la vida,

“el acelerado avance del conocimiento y de la tecnología hacen que lo que se aprende hoy pueda ser obsoleto mañana. Se requiere, por tanto, un permanente estudio y reciclaje para estar al día en un área del saber”. (Alatriza Gironzini, 2011)

es una tarea que implica no sólo formar mentes bioéticas sino formar personas bioéticas, formación que abarque tanto la inteligencia como la voluntad y la afectividad y por tanto requiere de la intervención de todos los estamentos formadores de la persona: la familia, el colegio, la universidad y a medida que pasa el tiempo la misma persona debe hacerse la principal promotora de su formación en bioética y también de la formación de otros: el análisis de los estudios realizados por la Universidad El Bosque,

“ha permitido el avance positivo de las relaciones entre bioética y pedagogía, hasta el punto de no poder concebir la una sin la otra: una bioética que no forme, que no enseñe, que no indique adecuadamente, modelos de comportamiento humano, pierde su sentido; de la misma manera, una pedagogía que no contribuya a mejorar las condiciones de la vida en general ha perdido su rumbo y horizonte”. (Sánchez Gordillo J. I., 2011)

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Trabajos citados

Abel, F. (1999). Bioética: dialogo interdisciplinar. *Cuadernos de Bioética* , 37 (1), 11-16.

Acreditación, A. N. (2005). *Libro Blanco. Informe de la Comisión de evaluación del diseño del título de grado en medicina*. España.

Agazzi, E. (2002). *El desafío de la interdisciplinariedad: dificultades y logros*. Obtenido de [www.arvo.net.
http://dadun.unav.edu/bitstream/10171/5877/1/EVANDRO%20AGAZZI.pdf](http://dadun.unav.edu/bitstream/10171/5877/1/EVANDRO%20AGAZZI.pdf)

Alatrística Gironzini, M. A. (2011). Enseñanza de la ética en la Universidad. *Globered* .

Altarejos, F. (1986). *Educación y Felicidad* (Universidad de Navarra ed.). Pamplona: Eunsa.

Altisen Trota, R. Educación en Bioética. En J. P.-B. Núñez-Cortés, & E. M. Panamericana (Ed.), *Principios de Educación Médica. Desde el grado hasta el desarrollo profesional*. España.

Andorno, R. (2012). *Bioética y dignidad de la persona*. Madrid: Tecnos.

Antequera, J. e. (2006). *Guías de Ética en la Práctica Médica. Ética en cuidados paliativos*. Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud.

Artigas, M. (2001). Mi visión de la interdisciplinariedad. *La interdisciplinariedad como integración de disciplinas*.

Astudillo, W. y. (s.f). *Principios Generales de los Cuidados Paliativos*.

Bátiz, J. L. (2014). *SECPAL Sociedad Española de Cuidados Paliativos*. Recuperado el 25 de Agosto de 2017, de SECPAL: <http://www.secpal.com/PROBLEMAS-ETICOS-AL-FINAL-DE-LA-VIDA>

Cortina, A. (1994). *La Ética de la Sociedad Civil*. Anaya .

Couceiro, A. (2012). Aprendizaje práctico de la bioética en el pregrado: objetivos, herramientas docentes y metodología. *Educ. med.* , 15 (2), 73-87.

Craice De Benedetto Maria Auxiliadora, de Castro Ariane Gianfelice, de Carvalho, Elsi et al . (2007). *Canadian Family Physician* , 53.

Craice De Benedetto, M. A. (2007). From suffering to transcendence. Narratives in palliative care. . *Canadian Family Physician* , 53.

ed.Polaino-Lorente, A. (1997). *General*. Madrid: Rialp.

El dolor y el sufrimiento humano. (s.f.). *Enciclopedia de bioética*. Recuperado el 28 de Octubre de 2017, de Enciclopedia de bioética: <http://enciclopediadebioetica.com/index.php/todas-las-voces/168-el-dolor-y-el-sufrimiento-humano>

Estándares Básicos y Competencias en Ciencias Naturales y Ciencias Sociales. Formar en Ciencias: ¡el desafío! (2004). Bogotá.

Expósito Gázquez, Ariana. (2016). *Atención Sanitaria Social*. (F. J. López Fernández, Ed.) Almería: ACCI ediciones.

Feito, L. (Septiembre - Octubre de 2012). *El dolor como desencadenante de la solicitud y el cuidado*. Recuperado el 28 de Octubre de 2017, de www.revista-critica.com: <http://www.revista-critica.com/la-revista/monografico/analisis/386-el-dolor-como-desencadenante-de-la-solicitud-y-el-cuidado>

Feito, L. (2007). Vulnerabilidad. *Anales del sistema sanitario de Navarra* , 30.

Frankl, V. (1985). *El hombre doliente*. Barcelona: Herder.

Gamboa Bernal, G. A. (2015). The Basics of Bioethics: What to teach? *Revista Romana de Bioética* , 13 (1), 6-24.

García Hoz, V. (1988). *La práctica de la educación personalizada. Tratado de educación personalizada*. (Vol. 6). (E. Rialp, Ed.) Madrid.

