



► O32
Bioética

El valor de la Autonomía y las prácticas comunitarias: de la reflexión a la acción en el ámbito académico*

► Elsa María Villegas Múnera**

THE VALUE OF AUTONOMY AND
COMMUNITY PRACTICES:
FROM REFLECTION TO ACTION
IN THE ACADEMIC ENVIRONMENT

O VALOR DA AUTONOMIA E
PRÁTICAS COMUNITÁRIAS:
DA REFLEXÃO À AÇÃO NO
ÂMBITO ACADÊMICO

► Fecha de recepción: febrero 16 de 2011

► Fecha de evaluación: abril 3 de 2011

► Fecha de aceptación: mayo 1 de 2011

* Este artículo se presenta como requisito para la candidatura del Doctorado en Bioética, Universidad El Bosque, bajo la tutoría de Sergio De Zubiría. PhD en Filosofía Política.

** Médica, magister en salud pública; en la actualidad adelanta estudios de doctorado en Bioética. E-mail: elsavillegasmunera@gmail.com

RESUMEN

La tendencia creciente en Colombia a la negación de la Autonomía profesional en la Medicina se sustenta en estudios como la investigación *Decisiones médicas en ambientes controlados en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano, 2007-2008* (Molina, Muñoz y Ramírez, 2009) liderado por el Grupo en Gestión y Políticas Públicas en Salud de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. En relación con esa investigación, este artículo propone una reflexión sobre aspectos éticos y Autonomía profesional en la formación del pregrado, para fortalecer ese valor. Esta vez, la perspectiva se hace desde el eje social curricular, como uno de los que se requieren para la formación en Autonomía de los profesionales de la salud y como complemento a otros ejes que se centran en lo material y en lo individual. Así, el aprendizaje de las normas y criterios que servirán de base para el autogobierno en la práctica profesional, puede incorporar la consideración intersubjetiva con los individuos, las familias y las comunidades.

Palabras Clave

Autonomía, social, currículo, educación médica, prácticas académicas, profesión médica.

SUMMARY

The growing trend in Colombia to the denial of professional Autonomy in Medicine is based on the research as *Decisiones Médicas en ambientes controlados en el contexto del Sistema de Salud Colombiano, 2007-2008*, led by the Management and Public Policy Group on Health of the School of Public Health of Universidad de Antioquia. In relation to this investigation, this article proposes a reflection on ethical and professional Autonomy on undergraduate students in such a way that it is achieved but strengthens it. By this time, the perspective is achieved from the axis social curriculum as one of those required for the formation in Autonomy of Health Professionals in addition to other topics that focus on the material and individual. This way, the learning of the rules and criteria that will be used as base for the self-government in the professional practice, can incorporate the intersubjective consideration into the individuals, the families and the communities.

Key Words

Autonomy, social, curriculum, medical education, academic practices, medical profession.

RESUMO

Na Colômbia, a crescente tendência à negação da Autonomia profissional na Medicina se sustenta em estudos como a pesquisa *“Decisões médicas em ambientes controlados no contexto do Sistema Geral de Segurança Social em Saúde”*, 2007-2008 (Molina, Muñoz e Ramírez, 2009), liderada pelo Grupo de Gestão e Políticas Públicas em Saúde da Faculdade Nacional de Saúde Pública da Universidad de Antioquia. Com relação a esta pesquisa, este artigo propõe uma reflexão sobre aspectos éticos e Autonomia profissional na formação da carreira, para fortalecer este valor. Desta vez a perspectiva parte do eixo social curricular, como um dos que são requeridos para a formação em Autonomia dos profissionais da saúde e como complemento a outros eixos centrados nos aspectos material e individual. Assim, a aprendizagem das normas e critérios que servirão de base para o autogoverno na prática profissional pode incorporar a consideração intersubjetiva com os indivíduos, famílias e comunidades.

Palavras-chave

Autonomia, social, currículo, educação médica, práticas acadêmicas, profissão médica.

