

HUMANISMO EN EL CURRÍCULO MÉDICO – ESTADO DEL ARTE



AUTOR

Diego Fernando Sierra Suárez, MD

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de:
Especialista en Docencia Universitaria

Director:

Juan Carlos Moreno Ortiz, PhD

**UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA
FACULTAD DE EDUCACIÓN Y HUMANIDADES
PROGRAMA DE DOCENCIA UNIVERSITARIA**

BOGOTÁ, 29 DE NOVIEMBRE DE 2018

Dedico este ensayo primero a mi esposa por su paciencia por el tiempo que le dediqué con pasión a mi especialización y a todos mis alumnos para quienes este ensayo busca llegar a ser un punto de reflexión no solo para su formación sino para la educación que más adelante otorgarán a las futuras generaciones de Médicos.

Agradecimientos especiales al personal Docente de la Universidad Militar Nueva Granada en la especialización de docencia universitaria por haberme hecho entender como Médico que existe un más allá del pensamiento crítico basado en el método científico. Agradecimiento especial a la Doctora Catherine Rojas por sus aportes reflexivos y bibliográficos a este ensayo

En el presente ensayo pretendo abordar un panorama histórico que permita dilucidar el objeto de estudio de la medicina, entendiendo la evolución del concepto salud enfermedad, su relación con la evolución histórica del concepto de humanismo y cómo se da su inclusión en el currículo para la enseñanza de medicina a nivel de pregrado en nuestro país, con el fin de proceder a sustentar la necesidad imperiosa del mismo en la enseñanza de la medicina a las futuras generaciones de médicos.

Palabras Claves

Humanismo, historia de la medicina, salud – enfermedad, currículo médico

ABSTRACT

The present essay, intend to approach an historical panorama that allows elucidating the object of study of medicine, understanding the evolution of the concept of health disease, the relation with the historical evolution of the concept of humanism and how it's included in the curriculum for teaching of medicine at undergraduate level in our country, in order to proceed to support the imperative need to introduce the humanism in the teaching of medicine to future generations of physician.

Key words

Humanism, medicine history, health disease, medical curriculum

Tabla de Contenidos

vi

Capítulo 1 Introducción e información general	1
Introducción	1
Objetivo General.....	2
Justificación	2
Capítulo 2 Fundamentación teórica	4
La evolución del concepto salud - enfermedad.....	4
Medicina y Humanismo.....	10
Humanismo en la enseñanza de la medicina.....	12
Capítulo 3 Análisis y Conclusiones	18
Análisis de la Reflexión	18
Conclusiones	19
Lista de referencias	21
Vita.....	23

Capítulo 1

Introducción e información general

Introducción

El objeto de estudio de la medicina es el hombre, en la actualidad y de manera paradójica, pareciera que el constructo de la esencia del mismo se ve despersonalizada con los conceptos económicos y políticos que nos acercan cada vez más a la conceptualización fragmentaria que se manejó en el siglo XIV.

Es interesante ver como la evolución cerebral de nuestra especie nos ha llevado a la necesidad de comprendernos y reconocernos no sólo cómo unidad, sino también cómo conjunto social. El hombre ha sido representado, conceptualizado, fragmentado e idealizado por disciplinas como la filosofía y las ciencias. Esos instintos primitivos que también gobiernan y aseguran la perpetuidad de otras especies, nos han llevado a desarrollarnos y comprendernos en la complejidad evolutiva biológica, etológica, cognitiva, adaptativa, entre otras. Haciendo evidente el principio que se maneja desde la teoría de sistemas en la cual nos concebimos como un sistema dinámico no lineal, en donde el caos y la diferencia en la entropía son aspectos positivos, y la incertidumbre desde el punto de vista netamente físico – matemático, es la expresión de la vida en el sistema que cada uno de nosotros constituye. Con lo anterior es importante destacar al hombre como una unidad, independiente del enfoque de estudio.

Reitero, el objeto de estudio de la medicina es el hombre, sin embargo, la medicina desde sus inicios se centra en el tratamiento de la patología, la enfermedad, por lo que realizando una ontogenia histórica podemos evidenciar que de la transformación y el

entendimiento de la enfermedad también se ha dado la transformación de concepción del hombre y sus dimensiones constitutivas, una de ellas el reconocimiento de valores como su dignidad, una de las bases del humanismo.

Se hace importante reconocer el contexto en el que se da la formación médica, el concepto del hombre y los cambios que a nivel social y cultural se suceden y permean al hombre y el humanismo, y de esta manera su enseñanza e importancia en la medicina.