- Gómez, R. (2002). ¿por qué enseñar bioética? *ATREIA* , 15 (4).
- ICI- Ministerio de Salud. (2014). *Manual de Cuidado Paliativo para la Atención Primaria*. Argentina.
- Jonas, H. (1966). *The phenomenon of life:towar a philosophical biology*. New York: Harper and Row.
- Kant, I. (1999). *Fundamentación de la ética de las costumbres*. Barcelona: Ariel.
- Lara-Solares, A. (2005). Introducción a los cuidados paliativos. *Revista Mexicana de Anestesiología* , 28, 193-195.
- León C., J. (2008). Enseñar bioética: cómo transmitir conocimientos, actitudes y valores. *Acta Bioethica* , 14 (1).
- Lewis, C. (1994). *El problema del dolor*. Madrid: Rialp.
- Lolas Stepke, F. (2001). *Bioética. El diálogo moral en las ciencias de la vida*. Chile: Mediteráneo Ltda.
- Lucas Lucas, R. (2005). *Explícame la Bioética. Guía explicativa de los temas más controvertidos sobre la vida humana*. Madrid: Ediciones Palabra.
- Mazzanti Di Ruggiero, M. d. (2006). Ensayos Formación del criterio ético y formación para el diálogo: claves para un cambio generacional a favor de la Bioética. *Jornadas Especialización en Bioética*. Chía: Universidad de Ila Sabana.
- Mazzanti, M. d. (2006). Formar "mentes bioéticas" Una alternativa metodológica de formación de docentes y estudiantes en bioética a través del programa escolar de ciencias naturales. *P & B* , 10 (2(27)), 46-81.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Ministerio de Salud y Protección Social*. Recuperado el 27 de Octubre de 2017, de Guía de práctica clínica Cuidados paliativos, Adopción: http://www.consultorsalud.com/sites/consultorsalud/files/cuidados_paliativos_-

_guia_de_practica_clinica_2016.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f). *Ministerio de Salud y Protección Social*. Recuperado el 28 de Octubre de 2017, de Plan de capacitación sectorial en el modelo integral de atención en salud: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/01-pais-mias-capacitacion-sectorial.pdf>

Molina Montoya, N. (2016). Formación bioética en ciencias de la salud. *Salud Vis Ocul* , 14 (1), 117-32.

Moreto, G. B. (2008). Una nueva metodología docente en bioética: experiencias con la aplicación del portafolio a estudiantes de medicina en Brasil. *Persona y Bioética* , 12 (2), 132-144.

Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos. 2017. *Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos*. Recuperado el 11 de Noviembre de 2017, de Dominio Educación: <http://occp.com.co/dominio/educacion/>

Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos. 2017. *Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos*. Recuperado el 3 de Diciembre de 2017, <http://occp.com.co/>

Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. (s.f). *Depósito de documentos de la FAO*. Recuperado el 27 de Octubre de 2017, de Enfermedades crónicas con complicaciones nutricionales: <http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s0r.htm>

Organización Mundial de la Salud. (Agosto de 2017). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 27 de Octubre de 2017, de Centro de Prensa. Nota descriptiva: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Reportajes - Cifras y datos - 10 datos sobre el envejecimiento y la salud*. Recuperado el 27 de octubre de 2017, de 10 Datos sobre el envejecimiento y la salud: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>

Outomuro, D. (2008). Fundamentación de la enseñanza de la bioética en Medicina. *Acta Bioethica* , 14 (1).

Juan Pablo II, J. U. (s.f.). *Familiaris consortio*. PPC. Recuperado el 17 de febrero de 2017.

Paliativos, C. (2017). OMS. Recuperado el 28 de Octubre de 2017, de Centro de Prensa : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/es/>

Parra, C. (1997). ¿Se puede enseñar la Bioética? En U. d. Sabana, *Memorias del Congreso Internacional de Bioética*. Chía, Colombia: Molher Impresores Ltda.

Peinado Herreros, J. M. (2005). Competencias Médicas. *Educ. méd.* 8.

Pérez-García, R. (2017). La competencia en bioética: eje fundamental en la formación de residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. *Educ Med*.

Pérez-Oliva Díaz, J. (2017). Necesidades de aprendizaje en bioética de residentes y especialistas de Nefrología en Cuba. *Revista Habanera de Ciencias Médicas* , 16 (1), 122-134.

Pessini, L. y. (2006). Nuevas perspectivas en Cuidados Paliativos. *Acta Bioethica* , 12.

Polaino –Lorente, A. (1993). Más allá del sufrimiento. *Atlántida* , 15, 322.

Polaino-Lorente, A. (1997). Más allá del sufrimiento. En A. ed. Polaino-Lorente, *Manual de Bioética*. Madrid: Rialp.

Postigo, E. (s.f.). Recuperado el 2017 de septiembre de 2017, de <http://www.bioeticaab.es/wp-content/uploads/2015/03/bioetica-antropologia-y-corrientes-actuales.pdf?dd95ac>

Potter, V. R. (s.f.). Bioética un puente hacia el futuro.

Potter, V. R. (1970). Bioética, la ciencia de la supervivencia. *Biology and Medicine* , 14 (1), 127-153.

R. Navarro Sanz, C. L. (2005). Cuidados Paliativos no oncológicos. Principios generales. En N. S. Candel, *Jornadas de Cuidados Paliativos del Area Sanitaria*. Valencia, España.

Román, B. (1996). Conciencia moral y pluralismo en la sociedad actual. *Ars Brevis* , 2.

Sánchez Gordillo, J. I. (2011). ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE DE BIOÉTICA MEDIANTE LA MODALIDAD PEDAGÓGICA BASADA EN EL ANÁLISIS DE DILEMAS Itinerario documentado de una propuesta didáctica, aplicada en dos instituciones educativas colombianas. Bogotá, Colombia.

Savino, P. (2011). Obesidad y enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición. *Rev Colomb* , 26, 180-195.

Simón Lorda, P. y. (2001). Consentimiento Informado. En P. y. Simón Lorda, *Medicina Clínica* (Vol. 117, págs. 99-106). Barcelona.

Sociedad Española de Cuidados Paliativos. (s.f.). *Guía de cuidados paliativos*. Recuperado el 2017, de SECPAL.

Sogi C, Z. S. (2005). ¿Se puede medir el aprendizaje de la ética médica? *Anales de la Facultad de Medicina* , 66 (2), 174-185.

Steinbok, B. (2007). *The Oxford Handbook of Bioethics*. Oxford, Inglaterra.

UNESCO. (2008). *Programa de base de estudios sobre la bioética. Parte 1: Programa temático de educación en ética*. Montevideo.

Yepes, R., & Aranguren, J. (2003). *Fundamentos de Antropología Un ideal de la excelencia humana* . Navarra: Eunsa.