INTRODUCCIÓN

El valor de la Autonomía en la profesión médica, y en las demás que corresponden al área de la salud, es cada día más débil en el Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia. Las modalidades que se desarrollan para negar ese valor (Ramírez y Acosta, 2009), llevan a un ejercicio de esas profesiones que deja de lado la Beneficencia y la misma Autonomía del paciente. Ese escenario genera implicaciones para los currículos, que tienen la opción de reforzar esa situación o, al contrario, se proponen controvertirla para promover relaciones distintas entre profesionales de la salud y pacientes, que desarrollen el valor de la Autonomía y otra concepción más ética de la medicina.

La indagación sobre la Autonomía fue contemplada en el estudio *Decisiones médicas en ambientes controlados en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano, 2007-2008* (Molina, Muñoz y Ramírez, 2009) adelantado por el Grupo de Gestión y Políticas Públicas en Salud de la Facultad Nacional de Salud Pública y profesores de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, con la participación de la Procuraduría General de la Nación, - Regional Antioquia, - y la Universidad Industrial de Santander. El propósito de la investigación fue "comprender la dinámica de las decisiones en la atención en salud en relación con el acceso y la calidad de los servicios" (Molina, Muñoz y Ramírez, 2009, p. 28).

La metodología desarrollada fue cualitativa (Molina, Muñoz y Ramírez, 2009) desde el enfoque de la Teoría Fundada. Se hizo un estudio de casos y con ese enfoque la investigación se realizó en las ciudades de Barranquilla,

Bogotá, Bucaramanga, Leticia, Medellín y Pasto. Sin embargo, los investigadores informan que las categorías que emergieron no permitieron encontrar diferencias importantes entre las ciudades, más allá de la capacidad instalada para la asistencia o las barreras geográficas para la atención.

Sus hallazgos, acordes con su propósito, permiten entender las influencias en las decisiones que se desarrollan en la atención del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia. Los resultados destacan cuatro categorías presentes en los ámbitos públicos y privados relacionados con la toma de decisiones en la atención en salud (Molina, Muñoz y Ramírez, 2009, p. 53): a) el desconocimiento de la Constitución Política de Colombia de 1991; b) la posición dominante de las aseguradoras privadas con el poder que han adquirido sustentado en los recursos públicos de salud; c) grupos de poder interesados en el clientelismo como mecanismo para mantener su influencia, que intervienen en la asignación de los subsidios, en la contratación y en los nombramientos del personal; d) la dinámica del mercado que privilegia la búsqueda del rendimiento financiero que han generado, como lo expresan los investigadores, una axiología negativa en el SGSSS, con: "prácticas y conductas que atentan contra la ética, los derechos, los deberes, los principios y los valores públicos" (Molina, Muñoz y Ramírez, 2009, p. 227).

La investigación consideró diversas dimensiones relacionadas con la toma de decisiones médicas y una de ellas incluyó las implicaciones éticas y la Autonomía de los profesionales de la salud (Ramírez y Acosta, 2009). El estudio analizó la situación actual en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano que tiende a debilitar

La perspectiva se hace desde el eje social curricular, como uno de los que se requieren para la formación en Autonomía de los profesionales de la salud y como complemento a otros ejes que se centran en lo material y en lo individual. Así, el aprendizaje de las normas y criterios que servirán de base para el autogobierno en la práctica profesional, puede incorporar la consideración intersubjetiva con los individuos, las familias y las comunidades.

la Autonomía (Ramírez y Acosta, 2009) como valor en la profesión médica. Los autores señalan que en ese contexto, los profesionales de la salud enfrentan diversos dilemas que los confrontan con su formación. Lo preocupante (Ramírez y Acosta, 2009) es que las coerciones que se imponen en las contrataciones, hacen cada día más excepcional la defensa de la Autonomía. Se prevé que la actuación regular y corriente será la que se imponga con los criterios burocráticos y se relativizará la ética y la profesión.