Objetivo General

Realizar una revisión teórica sobre la evolución del objeto de estudio de la medicina y su relación con el humanismo a nivel general, y su inclusión en el currículo de enseñanza de medicina.

Justificación

A través de los años se han dado modificaciones sobre la concepción del hombre, particularmente en la enseñanza de la medicina. En la actualidad lo que se observa es que, en lo referente al hombre y el humanismo, nos enfrentamos a una gran dicotomía, se habla de humanización en los servicios de salud, de trato digno al paciente, de la falta de humanismo por parte del personal médico, lo que plantea la pregunta ¿Qué pasó con el humanismo en el currículo médico?

Lo anterior representa un panorama desalentador, puesto que el humanismo es parte integral y constitutiva del objeto de estudio de la medicina, es decir el hombre, por lo cual se hace necesario entender la evolución de la comprensión de la dinámica de estudio del

proceso salud – enfermedad, y la evolución de la construcción de currículo médico de los estudiantes de pregrado, con el fin de entender en donde se da la fractura y la posterior identificación de la necesidad de reconocer al humanismo como un componente necesario y fundamental en la relación médico- paciente, y en la intervención del proceso salud-enfermedad.

Capítulo 2

Fundamentación teórica

La evolución del concepto salud - enfermedad

En un principio predominaba el concepto desde lo mítico – religioso: Apolo, dios del sol y la razón, quien a su vez también personificaba al dios de la muerte súbita y enfermedades con la ambivalencia de también ser considerado dios de la curación y la protección de las fuerzas malignas. “Apolo le transmitió el conocimiento de la medicina al centauro Quirón (hijo de Saturno), éste era el encargado de educar a los héroes griegos Jasón, Hércules, Aquiles y muchos otros entre los cuales se encontraba Asclepio” (Jaramillo, 2001, p.104)

Asclepio para la cultura griega o Esculapio para la cultura romana es quien hacia el año 1.200 A.C se le atribuye la constitución de lo que hoy llamaríamos un consultorio médico, los denominados asclepeion, en ellos basado en sus conocimientos en botánica, incursiona con modelos de tratamientos alternativos para el manejo de la enfermedad humana.

Posteriormente, Hipócrates conocido como el padre de la medicina, hace que ésta se establezca como una disciplina separada de otros campos y la separa de prácticas como la magia, basándose en la observación y documentación, con el fin de transmitir sus conocimientos a sus estudiantes. Se funda así una verdadera escuela, con el fin de perpetuar esta práctica y desarrollar conocimientos, de esta manera se hace relevante la descripción, identificación y tratamiento de la enfermedad, reconociéndola, como una noxa que afecta al individuo en su totalidad, “Él, sostenía que no puede haber nada más noble y más

importante que proteger la salud o atender la enfermedad del ser humano, ya que este es la figura central de la historia y el fin de la misma “ (Jaramillo, 2001, p.106), de aquí se puede abstraer que se tenía conciencia de la unidad e importancia del enfoque de la enfermedad como un todo, el humano visto como un ser conjunto de valores, variables y actor activo participe e importante de la sociedad.

Hacia el año 150 D.C, Galeno continua con el modelo que planteó la escuela hipocrática, sin embargo, dado el contexto histórico de la intervención del clérigo y el considerar de paganos los textos griegos, el desarrollo de la medicina sufre un freno importante. Áreas de vital importancia cómo la fisiología y la anatomía debido a las doctrinas monásticas no deben ser estudiadas por considerarse prohibidas, siendo así, el importante aporte de los árabes ya que continuaron con el esquema de salud enfermedad propuesto por los griegos, llegando a aportar textos valiosos como el Canon medicinae, esto hacia el año 1000 D.C.

Pasando al renacimiento, nuevamente el contacto con los textos antiguos, los aportes de los árabes y gracias al desarrollo de la imprenta se da una importante difusión y análisis del conocimiento médico, surgen grandes aportes como los de Vesalio quien se dedica a un estudio minucioso de la anatomía, se perfeccionan técnicas quirúrgicas, e instrumentos para tal fin.

La aparición de las epidemias agudiza el conocimiento en patología, y mecanismos de transmisión de la enfermedad, aunque aún permeaba el pensamiento mágico del clero: “por supuesto que las primeras explicaciones a esta catástrofe demográfica son de índole religiosa: Dios había enviado esa peste para castigar a los humanos por sus pecados. Por lo

tanto, las soluciones dependían del rezo y de la magnitud de la fe.” (Fernández, 2012, pág. 112)

Pese a lo anterior, el contexto académico de la época, llevó a la fragmentación del estudio de la enfermedad desde el punto de vista de la disciplina médica. René Descartes es a quien quizá debemos la más importante ruptura en la medicina, ya que cuando plantea su teoría del dualismo cartesiano, hace una separación vital del hombre en cuerpo y alma, dando al cuerpo una visión netamente mecanicista o también denominada biologicista, y el alma, durante mucho tiempo se torna terreno exclusivo de lo teológico y filosófico, fragmentando de esta manera al hombre.