ANEXO 1: MICROCURRÍCULO DE BIOÉTICA Y CUIDADOS PALIATIVOS

A continuación se presenta la propuesta de Microcurrículo de Bioética y Cuidados Paliativos de acuerdo con los requerimientos de la Universidad Simón Bolívar.

1. Identificación

Facultad/Departamento: Facultad de Ciencias de la Salud

Programas Académicos: Enfermería, Medicina, Fisioterapia e Instrumentación Quirúrgica

Región de Formación: Disciplinar

Nombre de la Asignatura: Bioética y Cuidados Paliativos

Semestre: VI Código:

Créditos: 3

Tipo de Asignatura: Obligatoria Electiva X

Tiempo de trabajo presencial del semestre en horas: 48 H

Tiempo de práctica: 27 horas en Comités más algunas horas de la práctica asistencial en la que estén rotando

Tiempo de trabajo independiente no presencial del semestre en horas: 37 H

Total de horas del semestre (horas de trabajo presencial del semestre + horas de trabajo independiente no presencial del semestre) 144 H

Idioma en el que se imparte la asignatura: Español

Modalidad de la asignatura: Presencial

Equipo Docente:

Profesor: Clara Elisa Gómez M.

Correo: clara.gomez@unisimonbolivar.edu.co

2. Contextualización y objetivos de la asignatura: Descripción de la asignatura y su intencionalidad formativa.

La formación de esta electiva estará centrada en la persona, por el valor intrínseco de la misma, que se reconoce a través de la Antropología Filosófica, en los valores institucionales y en el lugar preeminente, que en justicia, le ha dado el Estado a la persona, a través de la ley estatutaria en salud de la que se deriva la nueva política integral en salud (PAIS) que centra en ella su Modelo de Atención integral (MIAS).

Las Ciencias de la Salud, por su relación directa con la persona, siempre han requerido una mirada interdisciplinaria (ciencias biomédicas y ciencias socio-humanísticas). Aunque a mediados del siglo XX se oscureció un poco esta relación, por dar prioridad al cientificismo y a la sociedad de mercado en el ámbito de la salud, a finales de este mismo siglo surge la Bioética para recordarle al hombre la importancia del respeto y del cuidado de la vida.

La necesidad del trabajo interdisciplinario en el desarrollo de esta asignatura, por su componente directo de bioética y su aplicación en los Cuidados Paliativos, hacen de la misma una Electiva para la Ciencias de la Salud, con miras a ampliarla a Derecho, Psicología y Trabajo Social por ser profesionales importantes dentro de un equipo de Cuidados Paliativos.

La Bioética, como ética aplicada a la vida, está en continua retroalimentación entre teoría y praxis, entre conocimiento y realidad; requiere de aportes teórico prácticos que impacten en todas las personas, de modo especial en aquellas que se desempeñan en profesiones relacionadas con las personas de modo profundo y global, como lo hacen las ciencias de la salud, en las que sus estudiantes y profesionales, no solo “trabajan” con los seres humanos, sino

también “en ellos”, por unos cauces peculiarmente cercanos y perfeccionantes de las dimensiones biopsicosocial y espiritual de los pacientes y de quienes se relacionan con ellos, en un entorno que hay que hacer cada vez más sano.

La atención centrada en la persona de manera especial en los CP cuando es más vulnerable y el manejo bioético de la salud que contribuye a la humanización de la misma, demandan en cada profesional de las ciencias de la salud, la mayor calidad humana posible y el esfuerzo por ser proactivo en el empeño por un cambio personal, familiar, institucional, social, cultural y global, que favorezca de modo integral el desarrollo de cada ser humano actual y futuro.

Al optar por los Cuidados Paliativos (CP), podríamos pensar que ese impacto se dará exclusivamente en las personas que, a la fecha, tienen pocas esperanzas de vida, pero no es así, de la manera como cuidemos actualmente de los enfermos terminales, influiremos en el trato de las futuras personas que requerirán de CP, y entre ellas, muy probablemente, cada uno de nosotros.

La asignatura estimulará, por tanto, el desarrollo de la personalidad conjugando los conocimientos, actitudes, aptitudes y conductas de acuerdo con las características de la Bioética. También reforzará las competencias blandas porque hacen parte del trabajo bioético: Habilidades de comunicación, trabajo en equipo, creatividad, liderazgo, etc. competencias que están siendo muy cotizadas actualmente porque llevan el perfeccionamiento propio, de los demás, y del entorno social, natural o artificial, para que sea sano para la generación actual y las futuras.

3. Competencia a la que tributa la asignatura:

3.1 Denominación: Deliberación

3.2 Descripción:

Analizar, evaluar, argumentar, planear, ejecutar situaciones de salud para

elegir la opción más acertada desde el punto de vista técnico científico, ético (teniendo presente el anterior), adecuación con los recursos disponibles y participación de todos los actores involucrados: Personal de salud, paciente y familia.

3.3 Saberes que desarrolla la asignatura:

Saberes	Resultados de Aprendizaje
Conceptos de Antropología Filosófica: Persona Humana Derechos Humanos Fin último del hombre Vulnerabilidad, dolor y sufrimiento	Definir quién es una persona y cuáles son sus derechos Definir elementos constitutivos de la persona Establecer cuál es el fin último del hombre Reconocer la vulnerabilidad, el dolor y el sufrimiento como realidades presentes en la vida humana
Conceptos de Ética General: Ética y Moral Fin último del hombre Ley Moral Moralidad de los actos humanos	Diferenciar entre Ética y Moral Relacionar Naturaleza humana-Fin último del hombre-Ética Diferenciar entre un Acto del Hombre y un Acto Humano Reconocer las fuentes de la moralidad de un Acto Humano concreto
Conceptos de Ética Profesional: Códigos Deontológicos Comités de Ética Tribunales de Ética	Definir conceptos de Deontología Diferenciar el bien interno de los bienes externos de una profesión Reconocer las características de un trabajo hecho con profesionalidad Establecer relaciones entre los Códigos Deontológicos de los cuatro