A partir de las influencias en la toma de decisiones en la atención en salud, la reflexión debe darse no sólo en el ámbito del SGSSS, sino también en el sistema educativo. En éste, se forman los profesionales que luego serán los encargados de asumir, respaldar o subordinarse a esas determinaciones y encarnarán las influencias o bien las sufrirán. Por ello, las instituciones de educación superior no pueden eludir una lectura de esa situación para comprenderla y actuar en su transformación, si se entiende que los procesos formativos no deberían limitarse a reproducir, sino a la gestión de nuevos y mejores escenarios sociales para el desarrollo de las personas. Un valor esencial es la Autonomía, sin el cual el profesional de la salud no podrá crecer en su dimensión individual, para lograr identificar y actuar según sus propias normas y bajo su propio gobierno.

Se trata de acoger, desde la responsabilidad que compete al ámbito de la formación de profesionales en salud, la pregunta que hacen los investigadores que abordaron la problemática de las decisiones en el sector: "¿por qué algunos trabajadores de la salud se prestan, facilitan, son permisivos y aún son los promotores de antivalores, de actuaciones no éticas en los procesos de rectoría, dirección, gestión, auditoría, vigilancia y control en el SGSSS?" (Ramírez y Acosta, 2009, p. 239).

Así, el objetivo de este artículo es reflexionar sobre los aspectos éticos y la Autonomía profesional en ambientes laborales y orientarlos hacia la definición de elementos claves en el currículo de pregrado para fortalecer ese valor, como uno de los escenarios que puede contrarrestar en parte la tendencia a su negación.

El desarrollo se iniciará con la reflexión acerca de la Medicina como profesión y el valor de la Autonomía en ella. Más adelante, se abordará la tensión entre la orientación del actual SGSSS hacia la ganancia económica con la Autonomía, en relación con la calidad de la atención. Luego, se continuará con el análisis de la autonomía en la práctica médica como un propósito de formación, que se debe articular con la dimensión social del campo de la

medicina. El análisis conducirá luego a comprender cómo el proceso formativo debe fomentar el profesionalismo basado en la Autonomía, con sentido de libertad y compromiso social, para abordar la dimensión tanto individual, como colectiva. Encarnar esta doble misión implica fomentar la reflexión en los estudiantes, pero además, pasar a la acción en la práctica académica entre grupos vulnerables, para suscitar un saber significativo pertinente con la realidad en la que estamos inmersos.

De esta forma, se podrán hacer reflexiones sobre planteamientos expuestos por la investigación sobre dilemas en las decisiones en la atención en salud que se enfocan en los escenarios laborales, y articularlos con la reflexión desde lo que puede hacer el proceso formativo en pro de la transformación de esa dinámica. Lo anterior, debe ir en la orientación de promover egresados más conscientes de las necesidades sociales de su contexto y del cuidado que sobre sí mismos deben ejercer con la defensa de su Autonomía. Esta a su vez no puede desligarse del respeto a la Autonomía de los demás.

LA MEDICINA COMO PROFESIÓN Y LA AUTONOMÍA COMO VALOR EN SU EJERCICIO

Los autores de la investigación (Ramírez y Acosta, 2009) plantean que el acceso y la calidad de la atención en salud se limitan por múltiples barreras, algunas de ellas por las estrategias de contención de costos y de rentabilidad financiera que desarrollan las aseguradoras. En ese marco, un aspecto relacionado con la calidad de la atención son las guías y los protocolos (Ramírez y Acosta, 2009), en los que hallaron perspectivas ambivalentes. En algunas ocasiones, facilitan la decisión médica y contribuyen a mejorar la seguridad, la efectividad y la calidad de la atención. Pero, señalan los investigadores que:

"con frecuencia los protocolos han sido elaborados por personal no calificado y son utilizados por las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y/o las IPS - Instituciones Prestadoras de servicios de salud- para restringir las decisiones médicas en función de controlar costos, lo cual genera rechazo por parte del personal clínico" (Ramírez y Acosta, 2009, p. 229). Sobre este control de los profesionales a partir de los protocolos y guías sustentado en la defensa de la ciencia con base en la evidencia, acerquémonos a lo que ha sido el desarrollo de ese campo para entender mejor esta relación profesión – ciencia.