“Descartes sostenía que en el mundo solo existen dos sustancias: mentes y cuerpos y que cada sustancia puede existir independientemente de la otra, lo que hacía del alma una sustancia inmortal. La esencia de la mente era el pensamiento activo, infinito. La esencia del cuerpo era la extensión irreflexiva y pasiva. Así éstas devenían opuestas por completo.” (Fernández, 2006, pág. 405).

Con lo anterior, se separa las ciencias de estudio del hombre: se deja la mente y el alma a la filosofía y la teología, y el cuerpo a la biología y medicina. Quizá lo que se evidencia aquí aparte de la ruptura del hombre como unidad, es que hasta ese momento, estos aspectos no habían sido considerados antes, es decir, la visión del cuerpo como máquina, separado del alma, dejó sentadas las bases a preguntas que posteriormente se harían evidentes gracias a otras ciencias, como la antropología, la sociología y la evolución de las corrientes filosóficas, harán que posteriormente se contemple de nuevo una visión holística del ser humano.

Entretanto, es importante destacar que la enseñanza de la medicina desde esos momentos se hace con un enfoque al cuerpo dissociado del ser, de lo que representa el

humanismo, tema que desarrollaré más adelante, pero es importante entender que estos modelos hacen que la formación en medicina se enfoque de esta manera, que sus desarrollos conceptuales y su práctica tengan el enfoque solo hacia la enfermedad, y no hacia el humano y lo que este representa en la sociedad.

La ciencia médica, como he anotado previamente, se desarrolla desde una perspectiva de enfermedad, el denominado modelo biomédico, sin embargo, en la década de los 80, George Engel, Médico Psiquiatra estadounidense, postula el modelo bio-psicosocial, en el cual argumenta que no es posible determinar la enfermedad únicamente desde el punto de vista somático y físico, ya que como culturas antiguas contemplaban al hombre como un todo, era importante regresar a una mirada holística del ser humano y reconocer su individualidad y su contexto como parte de su enfermedad: “no es posible definir la enfermedad en términos estrictamente somáticos, físicos, sin reparar en las cuestiones psico-sociales que se desprenden de la propia actividad médica. La Psiquiatría y la medicina, en general, dice Engel G, están inmersas en un período de crisis debido a la adherencia a ese paradigma reduccionista. Esta crisis se debe a que ese paradigma no es adecuado para la investigación científica ni para las responsabilidades sociales de la propia medicina.” (Ramos, 2015, pág 511). Engel postula seis tesis para dar a entender sus postulados, comparando la diabetes con la esquizofrenia, en su primera tesis sostiene que el carácter bioquímico que tienen ambas enfermedades no dan cuenta de la aparición de la misma, la segunda tesis se relaciona con que los datos clínicos de cada patología son proporcionados por el paciente de tal manera que se hace indispensable conocer los factores psicológicos, sociales y conductuales, y que no se pueden llegar a estos sin habilidades

asertivas de comunicación con el paciente. Lo anterior de alguna manera reconoce al paciente como persona, dotado de dignidad en un contexto que debe ser comprendido y analizado por el médico.

En su tercera tesis sostiene que las características psicológicas y sociales influyen en la manera en la que evoluciona y se comporta la enfermedad, la cuarta tesis habla de que las características bioquímicas si bien es cierto se relacionan con la expresión de la enfermedad, no están en relación en cómo acepta el paciente su patología. La quinta tesis aborda el aspecto del tratamiento, destacando que si bien es cierto que si este se dirige sólo al aspecto bioquímico de la enfermedad se pueden observar mejorías en la sintomatología, otros factores están altamente relacionados con una adecuada eficacia.

Estas últimas dos tesis son de gran importancia, porque al tener en cuenta quien es el paciente, lo que piensa de su enfermedad y el rol activo que desarrolla dentro de la práctica médica, se da el avance en tratamientos como los no farmacológicos, en los cuales ciertas modificaciones en los estilos de vida dan como resultado no sólo una mejoría en el cuadro clínico, sino el mantenimiento del bienestar del paciente, así como una adecuada adherencia al tratamiento farmacológico instaurado.