	<p>programas que participan en la electiva y los Códigos Internacionales respectivos</p> <p>Identificar los derechos y deberes de cada profesión</p> <p>Conocer el funcionamiento de los Tribunales de Ética</p>
<p>Conceptos de Bioética</p> <p>Definición</p> <p>Historia</p> <p>Generalidades</p> <p>Principios Bioéticos</p> <p>Características del trabajo bioético</p> <p>Dignidad Humana y Calidad de vida</p> <p>Corrientes Bioéticas</p> <p>Bioética personalista con fundamentación ontológica</p> <p>Bioética Clínica en el comienzo y desarrollo de la vida (El final de la vida se trabajará en CP)</p> <p>Comités de Bioética: Asistenciales e investigativos</p>	<p>Conocer las generalidades de la bioética y las características del trabajo bioético</p> <p>Relacionar los conceptos de Dignidad Humana y Calidad de Vida</p> <p>Establecer comparaciones entre las distintas corrientes en Bioética</p> <p>Reconocer la corriente bioética que se encuentra en la base de una decisión en el campo de la salud</p> <p>Aplicar los contenidos de la Bioética personalista ontológica en el estudio de casos</p> <p>Participar activamente en Comités de Ética Asistenciales e Investigativos</p>
<p>Bioética en Cuidados Paliativos</p> <p>Principios bioéticos aplicados a CP</p> <p>Consentimiento informado</p> <p>Voluntad Anticipada</p> <p>Principio del doble efecto o Voluntario Indirecto</p>	<p>Elaborar, con el equipo, el plan de tratamiento integral</p> <p>Desarrollar adecuadamente el proceso del CI y la elaboración del documento que lo ratifica.</p> <p>Aplicar adecuadamente el principio del Doble efecto cuando se requiera</p> <p>Determinar en qué casos se requiere una reorientación terapéutica</p>

Principio de Dobles lealtades Encarnizamiento terapéutico Reorientación terapéutica Bioética: Derecho e Internacionalización Situaciones de burnout	Utilizar los recursos jurídicos existentes para brindar al paciente el tratamiento más favorable Manejar adecuadamente el trabajo de cada miembro del equipo para que no se lleguen a presentar situaciones de burnout: Reconocer los primeros síntomas.
---	---

3.4. Ejes transversales que desarrolla la asignatura:

Saberes Ejes Transversales	Resultados del Aprendizaje
Valores Éticos y Bioéticos	Aplicar hábilmente conocimientos – valores, principios y normas, éticos, deontológicos y bioéticos– ante los retos presentes y futuros, que le llevan a perfeccionarse como ser humano y mejorar su entorno Reconocer las consecuencias éticas y morales de sus actuaciones profesionales (uso de la ciencia y la tecnología) y personales
Deliberación	Analizar, argumentar, planear, ejecutar, controlar y evaluar situaciones de salud, para elegir la opción más acertada desde el punto de vista técnico científico, ético (teniendo presente el anterior), adecuación con los recursos disponibles y participación de todos los actores involucrados: paciente, familia y

	personal del equipo interdisciplinario
Comunicación Efectiva	<p>Establecer empatía</p> <p>Lograr un ambiente cordial</p> <p>Expresar correctamente las ideas</p> <p>Manejar adecuadamente la comunicación corporal</p> <p>Determinar la información que se brindará: contenido, momento oportuno, etc.</p>
Liderazgo	<p>Identificar necesidades de un grupo</p> <p>Comprometer un grupo</p> <p>Alcanzar beneficios colectivos</p>
Creatividad	<p>Captar y resolver las necesidades del paciente, familia y equipo interdisciplinario</p>

4. Contenidos y Actividades de Aprendizaje: Ver Anexo 2

5. Proyecto integrador: SI NO X

6. Estrategias de formación investigativa de los estudiantes: La estrategia básica de formación investigativa es el desarrollo de las competencias transversales mencionadas en el ítem 3.4, concretamente el desarrollo de la deliberación, la comunicación efectiva (oral y escrita) y la creatividad, habilidades necesarias en el trabajo investigativo.

La participación en Comités Clínicos y de Investigación que realicen trabajos relacionados con ECNT al igual que la realización, tabulación y análisis de encuestas y la elaboración del portafolio de prácticas fomentarán en los estudiantes su formación investigativa.

7. Evaluación del Aprendizaje en la asignatura: Ver Anexo 3

8. Recursos Didácticos:

8.1 **Bibliografía y material de estudio:** Los libros, artículos, video conferencias, películas y demás recursos didácticos se incluyen en el listado que se encuentra después del punto 8.3.

8.2. **Práctica Clínica:** Este recurso es clave por la naturaleza teórica-práctica de la asignatura. Se desarrollará a través de la misma práctica clínica que desarrollan los estudiantes en este semestre y de la participación en los comités clínicos e investigativos de los lugares de práctica

8.3. **Tutorías:** Tal vez sea el principal recurso didáctico, como se ha mencionado a lo largo de la monografía es importante que los estudiantes cuenten con una persona que “viva” la bioética en el campo asistencial para que aprendan de ella y les oriente en las inquietudes y toma de decisiones.

BIBLIOGRAFÍA

Abel, F. (1999). Bioética: dialogo interdisciplinar. *Cuadernos de Bioética* , 37 (1), 11-16.

Agazzi, E. (2002). *El desafío de la interdisciplinariedad: dificultades y logros*. Obtenido de [www.arvo.net](http://dadun.unav.edu/bitstream/10171/5877/1/EVANDRO%20AGAZZI.pdf).
<http://dadun.unav.edu/bitstream/10171/5877/1/EVANDRO%20AGAZZI.pdf>

Andorno, R. (2012). *Bioética y dignidad de la persona*. Madrid: Tecnos.

Antequera, J. e. (2006). *Guías de Ética en la Práctica Médica. Ética en cuidados paliativos*. Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud.