Al hacer un recorrido histórico del quehacer profesional del médico, Diego Gracia (1999) nos recuerda que este es un agente social que ha sido encargado del cuidado de la salud. De acuerdo con ese autor, el reconocimiento social de los médicos antecede por mucho tiempo al origen de la ciencia. La expectativa de la práctica médica por parte de los pacientes es que se atiendan las condiciones propias de cada persona. En esa tarea, los médicos se preparan para reconocer sus características individuales, así como su contexto familiar y colectivo. Lo anterior implica un análisis particular de cada caso y, para ello, el médico y la médica combinan sus conocimientos científicos y su experiencia. Actualmente, las evidencias científicas son la base y orientación de sus actuaciones, a partir de estudios realizados con metodologías ampliamente reconocidas en la comunidad científica. Pero, en sus perspectivas también se debe incluir una visión crítica, que le permite al profesional de la salud entender que existen personas y grupos con diferencias respecto a la respuesta mayoritaria sustentada en los estudios. Precisamente, por ello no se trata de la aplicación mecánica de resultados obtenidos en determinadas poblaciones. A los médicos y médicas como profesionales, les corresponde estar atentos a las aplicaciones que pueden hacer y aquellas que deben restringir o modular. Además, se encontrarán con diversas tendencias y opciones (Ramírez y Acosta, 2009) frente a las que requieren decidir con Autonomía, para elegir la que consideren más conveniente desde la perspectiva ética. De esta manera, se pueden entender las voces de decepción en los profesionales de la salud, que emergen en el estudio sobre las decisiones en la atención en salud, al no encontrar las condiciones apropiadas para su desempeño: "la Medicina dejó de ser una profesión para convertirse en un oficio, los obreros de la consulta." "En este ambiente no siento que sean mis decisiones." "El manejo directo del paciente se limita muchísimo" (Ramírez y Acosta, 2009, p. 135).

Por tanto, se puede partir de que el ejercicio de la Medicina corresponde a una profesión; no se reduce a una tecnología que aplica protocolos y guías establecidos por organismos burocráticos y, aunque se basa en las evidencias científicas, se apoya en la experiencia y en el análisis particular del contexto personal, familiar y sociocultural de cada paciente y comunidad. Como bien lo resaltaba el doctor Jaime Escobar Triana en el XVI Seminario Internacional de Bioética de la Universidad El Bosque (Escobar, 2010), desde su origen: "la profesión médica tiene como

Así, el objetivo de este artículo es reflexionar sobre los aspectos éticos y la Autonomía profesional en ambientes laborales y orientarlos hacia la definición de elementos claves en el currículo de pregrado para fortalecer ese valor, como uno de los escenarios que puede contrarrestar en parte la tendencia a su negación.

fin servir a la sociedad con deberes jurídicos y morales. En el horizonte de su labor debe estar la excelencia y el énfasis en la calidad" (Villegas, 2010, p. 646).

GANANCIAS CORPORATIVAS VS. AUTONOMÍA Y CALIDAD EN LA ATENCIÓN

La investigación de referencia plantea que "las deficientes condiciones laborales coartan la Autonomía del personal de salud y generan dilemas éticos en las decisiones en salud" (Molina, Pulgarín y Muñoz, 2009, p. 230). Los autores explican que el mecanismo de presión para que los trabajadores de este sector se acojan a las directrices sobre restricciones en la atención, ocurre mediante el condicionamiento de la estabilidad laboral o el sometimiento a procesos administrativos. Estos dilemas (Molina, Pulgarín y Muñoz, 2009) que ponen al trabajador a decidir entre su estabilidad laboral y los principios éticos de la atención, lo enfrentan a escoger entre su subsistencia y la de su familia con la atención integral a sus pacientes. Lo anterior, según el estudio que se refiere, conduce a afectar la calidad de la atención (Molina, Pulgarín y Muñoz, 2009) con la disminución de la capacidad resolutoria del profesional de la salud, con una imposición de la axiología empresarial y la predisposición al error. Este último, propiciado por la sobrecarga y estrés laboral, la contratación de personal con menor experiencia y las restricciones administrativas que incrementan las acciones en ese campo aún por encima de las necesidades asistenciales. En ese contexto, el estímulo de las empresas (Molina, Pulgarín y Muñoz, 2009) es para quienes cumplen la contención de costos como una prioridad, incluso por encima de la salud de los pacientes y con el asedio a quienes van en contravía de esa determinación para privilegiar la integralidad de las personas atendidas.