En su sexta tesis Engel postula: “El comportamiento del médico en la relación asistencial puede condicionar el resultado terapéutico, como por ejemplo lograr que el paciente siga el tratamiento. Por tanto, contrario a la posición exclusionista, el rol que adquiera el médico incidirá en el curso, desarrollo y pronóstico de la enfermedad.” (Ramos, 2015, pág. 512). Aquí se hace evidente la inclusión del paciente en la práctica clínica, esta inclusión representa que se le reconozca como una unidad, y que la empatía, es decir

ponerse en el lugar del otro , es un aspecto clave que determinará el éxito de las intervenciones como médicos, aquí me permito recordar que el objetivo de la medicina es mejorar la calidad de vida del paciente, esa visión de los superhombres, que hacía que se minimizara al paciente a un objeto, se ve relegada pro la argumentación de Engel.

En relación a lo anterior, Ramos encuentra como aliados teóricos para complementar el modelo planteado pro Engel a Borrell F., Suchman A., y Epstein R., quienes sostienen, para ello, que hay que crear un tono emocional, cultivar la curiosidad por el paciente apreciándolo como persona, y distinguir qué necesidades tiene y cuáles verbaliza. Pero hay que ir más allá de lo meramente práctico asistencial. Ramos también cita a Westerman M. quien opina que hay que analizar y tratar las demandas o necesidades de la vida (un enfoque desde lo cognitivo y/o conductual), pero también los aspectos de la vida que tienen significado para el paciente (desde un enfoque narrativo, fenomenológico, psicoanalítico). Para ello cabe un buen entrenamiento en habilidades de comunicación. En ocasiones, los profesionales saben qué tipo de información han de dar, pero no saben cómo darla. El desarrollo de estas habilidades ha de comenzar desde los primeros años de formación del profesional. (Ramos, 2015, pág. 521).

Es aquí, donde se desarrollan y postulan una serie de competencias que el médico debería desarrollar durante su formación de manera paralela con las competencias del saber, entre estas encontramos habilidades reflexivas, entender que siempre se está en constante formación, reconocer los valores de la profesión, y tener una formación en el campo humanístico y más aún identificar su valor en la práctica clínica.

Medicina y Humanismo

Cómo hemos visto, al ser el objeto de estudio de la medicina el hombre, su reconocimiento integral, el reconocerlo como persona, con dignidad, y consciencia de su rol social es importante para una adecuada práctica clínica. De hecho, autores como Pérez postulan: “El médico debe distinguir entre la enfermedad y el padecimiento de sus pacientes. La enfermedad es la causa de su malestar, pero lo que lo trae a consulta es su padecimiento. Este último está formado por los síntomas y signos del proceso patológico, más la angustia del sujeto, su preocupación por su futuro inmediato y a largo plazo, sus problemas económicos, el miedo al dolor y a que lo tengan que operar, el destino de su familia, y sobre todo el terror a la muerte.” (Pérez, 2013, pág. 352).

Lo anterior hace importante que la concepción de humanismo se tenga clara dentro de nuestra disciplina, y si bien es cierto ésta encierra una amplia polisémica, considero que en el contexto actual la definición de Osguerra es una de las más contextualizadas, él afirma: “más que una corriente del pensamiento, como una forma de ver la realidad, una perspectiva que considera a la dignidad humana como criterio último de valoraciones y normas y como el horizonte al que deben orientarse las acciones.” (Osguerra, 2006.P 55). De esto se puede entender por qué se habla de la importancia de la relación médico- paciente y de la actual deshumanización de la medicina, considero que en el momento en el que se aborda sólo el segmento corporal que padece una alteración anatómico fisiológica, llámese apéndice, corazón o en mi caso particular el ojo o más específicamente la córnea y no se habla del señor “Luis” o la señora “María”, y mucho menos se comprende el contexto que lleva a esta alteración y el impacto que esto tiene sobre el paciente, entonces trabajamos en

el ser humano cómo en una fábrica, donde se reemplaza o arregla lo dañado, sin generar empatía y entender que el reconocimiento del otro y el impacto emocional y mental que esto le puede causar para la persona, su familia y la sociedad.

Adicional a lo anterior encuentro como aliado a Pérez, quien afirma; “Creo que en nuestro tiempo no es el médico el deshumanizado, sino el sistema en el cual se encuentran atrapados tanto él como sus pacientes; ambos son víctimas de la burocratización excesiva de los servicios de salud, que a su vez ha sido consecuencia de su socialización.” (Pérez, 2013, pág. 354).