Artigas, M. (2001). Mi visión de la interdisciplinariedad. *La interdisciplinariedad como integración de disciplinas*.

Astudillo, W. y. (s.f). *Principios Generales de los Cuidados Paliativos*.

Bátiz, J. L. (2014). *SECPAL Sociedad Española de Cuidados Paliativos*. Recuperado el 25 de Agosto de 2017, de SECPAL: <http://www.secpal.com/PROBLEMAS-ETICOS-AL-FINAL-DE-LA-VIDA>

Cortina, A. (1994). *La Ética de la Sociedad Civil*. Anaya .

Craice De Benedetto Maria Auxiliadora, de Castro Ariane Gianfelice, de Carvalho, Elsi et al . (2007). *Canadian Family Physician* , 53.

Craice De Benedetto, M. A. (2007). From suffering to transcendence. Narratives in palliative care. . *Canadian Family Physician* , 53.

ed.Polaino-Lorente, A. (1997). *General*. Madrid: Rialp.

El dolor y el sufrimiento humano. (s.f.). *Enciclopedia de bioética*. Recuperado el 28 de Octubre de 2017, de Enciclopedia de bioética: <http://enciclopediadebioetica.com/index.php/todas-las-voces/168-el-dolor-y-el-sufrimiento-humano>

Expósito Gázquez, Ariana. (2016). *Atención Sanitaria Social*. (F. J. López Fernández, Ed.) Almería: ACCI ediciones.

Feito, L. (Septiembre - Octubre de 2012). *El dolor como desencadenante de la solicitud y el cuidado*. Recuperado el 28 de Octubre de 2017, de www.revista-critica.com: <http://www.revista-critica.com/la-revista/monografico/analisis/386-el-dolor-como-desencadenante-de-la-solicitud-y-el-cuidado>

Feito, L. (2007). Vulnerabilidad. *Anales del sistema sanitario de Navarra* , 30.

Frankl, V. (1985). *El hombre doliente*. Barcelona: Herder.

Gamboa Bernal, G. A. (2015). The Basics of Bioethics: What to teach? *Revista Romana de Bioetica* , 13 (1), 6-24.

Gómez, R. (2002). ¿por qué enseñar bioética? *ATREIA* , 15 (4).

ICI- Ministerio de Salud. (2014). *Manual de Cuidado Paliativo para la Atención Primaria*. Argentina.

Jonas, H. (1966). *The phenomenon of life: toward a philosophical biology*. New York: Harper and Row.

Kant, I. (1999). *Fundamentación de la ética de las costumbres*. Barcelona: Ariel.

Lara-Solares, A. (2005). Introducción a los cuidados paliativos. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 28, 193-195.

Lewis, C. (1994). *El problema del dolor*. Madrid: Rialp.

Lolas Stepke, F. (2001). *Bioética. El diálogo moral en las ciencias de la vida*. Chile: Mediteráneo Ltda.

Lucas Lucas, R. (2005). *Explícame la Bioética. Guía explicativa de los temas más controvertidos sobre la vida humana*. Madrid: Ediciones Palabra.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Ministerio de Salud y Protección Social*. Recuperado el 27 de Octubre de 2017, de Guía de práctica clínica Cuidados paliativos, Adopción: http://www.consultorsalud.com/sites/consultorsalud/files/cuidados_paliativos_-_guia_de_practica_clinica_2016.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f). *Ministerio de Salud y Protección Social*. Recuperado el 28 de Octubre de 2017, de Plan de capacitación sectorial en el modelo integral de atención en salud: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/01-pais-mias-capacitacion-sectorial.pdf>

Molina Montoya, N. (2016). Formación bioética en ciencias de la salud. *Salud Vis Ocul*, 14 (1), 117-32.

Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. (s.f). *Depósito de documentos de la FAO*. Recuperado el 27 de Octubre de 2017, de Enfermedades crónicas con complicaciones nutricionales: <http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s0r.htm>

Organización Mundial de la Salud. (Agosto de 2017). *Organización Mundial de*

la Salud. Recuperado el 27 de Octubre de 2017, de Centro de Prensa. Nota descriptiva: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Reportajes - Cifras y datos - 10 datos sobre el envejecimiento y la salud*. Recuperado el 27 de octubre de 2017, de 10 Datos sobre el envejecimiento y la salud: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>

Paliativos, C. (2017). *OMS*. Recuperado el 28 de Octubre de 2017, de Centro de Prensa : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/es/>

Peinado Herreros, J. M. (2005). Competencias Médicas. *Educ. méd.* 8.

Pérez-García, R. (2017). La competencia en bioética: eje fundamental en la formación de residentes de Medicina Familiar y Comunitaria. *Educ Med*.

Pessini, L. y. (2006). Nuevas perspectivas en Cuidados Paliativos. *Acta Bioethica* , 12.

Polaino –Lorente, A. (1993). Más allá del sufrimiento. *Atlántida* , 15, 322.

Postigo, E. (s.f.). Recuperado el 2017 de septiembre de 2017, de <http://www.bioeticaab.es/wp-content/uploads/2015/03/bioetica-antropologia-y-corrientes-actuales.pdf?dd95ac>

Potter, V. R. (s.f.). Bioética un puente hacia el futuro.

Potter, V. R. (1970). Bioética, la ciencia de la supervivencia. *Biology and Medicine* , 14 (1), 127-153.

R. Navarro Sanz, C. L. (2005). Cuidados Paliativos no oncológicos. Principios generales. En N. S. Candel, *Jornadas de Cuidados Paliativos del Area Sanitaria*. Valencia, España.

Sánchez Gordillo, J. I. (2011). ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE DE BIOÉTICA MEDIANTE LA MODALIDAD PEDAGÓGICA BASADA EN EL ANÁLISIS DE DILEMAS Itinerario documentado de una propuesta didáctica, aplicada en dos instituciones educativas colombianas . Bogotá, Colombia.

Savino, P. (2011). Obesidad y enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición. *Rev Colomb* , 26, 180-195.