La lógica del sistema de salud en un mercado que se orienta a la utilidad y el lucro es incompatible con el avance en el bienestar y el nivel de salud equitativo de las poblaciones. El acceso a la atención, como derecho fundamental que garantice la integridad y la dignidad de las personas, está en la base de la organización social para lograr niveles mínimos y aceptables de convivencia, sin exclusiones injustas que se puedan prevenir. Por tanto, no se puede supeditar a unas condiciones del mercado y mucho menos a la disponibilidad fiscal que determinen los gobiernos, sin considerar la construcción social que implica la formulación de los derechos humanos fundamentales. Ello es el resultado del aprendizaje de la humanidad a partir de trágicas y

desastrosas experiencias, que están plasmados en Pactos y Declaraciones internacionales (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2011). De esta manera, se configuran directrices morales, más que legales, para quienes toman decisiones (Gómez, et al. 2004) que afectan colectivos y definen políticas públicas.

Los incentivos económicos influyen en los distintos actores de un sistema, pero aquellos con posición dominante, como son las grandes corporaciones, que logran imponer sus intereses sobre los demás. Ante situaciones en las que el alto costo en salud compromete las finanzas del Estado, las propuestas que pretenden controlarlo a partir de los usuarios del sistema, o de la declinación de la Autonomía en los profesionales de la salud, evaden las transformaciones esenciales que se deben considerar. Además, acogen la voluntad dominante de intereses particulares que buscan sostener e incrementar las ganancias de actores que no se ocupan de la salud de la población.

Las iniciativas que proponen el control del costo a partir de la restricción de la Autonomía de los profesionales de la salud, atentan contra la calidad de la atención al negar una cualidad esencial del ejercicio de la medicina. También, se hacen responsables de la pérdida de vida saludable en las poblaciones que dependen de las orientaciones que se promueven desde instancias con poder.

LA AUTONOMÍA EN LA PRÁCTICA MÉDICA COMO PROPÓSITO DE FORMACIÓN VINCULADO A LA DIMENSIÓN SOCIAL

Los procesos formativos tienen responsabilidades en las razones que llevan al personal de salud (Gómez, et al. 2004) para no resistirse, y en algunos casos facilitar, estos antivalores y actuaciones no éticas; en particular, sobre el desconocimiento de la Autonomía propia y también de las otras personas. Por ello, es necesario reflexionar sobre las orientaciones y prácticas educativas.

La Bioética ha desarrollado ampliamente el valor de la Autonomía¹, especialmente desde la perspectiva del respeto a ese derecho en los pacientes. Beauchamp y Childress (1999) analizaron este tema al cuestionar el paternalismo tradicional que había caracterizado las relaciones de éstos con los médicos. Otros autores como Linda y Emanuel Ezequiel (1999) y Diego Gracia (1999) han profundizado en esa problemática con el análisis de nuevas facetas. Los primeros plantearon

La lógica del sistema de salud en un mercado que se orienta a la utilidad y el lucro es incompatible con el avance en el bienestar y el nivel de salud equitativo de las poblaciones. El acceso a la atención, como derecho fundamental que garantice la integridad y la dignidad de las personas, está en la base de la organización social para lograr niveles mínimos y aceptables de convivencia, sin exclusiones injustas que se puedan prevenir.