Ni para el paciente ni para el personal de salud es un secreto que cosas como el hecho de contar con un tiempo muy limitado de consulta, y las gestiones administrativas que demandan un procedimiento quirúrgico, así como el temor a lo legal, juegan un papel importante que hace que esa relación médico-paciente se fracture, y que esta no se pueda arreglar fácilmente ya que no dependen de nuestro alcance, sin embargo el trabajar bajo principios de beneficencia, no maleficencia, y reconociendo la autonomía del paciente, además de llevar a cabo el acto médico con justicia, dan cuenta de la importancia del humanismo en la medicina.

El conocimiento del contexto las condiciones políticas, económicas morales, éticas y culturales son parte importante de reconocer el humanismo, así como los actores en el proceso de la relación médico paciente se hacen iguales al momento de la práctica clínica, es por esto que considero las afirmaciones de Sanjai en lo referente al rol del humanismo: “Afirmar la comunidad de la especie humana y la dignidad de todos los hombres es una tarea tan apremiante hoy como lo fue en el pasado. Habida cuenta de que esta afirmación

se puede considerar, en cierto sentido, la médula del humanismo. A mi parecer, un humanismo duradero será un humanismo en el que nuestras intuiciones morales acerca del carácter común y la dignidad de la especie humana no se basen más en un antropocentrismo discutible o en dudosas reivindicaciones de una razón universal. No será el producto de la afirmación de la validez exclusiva de la concepción moral particular del occidente moderno, sino el fruto de un diálogo entre civilizaciones y concepciones morales diferentes” (Sanjai, 2010, pág. 8). Lo anterior se hace evidente cuando se quiere realizar una adecuada práctica en diferentes lugares del país, donde las condiciones de imaginarios y pensamiento mágico pueden llegar a permear el que hacer médico y en donde se demanda el profesional competencias de flexibilidad y comprensión, para que su práctica sea exitosa, porque no es lo mismo un paciente pediátrico con cuadro de gastroenteritis valorado en la Guajira a un paciente con gastroenteritis valorado en Bogotá, y no sólo porque la posible etiología del cuadro clínico sea diferente, sino por los retos que propone el lograr un adecuado diagnóstico y una comprensión de las creencias, aptitudes y actitudes del paciente y su familia, y aquí también se encuentra el humanismo en la práctica médica.

Humanismo en la enseñanza de la medicina

Como lo he venido desarrollando a lo largo de este ensayo, la evolución del concepto salud enfermedad y la concepción biologicista o también llamada mecanicista, marcó una muy peculiar organización curricular de la enseñanza de la medicina, es así como debemos recordar que uno de los estudios sobre la organización curricular más importante de la medicina en el cual se evidencia la nula existencia del componente humanista la da el

informe realizado por Abraham Flexner en 1910. Como antecedentes debemos mencionar los modelos de enseñanza de la medicina previos que dan origen a los hallazgos del modelo Flexner.

En los siglos XVIII y XIX el desarrollo de la medicina se centra en Europa, tomando fuerza el denominado Modelo Francés, que se basaba en el ideal anatómico-clínico, es decir que la forma de aprender medicina era el contacto permanente con el paciente se maneja el conocimiento a través de la observación, de la investigación de los hechos, gracias a esto, las facultades de medicina se centran y crecen alrededor del hospital, y se deja de lado las ciencias básicas, dentro de las ventajas de este modelo es que da lugar al desarrollo de la semiología, de la patología como pilar central del estudio de enfermedades, el establecimiento de los primeros protocolos de autopsias y se seguía desarrollando el perfeccionamiento de los diferentes procedimientos quirúrgicos. (Gil, 2004, pág 57). En nuestro país la influencia de este modelo francés deja sus remanentes a nivel arquitectónico, ejemplo de esto, el Hospital de la Misericordia, construido a finales de 1800.

El otro modelo de enseñanza de la medicina del siglo XIX es el modelo Alemán, se basa en la investigación, sus bases los conocimientos en física, química, biología, y patología celular, lo que permite el desarrollo de laboratorios y la investigación como factor fundamental en la enseñanza de la medicina, por lo que las facultades se organizaban alrededor de institutos de investigación, teniendo como ventaja la gran cantidad de descubrimientos a nivel médico debido al seguimiento del método científico como por ejemplo el postulado de la teoría infecciosa de las enfermedades realizada por Koch, pilar

de la infectología actual, y del surgimiento de la fisiopatología como disciplina para la comprensión de la enfermedad.