Simón Lorda, P. y. (2001). Consentimiento Informado. En P. y. Simón Lorda, *Medicina Clínica* (Vol. 117, págs. 99-106). Barcelona.

Sociedad Española de Cuidados Paliativos. (s.f.). *Guía de cuidados paliativos*. Recuperado el 2017, de SECPAL.

*Steinbok, B. (2007). *The Oxford Handbook of Bioethics*. Oxford, Inglaterra.

UNESCO. (2008). *Programa de base de estudios sobre la bioética. Parte 1: Programa temático de educación en ética*. Montevideo.

Yepes, R., & Aranguren, J. (2003). *Fundamentos de Antropología Un ideal de la excelencia humana* . Navarra: Eunsa.

* Los Capítulos tomados de este libro son:

Part 1: Theoretical and Methodological Issues

1. Methods in Bioethics, James Childress

2. The Way We Reason Now: Reflective Equilibrium in Bioethics, John Arras

3. Autonomy, Bruce Jennings

5. 'Reinventing' the Rule of Double Effect, Daniel Sulmasy

Part 2: Justice and Policy

6. Policy-Making in Pluralistic Societies, Soren Holm

8. Justice and the Elderly, Dennis McKerlie

Part 4: The End of Life

12. The Definition of Death, Stuart Youngner

13. The Aging Society and the Expansion of Senility: Biotechnological and Treatment Goals, Stephen Post

14. Death is a Punch in the Jaw: Life-Extension and its Discontents, Felicia Nimue Ackerman

15. Precedent Autonomy, Advance Directives, and End-of-Life Care, John K. Davis

16. Physician-Assisted Death: The State of the Debate, Gerald Dworkin

Códigos, Documentos y Leyes:

- Códigos Deontológicos Nacionales e Internacionales
- Documento Derechos Humanos
- Documentos Declaración de Helsinki AMM 2013
- Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos
- Ley 1164/07: Talento Humano en los servicios de salud
- Ley 1805/16: Donación de órganos
- Res 008430 sobre regulación de investigación en salud
- Ley 1751/15: Ley Estatutaria de la Salud
- Ley de Cuidados Paliativos
- T-970/14; Resolución 1215/15: Sobre eutanasia

Conferencias:

- Ética Profesional de Adela Cortina
- ¿Quién es la persona? 1,2,3 y 4 Manolo Alcázar

Películas:

- Lección de Honor
- The Doctor
- Gattaca
- Decálogo II
- Duelo silencioso
- El experimento Tuskegee / Miss Evers' Boys
- Philadelphia
- El jardinero fiel
- Hable con ella

- Million dollar Baby
- Mar Adentro
- El médico de la Pradera

ANEXO 2

4. Contenidos y Actividades de Aprendizaje

Resultados del Aprendizaje	Descripción de contenidos	Tipo de Actividad Académica	# de Horas	Estrategias Didácticas para el aprendizaje en el aula	Actividades para el aprendizaje en trabajo independiente y # de horas	Evidencias de aprendizaje
Definir quién es una persona, sus elementos constitutivos Establecer cuál es el fin último del hombre Reconocer la vulnerabilidad, el dolor y el sufrimiento como realidades presentes en la vida humana	1. Introducción a la asignatura 2. La persona humana, sus dimensiones y elementos constitutivos, Derechos Humanos 3. La felicidad como fin último del hombre 4. Definición de vulnerabilidad, dolor y sufrimiento del ser humano	Teórica-Práctica Exposición por parte del profesor Socialización: Encuestas Taller sobre la Película "Lección de Honor" y Portafolio de prácticas Participación en comités de Bioética	3	Talleres sobre La persona y La felicidad y el sufrimiento	Ver los 4 Videos de Manolo Alcázar sobre ¿Quién es la Persona? (2 h) Ver la película "The Doctor" (2 h) Redactar un escrito relacionando los contenidos de la clase, los 4 videos y la Película con consecuencias que deben reflejarse a nivel personal y profesional (2 h) Total 6 horas	Escrito relacionando los contenidos de la clase, los 4 videos y la Película con consecuencias que deben reflejarse a nivel personal y profesional
Diferenciar entre Ética y Moral Relacionar Naturaleza humana-Fin último-Ética Diferenciar un acto del hombre y un acto humano Reconocer las fuentes de la moralidad de un acto humano concreto	1. Fundamentos de Ética General: Conceptos, actos del hombre, actos humanos 2. Ley Moral y Moralidad de los Actos Humanos 3. Propiedades y fuentes de la moralidad	Teórica-Práctica	6	Aplicación y evaluación de encuestas para analizar la comunidad de la Universidad desde el punto de vista axiológico. Socialización del Taller sobre la película y los casos de estudio sobre Actos humanos	Película y Taller " Lección de Honor" (4 h) Tabulación de las encuestas (2 h) Elaboración del Portafolio con estudio de casos presenciados en la práctica para identificar los elementos que fundamentan la moralidad de un acto humano (3 h). Hacer presencia en comités éticos (3 h) Total 12 horas	Participación acertada en la socialización de los dos talleres y Correcta identificación de los elementos de la moralidad en los casos de ética trabajados en el portafolio. Breve informe de los temas tratados en los comités respetando la confidencialidad
Definir conceptos de la Deontología. Diferenciar el bien interno de los bienes externos de una profesión. Reconocer las características de un trabajo hecho con profesionalidad. Establecer relaciones entre los Códigos Deontológicos de los cuatro programas que participarán en la electiva y Códigos Internacionales. Conocer los derechos y deberes de cada profesión y el funcionamiento de los Tribunales de Ética	1. Conceptos de Ética Profesional: Algunos referentes deontológicos y jurídicos 2. Códigos Deontológicos 3. Comités de Ética 4. Funcionamiento Tribunales de Ética	Teórica-Práctica	6	Socialización del taller La conferencia de Adela Cortina sobre Ética Profesional Aplicación de los códigos en Estudio de Casos	Video y taller sobre "La Ética Profesional" de Adela Cortina (3 h). Lectura Comparativa de los Códigos Deontológicos Nacionales e Internacionales de las cuatro profesiones, (3 h) Portafolio (2h) Hacer presencia en Comités de Ética (4 h) Total: 12 horas	Participación acertada en la socialización del taller. Cuadro Comparativo de Códigos Deontológicos de las cuatro profesiones. Informes de los Comités Portafolio actualizado relacionando la práctica con el contenido los Códigos Deontológicos