diversos modelos de relación médico - paciente a partir de la incidencia de ese reconocimiento plasmado en el consentimiento informado. Parten de explicar la relación paternalista y reconocen la existencia de un modelo en el que el médico se limita a brindar la información. Analizan otros modelos en el que el médico se compromete con el apoyo a la autocomprensión del paciente de sus propios valores, o con la deliberación moral que propicia el aprendizaje de las personas sobre nuevos valores en salud. Diego Gracia (1999) expande esa interacción a todos los profesionales sanitarios en la relación con "usuarios"; al cuestionar el término "paciente" por su sentido de pasividad. De todas maneras, reconoce que esa referencia aun no es satisfactoria, porque emerge de las asociaciones de consumidores y su significado se restringe mucho en ese vínculo. Este autor también ha explicado distintos tipos de relaciones entre los usuarios y el profesional sanitario².

Sin embargo, las situaciones que se plantean en la evolución de sistemas de salud como el que se presenta en Colombia, hacen necesario comprender el reconocimiento del valor de la Autonomía, tanto en los pacientes como en los profesionales de la salud. En la investigación de base para este artículo, se analizan las implicaciones que trae negar ese valor en relación con decisiones que se prestan al error médico, a debilitar el principio de Beneficencia y a la limitación de la capacidad resolutoria (Ramírez y acosta, 2009). En la presentación y análisis de los resultados se hace referencia a un estudio de la Defensoría del Pueblo (Ramírez y acosta, 2009), para resaltar que la Autonomía en la toma de decisiones médicas es necesaria para la seguridad del paciente.

Desde las necesidades de formación que se deben contemplar en los propósitos que orientan los currículos, esa tensión no puede evadirse. La preparación universitaria de los profesionales de la salud debe incluir la reflexión de los estudiantes sobre este valor para respetarlo en los pacientes, y cómo comprenderlo y defenderlo en el ejercicio de la medicina y otras profesiones de la salud. Desde luego, más allá de la reflexión, se trata de ir a la acción, punto que se tratará más adelante en este artículo.

Dice Juliana González:

La auto-*nomía*, así, indica la capacidad de las personas, las instituciones o los Estados de darse a sí mismos su propia ley y gobernarse por ella, de ordenar su propio mundo y de configurar, en suma, su forma acostumbrada de ser. Pues *autós*, ciertamente quiere decir "ser sí mismo" y actuar por sí mismo como "autor"; en este

caso, de su propio *nomos*. Por esto autonomía significa autoconciencia, autodeterminación, independencia y, en definitiva, libertad (González, s.f, p. 114).

Además de ésta última, Beauchamp y Childress (1999) observaron que otra de las condiciones para el desarrollo de la autonomía es *ser agente*, como capacidad de actuar intencionadamente. Ello requiere conocimiento e independencia de imposiciones externas. El encuentro de las personas con este valor, permite una mejor convivencia y un escenario para el desarrollo de una práctica profesional de mayor calidad y excelencia³.

EL PROCESO FORMATIVO DEBE FOMENTAR EL PROFESIONALISMO BASADO EN LA AUTONOMÍA, CON SENTIDO DE LIBERTAD Y COMPROMISO SOCIAL

La Autonomía de los profesionales de la salud implica tanto la conciencia del cuidado de sí⁴, como fortalecer la capacidad de razonamiento clínico y moral⁵, respaldado en conocimientos científicos y una sólida fundamentación que incluya las necesidades en salud de las personas y sus contextos colectivos. Estos serán referentes internos para la toma de decisiones en el ejercicio profesional. Por lo anterior, los currículos deben considerar la interacción (Berger y Luckman, 2001), (Galeano, 2008), (Camona, 2009)⁶ con los pacientes, sus familias y las comunidades y cómo en ese contexto se configuran los significados de la Autonomía.