Una de las cosas que creo importantes destacar dándole un enfoque actual al informe realizado por Flexner, es que centraliza la educación en las universidades (Carnegie fundación, 1910), otra de sus propuestas que considero positiva fue la de generar la adopción de un currículo con cuatro años de estudio (Carnegie fundación, 1910), y es que para ese entonces habían médicos que ejercían con sólo un año de aprendizaje junto a otro médico con experiencia, lo que no garantiza un buen nivel de competencias a nivel profesional ni en aquella época ni ahora. Flexner también hace un llamado a la vinculación de personal docente de dedicación exclusiva a la enseñanza e investigación científica, esto genera una dualidad y es que si bien es cierto que se da una especialización en el conocimiento de los diferentes sistemas y órganos constitutivos del ser humano, esto lleva a afianzar la separación de mente y cuerpo y muere el sentido del paciente como persona, evitando por mucho tiempo una comprensión integrada del ser humano y excluyendo los aspectos sociales del paciente.

Lo anteriormente desarrollado nos muestra la importancia de actualizar el paradigma holístico de nuestro objeto de estudio y trabajo, es decir el hombre, la formación de las nuevas generaciones de médicos debe resaltar la importancia de entender la enfermedad en el paciente y no fuera de él, para esto, el docente y también sus estudiantes deben tener características humanitarias como la empatía, ser benéfico, caritativo, y por sobretodo entender la vulnerabilidad de una persona enferma y de su familia.

Es claro que como médicos dentro de nuestros deberes está “instruir con sus conocimientos y su experiencia a sus pacientes, a sus familiares y amigos, así como a sus colegas y colaboradores, a sus alumnos, y a todos los que se beneficien con ello. El médico que no enseña, que no explica una y otra vez, tantas como sea necesario, lo que ha aprendido estudiando y atendiendo a sus enfermos, comete una grave falta de ética médica, es un médico inmoral.” (Pérez, 2013, pág. 356).

En el currículo de enseñanza de la medicina es frecuente encontrar la fragmentación entre la cátedra de humanidades y el conocimiento médico, por eso considero que como decentes está en nuestras manos desarrollar estrategias de integración de los conceptos entre estas con el fin de formar a las futuras generaciones de médicos de manera integral Osguerra lo plantea de esta manera : “Así pues, entendemos por humanismo médico, a todo el conjunto de valores, actitudes y prácticas que promueven una auténtica vocación de servicio y dan lugar a considerar al paciente como un semejante que sufre y solicita alivio. Los aspectos más significativos que promueven el humanismo en el trato con los pacientes son: el afecto, el apoyo, el respeto y la solidaridad, que, a la vez, son los que nos procuran la mayor cooperación posible del paciente para conocerlo mejor y ayudarlo más” (Osguerra, 2006, pág.57).

Otro autor que concuerda con lo hasta ahora expuesto es Hernández quien comenta: “constituye un reclamo la actualización de la formación humanista, para fortalecer el paradigma biopsicosocial, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención, sin abandonar la atención, asistencia o cuidado médicos rehabilitatorios, generándose el reclamo mundial de enfatizar el eje ético y humanista en la formación del médico. Las

tendencias mundiales en educación médica, exigen a las facultades de medicina cambiar las formas y métodos de enseñanza que tradicionalmente se han venido empleando. De esta forma las facultades deben garantizar los recursos educativos suficientes para el desarrollo eficaz del currículo y la garantía de la calidad del proceso formativo.” (Hernández, 2015, pág. 493). Dentro de las estrategias didácticas de la enseñanza a nivel de pregrado y postgrado está la practica directa con el paciente y es allí donde además de los conocimientos particulares de nuestra disciplina es preciso enseñar y evaluar desde el humanismo, destacando la importancia de lo ya mencionado con el fin de optimizar la relación médico paciente, la adherencia al tratamiento y la conciencia de lo emocional y social.

Otra visión importante de la inclusión del humanismo en el currículo del médico es evidenciado por Fernández quien pone de manifiesto la importancia del conocimiento de la cultura como un componente humanista de la siguiente manera:

“El desempeño y el bienestar de las necesidades humanas a través del proceso de formación cultural, hace que la persona propase el horizonte biológico y la elemental característica reproductiva, acrítica e improductiva, se forje y escale al nivel humano superior del desarrollo humano, de un conocimiento sensible, creativo, humano, crítico y reflexivo que promueva una conducta transformadora, y trascienda, así, desde el individuo como ente social a la comunidad y su entorno social para lograr de esta forma su autorrealización y el desarrollo pleno de sus potencialidades, que sea portador de las cualidades humanas necesarias para convertir y transformar su entorno de manera positiva y propiciar una mejor calidad de vida.” (Fernández, 2010, pág 45).