Resultados del Aprendizaje	Descripción de contenidos	Tipo de Actividad Académica	# de Horas	Estrategias Didácticas para el aprendizaje en el aula	Actividades para el aprendizaje en trabajo independiente y # de horas	Evidencias de aprendizaje
<p>Conocer las generalidades de la bioética y las características del trabajo bioético Relacionar los conceptos de Dignidad Humana y Calidad de vida Establecer comparaciones entre las distintas corrientes en Bioética. Reconocer la corriente bioética que se encuentra en la base de una decisión en el campo de la salud. Aplicar los contenidos de la bioética personalista ontológica en el estudio de casos. Participar activamente en comités de ética</p>	<p>1. Conceptos de Bioética: Historia Generalidades 2. Corrientes Bioéticas 3. Bioética en el campo investigativo y docente. 4. Principios de la Bioética, Consentimiento Informado; Secreto Profesional (Confidencialidad)</p>	Teórica-Práctica	9	<p>Clase magistral sobre las generalidades y Bioética Clínica Seminario Alemán sobre Corrientes actuales de la Bioética. Exposición por parte de los estudiantes de los Principios de la bioética, el consentimiento informado y el secreto profesional Estudio de Casos de Bioética (Simulación de Comités)</p>	<p>Lectura Crítica sobre Corrientes en Bioética. (2 h). Relatorías, correlatorías y protocolos del Seminario Alemán (2 h) Ver la película Gattaca y desarrollar el guión para el cineforo por Aula Extendida (3 h) Preparación de las exposiciones sobre Bioética (3h). Portafolio (2h) Participación activa en Comités Ética Clínica (6 h) Total de horas: 18</p>	<p>Relatorías, correlatorías y protocolos del Seminario Alemán. Participación activa en el Cineforo. Documento en word y diapositivas de las exposiciones Informe de Comités. Portafolio actualizado con Principios de Bioética, CI y Secreto Profesional</p>
<p>Conocer en qué consisten los CP. Determinar en qué momento una persona requiere de los servicios de CP Manejo correcto de los instrumentos de control de síntomas. Desarrollar flexibilidad para facilitar cambios organizacionales y trabajar en equipo. Desarrollar habilidades comunicativas</p>	<p>1. Qué son los CP, historia, generalidades. 2. Principios de CP Interdisciplinaria Habilidades comunicativas Trabajo en equipo 3. Instrumentos de control de síntomas</p>	Teórica-Práctica	6	<p>Clase Magistral sobre las generalidades de CP. Elaboración de un instrumento de control de síntomas. Taller sobre Trabajo Interdisciplinario - Trabajo en Equipo y Habilidades Comunicativas (Desarrollado por un Psicólogo)</p>	<p>Consulta de Instrumentos de control de síntomas(1 h). Foro por Aula Extendida: Principios de los CP. Invitados Marta Ximena León, Ma. Mercedes Hackspiel, Miguel Sánchez y Ricardo Salamanca(2h). Actualización del Portafolio (3h) Participación activa en comités (6 h). Total 12 Horas</p>	<p>Participación activa en el Foro. Instrumento de control de síntomas diligenciado correctamente Portafolio actualizado. Informes de los Comités de Bioética.</p>

Resultados del Aprendizaje	Descripción de contenidos	Tipo de Actividad Académica	# de Horas	Estrategias Didácticas para el aprendizaje en el aula	Actividades para el aprendizaje en trabajo independiente y # de horas	Evidencias de aprendizaje
<p>Elaborar plan de tratamiento integral</p> <p>Desarrollar adecuadamente el proceso del CI y elaboración correcta del documento.</p> <p>Aplicar adecuadamente el principio del doble efecto</p> <p>Determinar qué casos requieren reorientación terapéutica</p> <p>Utilizar los recursos jurídicos sobre derechos de los pacientes en CP</p> <p>Reconocer y manejar adecuadamente situaciones de burnout en el equipo de trabajo y/o cuidadores</p>	<p>1. Plan de tratamiento en CP</p> <p>2. Reorientación terapéutica</p> <p>3. CI y Principio del doble efecto</p> <p>4. Bioética: Derecho e Internacionalización</p> <p>5. Burnout y Síndrome del cuidador</p>	Teórica-Práctica	12	<p>Simulacro de Comités sobre Casos de CP tomados de la literatura, el cine y la práctica de los estudiantes para revisar tratamientos realizados, necesidad o no de reorientación terapéutica, manejo de las características del trabajo bioético, de los principios bioéticos, del proceso de CI, de los procesos de información de la relación con la familia, del manejo jurídico, etc. Estas clases estarán acompañadas por un profesor de cada programa que oriente y/o refuerce el manejo del paciente desde lo disciplinar incluyendo un profesor de Psicología, Trabajo Social y Derecho</p>	<p>Lectura de casos clínicos de la literatura de CP</p> <p>Trabajar apartes de estas películas en que se refleja directamente la cuestión bioética: Decálogo II: la vida moral y la toma de decisiones prudentes, Duelo silencioso: el secreto médico, paternalismo y justicia, El experimento Tuskegee/ Miss Evers Boys (1977) la sífilis y la investigación con seres humanos, Philadelphia: SIDA, El jardinero fiel: crítica sobre la ética en el desarrollo de nuevos medicamentos por la industria farmacéutica, Hable con ella: el estado vegetativo, Million dollar Baby, Mar adentro y El médico de la campiña (8 h)</p> <p>Actualización del portafolio (8 h)</p> <p>Participación activa en los comités (8).</p> <p>Total de 24 horas</p>	<p>Exposición y participación activa en el simulacro de comité bioético de los casos siguiendo el Método Triangular propio de la bioética personalista</p> <p>Portafolio con manejo de los contenidos del capítulo trabajados en la práctica</p> <p>Informe de Comités de Bioética</p>