Esto, con el fin de conocer las potencialidades y necesidades de las personas y sus colectivos, como base del aprendizaje ético para el ejercicio profesional. Lo anterior, debe darse con el debido acompañamiento docente en programas intencionados que promuevan ese propósito de formación. La Autonomía se propicia mediante estrategias de reflexión teórica, deliberaciones en grupos y con los métodos de evaluación formativa, que incluyen fuentes como la autoevaluación y la coevaluación (es decir la evaluación de los pares). Sin embargo se debe incrementar la experiencia y la práctica comunitaria para dar una base sólida a la pertinencia de la formación y a la incorporación del valor de la Autonomía en sí mismos, como en el reconocimiento de ésta en los otros. Este valor de la Autonomía no evoluciona ni se acoge en una separación de la persona para ensimismarse, sino que está en constante relación con los otros (Villegas, 2010, pp. 649 – 650).

Ese componente de la formación que dinamice la relación teoría y práctica, que debe hacer parte de la educación,

posibilitará a los estudiantes comprender la complejidad de las sociedades actuales en su diversidad cultural y dinamismo (Hottois, 2007), (De Zubiria, 2006). En esa vivencia a partir de propósitos de formación (Olaya, 1999) para el aprendizaje de la Autonomía con dimensión social y pluralismo, los estudiantes se alejarán de los dogmas, para entender que “el mundo de la ciencia y de la cultura en general es un mundo abierto, hecho de consensos y disensos, por eso vivo y en movimiento. Y por eso también crítico” (Olaya, 1999, p. 75). Así, la Autonomía en los profesionales de la salud implica unos referentes que deben ser considerados durante su formación en un eje social transcurricular.

En ese contexto, un profesor del área social en un programa de medicina⁷ hace referencia sobre el aporte formativo de una práctica (Isaza, et al. 2005) comunitaria en el siguiente testimonio:

“Creo que para la Autonomía de ellos (los estudiantes), para enfrentarse con un mundo profesional venidero, ese espacio es muy importante, porque (...) se confrontan en la capacidad de hablar con las personas, la capacidad de escucha que es tan importante en la relación con los demás y en la capacidad de transmitir esa demanda que hacen las personas que consultan el servicio (...) Y lo otro, es que la voz del médico ha tenido mucho eco en el desarrollo social; entonces, un médico tiene una responsabilidad muy grande más allá de atender en un quirófano, más allá de mirar un órgano, porque el médico ha tenido una voz reconocida por la sociedad en toda la historia (...) En las comunidades, un médico no solamente hace una mirada crítica de un órgano en relación a un sistema, sino también que le propone elementos a la sociedad.”

Con esa reflexión, el profesor alude a lo que debe significar el poder que aún conserva el médico, aunque una gran parte se ha desplazado a las estructuras⁸. Existe un compromiso ético y social del médico que respalda el poder que le ha otorgado la sociedad. Al respecto, Diego Gracia expresa: “El médico no puede renunciar al poder que tiene sobre la vida y la muerte de las personas. Lo que si debe hacer es compartirlo con el paciente, evitando las actitudes tanto despóticas como paternalistas” (1999, p. 103).

El fortalecimiento de la condición de Autonomía en relación con comunidades vulnerables (Feito, 2007), (Kottow, 2000) permitirá contar con médicos más conscientes de ese valor en el ejercicio profesional. Lo anterior puede constituirse en una fuerza moral para enfrentar el debilitamiento de la medicina

en ambientes controlados por el Sistema de Seguridad Social en Salud. Además, permitirá en los ámbitos académicos, pasar de la reflexión a la acción en el acompañamiento a procesos comunitarios con aprendizajes en doble vía, desde los colectivos a los actores universitarios y de estos a las comunidades.

CONCLUSIONES

La reflexión que surge a partir de la investigación sobre los dilemas en las decisiones en la atención en salud enfocada en su dimensión sobre la Autonomía conduce a las siguientes conclusiones:

La falta de Autonomía en el SGSSS de Colombia cuestiona y pone en evidencia el agotamiento de los procesos formativos de los profesionales en salud, para lograr que sus egresados sean realmente éticos en sus actuaciones, basados en el cuidado de sí mismos y en el reconocimiento del Otro.