En la actualidad y luego de postular el modelo biopsicosocial, se han incluido como ya se mencionó cátedras de humanidades dentro del currículo médico, si observamos los planes de estudio de diferentes universidades que ofrecen pregrado en medicina podemos

observar que todas incluyen las humanidades. Sin embargo, queda la duda sobre la integración de estas a la práctica médica, ya que de esto se hace necesario un análisis más profundo sobre las competencias y el enfoque de estas asignaturas frente al desafío que supone la práctica médica. Lo que presupone la necesidad de hacer un análisis de los contenidos curriculares de todas las asignaturas de la formación del médico ya que se espera que el humanismo no sólo sea esa cátedra separada, sino que se evidencie de manera transversal en todas las asignaturas.

Capítulo 3

Análisis y Conclusiones

Análisis de la Reflexión

Teniendo en cuenta la evolución del concepto de salud enfermedad y teniendo claro que el objeto de estudio de la medicina es el ser humano, he podido evidenciar que no se trata sólo de los conceptos netamente científicos o netamente filosóficos morales y éticos. Si en el currículo y en nuestro quehacer como docentes no somos capaces de integrar los ítems anteriores, estaremos llevando a una enseñanza que a pesar de contar con los elementos necesarios, seguirá siendo fragmentaria, ya que se acostumbra a dar las cátedras de los diferentes contenidos curriculares cómo si de cosas diferentes se tratara, por citar un ejemplo bastante reduccionista, tendría algún sentido entender la fisiopatología, epidemiología, tratamiento farmacológico y no farmacológico de la hipertensión arterial, sin entender que no es lo mismo tener en nuestro consultorio a un hombre que a una mujer, con condiciones de vida , socioeconómicas y socioculturales diferentes, que quizá el impacto que tenga el simple hecho de dar a conocer que se tiene esta enfermedad y la importancia de entenderla así sea considerada en el imaginario social como algo normal de la edad, puede cambiar la calidad de vida de una persona, únicamente si somos asertivos en hacer partícipes y entender a nuestro paciente, en mejorar aspectos como la empatía e individualizar el acto médico.

Con lo anterior quiero decir que el humanismo, va más allá del reconocimiento del otro como persona, del reconocimiento de su dignidad y de la importancia de su existencia, asociada a los devenires que representan la enfermedad. El humanismo, debe ser un

componente transversal del currículo, se debe trabajar en vencer la idea de que es solo consorte de la salud pública, porque hasta en la práctica quirúrgica es necesario, si bien es cierto el procedimiento quirúrgico no modifica su técnica, el éxito y mantenimiento de este tipo de intervenciones también se basan en la calidad que se establezca de la relación médico paciente para lograr en conjunto los objetivos deseados, de no ser así las consultas posteriores a intervenciones quirúrgicas no tendrían ningún sentido.

El humanismo también encierra el conocimiento de la cultura, del contexto, de la realidad, quizá el más grande error que aun cometemos como docentes es el no realizar un análisis más allá de las competencias del saber saber y saber hacer, porque el saber ser quizá permite el éxito de las dos anteriores.

Con lo anterior sobreviene un importante reto y quizá un segundo paso en esta reflexión y es la evidenciarían de los contenidos y las competencias que se plantea cada una de las asignaturas que conforma el currículo en el ser, queda la duda sobre si se alcanza el objetivo que ya he dilucidado a lo largo de este ensayo sobre lo que es el humanismo y su importancia en la medicina, paso este a seguir en un posterior trabajo, con el fin de poder proponer cambios más realistas sobre los supuestos teóricos que aquí se ha abordado, por ejemplo, se debe comenzar a evaluar el mismo humanismo en las guías de práctica clínica, situación que adolecen el 100% de las guías de manejo de pacientes en Colombia.

Conclusiones

El aporte de las humanidades al reconocimiento de características del hombre como unidad en la sociedad son las que deben permear el acto médico, a que nos identifican y dejan de lado la relación asimétrica entre el médico y el paciente.

La enseñanza de humanidades en medicina es fundamental, y depende no sólo de lo explícito de los contenidos curriculares, también de la intervención de nosotros como docentes, por lo que es importante tener en cuenta que desde nuestros valores y nuestra experiencia debemos aportar a la formación de las futuras generaciones de médicos.