ANEXO 3:

7. Evaluación del aprendizaje en la asignatura

Propósito de la evaluación	Resultados de aprendizaje	Metodologías de la evaluación (Técnicas y evidencias de la evaluación)	Saberes a evaluar
Diagnóstica de conducta de entrada		Cuestionario sobre conceptos básicos de la asignatura	Nociones de sobre la persona humana y su comportamiento ético y bioético de un profesional de la salud
Evaluación Sumativa	Definir quién es una persona, sus elementos constitutivos Establecer cuál es el fin último del hombre Reconocer la vulnerabilidad, el dolor y el sufrimiento como realidades presentes en la vida humana	Escrito relacionando los contenidos de la clase, los 4 videos de Manolo Alcázar y la Película con consecuencias que deben reflejarse a nivel personal y profesional	Conceptos de Antropología Filosófica: Persona Humana: Definición, Naturaleza, Dimensiones Fin último del hombre, Vulnerabilidad, dolor y sufrimiento
Evaluación Criterial	Diferenciar entre Ética y Moral Relacionar Naturaleza humana-Fin último-Ética Diferenciar un acto del hombre y un acto humano Reconocer las fuentes de la moralidad de un acto humano concreto	Participación acertada en la socialización de los dos talleres y correcta identificación de los elementos de la moralidad en los casos de ética trabajados en el portafolio. Breve acta de los temas tratados en los comités respetando la confidencialidad	Fundamentos de Ética General Ética y Moral. Ley Moral Moralidad de los Actos Humanos
Evaluación normativa	Definir conceptos de la Deontología. Diferenciar el bien interno de los bienes externos de una profesión. Reconocer las características de un trabajo hecho con profesionalidad. Establecer relaciones entre los Códigos Deontológicos de los cuatro programas que participarán en la electiva y Códigos Internacionales. Conocer los derechos y deberes de cada profesión y el funcionamiento de los Tribunales de Ética	Participación acertada en la socialización del taller. Cuadro Comparativo de Códigos Deontológicos de las cuatro profesiones. Informes de los Comités Portafolio actualizado relacionando la práctica con el contenido los Códigos Deontológicos	Conceptos de Ética Profesional Códigos Deontológicos Comités de Ética Tribunales de Ética

Propósito de la evaluación	Resultados de aprendizaje	Metodologías de la evaluación (Técnicas y evidencias de la evaluación)	Saberes a evaluar
Evaluación Criterial	<p>Conocer las generalidades de la bioética y las características del trabajo bioético</p> <p>Relacionar los conceptos de Dignidad Humana y Calidad de vida</p> <p>Establecer comparaciones entre las distintas corrientes en Bioética.</p> <p>Reconocer la corriente bioética que se encuentra en la base de una decisión en el campo de la salud.</p> <p>Aplicar los contenidos de la bioética personalista ontológica en el estudio de casos.</p> <p>Participar activamente en comités de ética</p>	<p>Relatorías, correlatorias y protocolos del Seminario Alemán.</p> <p>Participación activa en el Cineforo.</p> <p>Documento en Word y diapositivas de las exposiciones</p> <p>Informe de Comités.</p> <p>Portafolio actualizado con Principios de Bioética, CI y Secreto Profesional</p>	<p>Conceptos de Bioética: Definición, Historia, Generalidades</p> <p>Características del trabajo bioético</p> <p>Corrientes Bioéticas</p> <p>Bioética personalista con fundamentación ontológica</p> <p>Bioética Clínica: en el comienzo y desarrollo de la vida (El final de la vida se trabajará en CP).</p> <p>Comités de Bioética</p>
Evaluación Criterial	<p>Conocer en qué consisten los CP.</p> <p>Determinar en qué momento una persona requiere de los servicios de CP</p> <p>Manejo correcto de los instrumentos de control de síntomas.</p> <p>Desarrollar flexibilidad para facilitar cambios organizacionales y trabajar en equipo.</p> <p>Desarrollar habilidades comunicativas</p>	<p>Participación activa en el Foro.</p> <p>Instrumento de control de síntomas diligenciado correctamente.</p>	<p>Conceptos de Cuidados Paliativos Definición.</p> <p>Breve Historia</p> <p>Objetivos y bases de la Terapia.</p> <p>Principios generales de control de síntomas</p> <p>Información y comunicación</p>
Evaluación Criterial	<p>Elaborar plan de tratamiento integral</p> <p>Desarrollar adecuadamente el proceso del CI y elaboración correcta del documento.</p> <p>Aplicar adecuadamente el principio del doble efecto</p> <p>Determinar qué casos requieren reorientación terapéutica</p> <p>Utilizar los recursos jurídicos sobre derechos de los pacientes en CP</p> <p>Reconocer y manejar adecuadamente situaciones de burnout en el equipo de trabajo y/o cuidadores</p>	<p>Exposición y participación activa en el simulacro de comité bioético de los casos siguiendo el Método Triangular propio de la bioética personalista</p> <p>Portafolio con manejo de los contenidos del capítulo trabajados en la práctica</p> <p>Informe de Comités de Bioética</p>	<p>Bioética en CP</p> <p>Principios bioéticos aplicados a CP</p> <p>Consentimiento informado</p> <p>Voluntad Anticipada</p> <p>Principio del doble efecto o Voluntario Indirecto</p> <p>Principio de Dobles lealtades</p> <p>Encarnizamiento terapéutico</p> <p>Reorientación terapéutica</p> <p>Bioética: Derecho e Internacionalización</p> <p>Situaciones de burnoff</p>