Lista de referencias

- Pérez, R. (2013). *Humanismo y medicina*. Gaceta Medicina de México. 1943: 349-53. Recuperado de https://www.anmm.org.mx/GMM/2013/n3/GMM_149_2013_3_349-353.pdf
- Osguerra, R Francisco. J. (2006). *El humanismo en la educación médica*. Revista Educación. Vol 30 (1). Pgs52-63. Recuperado de : <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/educacion/article/viewFile/1794/1767>
- Jaramillo, J. (2001). *Evolución de la medicina: Pasado, presente y futuro*. Acta Medica Costarricense. 43 (03) 104-113. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=43443303>
- Fernández, N. (2012). *La historia de la medicina y de la enfermedad: metáforas del cuerpo y las instituciones. De la edad media al siglo XIX*. Revista de filosofía Thémata. No 45. 109-117. Recuperado de: http://institucional.us.es/revistas/themata/45/art_8.pdf
- Fernández, S., Cárdenas. A. René Descartes. (2006) *Un nuevo método y una nueva ciencia*. Revista Scientia et Technica. vol 32 Pgs 401-406. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/849/84911652071.pdf>
- Ramos, S. (2015). *Una propuesta de actualización del modelo biopsicosocial para ser aplicado a la esquizofrenia*. Revista asociación española de neuropsiquiatría. 35 (217): Pgs 511-526. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v35n127/original4.pdf>
- Hernández, I., González, B. (2015). *Formación humanista y modo de actuación del médico*. Estrategia para su integración. Revista de Ciencias Médicas. Mayo-junio, 19(3):491-508. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v19n3/rpr12315.pdf>
- Fernández, I. (2010). *El humanismo y la cultura en la carrera de medicina*. Odiseo. Revista electrónica de pedagogía. 8, (15). Recuperado de: <http://www.odiseo.com.mx/2010/8-15/alfonso-fernandez-humanismomedicina.html>
- Sanjai, S. (2011). *¿A dónde va el humanismo?*. Revista el Correo de la UNESCO. octubre diciembre 2011. 6-9. Recuperado de : <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002130/213061s.pdf>
- Gil, P. (2004) *50 años de la educación médica: a propósito del L aniversario*. Revista de medicina universidad de Navarra, 48 (3), 45-50. Recuperado de: http://www.unav.es/revistamedicina/48_3/pag%252045-50.pdf

La Fundación Carnegie para la Promoción de la Enseñanza (1910) Educación Médica en Estados Unidos y Canadá. Recuperado de http://www.carnegiefoundation.org/sites/default/files/elibrary/Carnegie_Flexner_Report.pdf

Vita

El señor Coronel Diego Fernando Sierra Suárez es Médico y Cirujano egresado de la Universidad Militar Nueva Granada, Oficial de la Fuerza Aérea desde el mes de Diciembre de 1996.

Durante su ejercicio como Médico General ocupó, entre otros cargos, la Jefatura de Medicina de Aviación, Jefatura de Epidemiología y Salud Ocupacional en la Escuela Militar de Aviación y fue Jefe de Medicina Laboral de la Dirección de Sanidad de la Fuerza Aérea, Profesor Militar de Tercera Categoría en área de Ciencias de la Salud y Medicina de Aviación. Realizó la Especialización en Oftalmología en el Hospital Militar Central - Universidad Militar Nueva Granada y posteriormente supraespecialidades de Segmento Anterior, lo mismo que en Córnea y Cirugía Refractiva en Vejarano Laser Visión (México) - Universidad del Cauca. Ocupó cargos como Subdirector de Servicios de Salud del Centro de Medicina Aeroespacial, Jefe de Oftalmología del Dispensario Médico de la Fuerza Aérea y desde el año 2014 hasta el 2017, Jefe del Servicio de Oftalmología del Hospital Militar Central y coordinador de la Clínica de Córnea y trasplantes.

Actualmente, el Coronel Sierra es miembro activo de la Sociedad Colombiana de Oftalmología, la Sociedad Americana de Cirugía de Catarata y Refractiva (American Society of Cataract and Refractive Surgery) ASCRS, la Asociación Colombiana de Cirujanos de Catarata y Refractiva ASOCCYR, y la Asociación de Colombiana de Córnea y Cirugía Refractiva ASOCÓRNEA, lo mismo que del Grupo Colombiano de Estudios de Córnea, Superficie Ocular y Cirugía Refractiva – CorneaColombia. Además es miembro asociado de la Asociación Latinoamericana de Cirujanos de Catarata, Segmento Anterior

y Refractiva ALACCSA. También se desempeña desde hace varios años como docente de la Universidad Militar Nueva Granada en pregrado de Medicina como Post-grado en Oftalmología.