La responsabilidad de los procesos educativos en la pérdida de la Autonomía profesional, hace necesario que se revisen desde la perspectiva ética,

que sean autocríticos y se propongan transformar esa situación. Es necesario que los currículos (Kemmis, 1988) de la formación profesional retomen la Autonomía como un valor de desarrollo personal y que surja de la interacción social (Berger y Luckman, 2001).

La formación ética implica una doble dimensión: individual para forjar el autogobierno y el cuidado de sí mismo; por otra parte, se requiere la interacción social en las dinámicas académicas con comunidades vulnerables que encuadren a los estudiantes en su realidad; de esta forma, se posibilita pasar de la reflexión a la acción, en una dinámica que a su vez permita la reflexión continua de las acciones en las prácticas formativas.

La Autonomía requiere desarrollarse en la reflexión conceptual de una mayoría de edad, que se reconoce en la necesidad de tomar decisiones racionales por sí mismo; asimismo, en la necesidad de ponerse en el lugar del otro para tratar de comprenderlo y respetarle su propia Autonomía. Por ello, la formación debe integrar la actuación académica que logre fraguar aportes grupales al desarrollo de comunidades que requieren del apoyo social. Esa es una relación en doble vía, con un intercambio de saberes, en que los actores universitarios aprenden de las comunidades y éstas se benefician de los conocimientos de estudiantes y profesores; estos aportes deben reflejarse en transformaciones de situaciones que los aquejan.

La formación aislada de las necesidades sociales, solo en contacto con individuos que asisten como "pacientes" a las instituciones asistenciales, producen seres humanos que pueden ser expertos en el desarrollo científico y tecnológico, pero carentes de sentido social. Un proceso así, impide a los estudiantes exponer su ser en relaciones que les permita forjar su Autonomía acorde con sus aptitudes e intereses. La dinámica de la reflexión - acción - reflexión, permite la interacción con comunidades para lograr un aprendizaje más significativo de los conceptos.

La Autonomía requiere desarrollarse en la reflexión conceptual de una mayoría de edad, que se reconoce en la necesidad de tomar decisiones racionales por sí mismo; asimismo, en la necesidad de ponerse en el lugar del otro para tratar de comprenderlo y respetarle su propia Autonomía.

REFERENCIAS

- Asamblea General de las Naciones Unidas. *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Diciembre de 1948. (citado 4 de febrero de 2011) Disponible en: <http://huwu.org/es/documents/udhr/>
- Beauchamp, T. y Childress, J. (1999). *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson.
- Berger, P. Y Luckman, T. (2001). *Los fundamentos del conocimiento en la vida cotidiana. La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

- Carmona, J. (2009). Fundamentación. En: *Niñas soldados en los grupos guerrilleros y paramilitares en las zonas rurales de Antioquia, Colombia: Vinculación, permanencia, desvinculación y retorno a la vida Civil* (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid.
- De Zubiria, S. (2006). Educación, Justicia Social y Diversidad Cultural. En: *Pedagogía y Saberes*. Bogotá: Universidad Pedagógica Nacional De Colombia, No 24, pp.59 - 66, 2006.
- Emanuel, E. y Emanuel, L. (1999). Cuatro Modelos de la relación médico - paciente. En: Couceiro, A. *Bioética para clínicos*. Madrid: Ed. Triascastela.
- Escobar, J. (2010, Agosto). *La globalización del paradigma biomédico: ¿la medicina como biotecnología, ciencia o profesión histórica?*. Ponencia presentada en el XVI Seminario Internacional de Bioética. Bogotá: Universidad del Bosque.
- Feito, L. (2007). Vulnerability . En: *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, Vol. 30, suplemento 3, pp.7-22, 2007.
- Foucault, M. (1997). El cultivo de sí. En: *Historia de la sexualidad. La inquietud de sí*. Siglo XXI editores.
- Galeano, M. (2008). *Las Prácticas Universitarias: Opción de formación integral y de responsabilidad social*. Ponencia presentada en el Encuentro Nacional sobre Prácticas Universitarias. Bogotá :Pontificia Universidad Javeriana.
- Gómez, R. et al. (2004, Octubre). *Gestión de políticas públicas y salud*. Ponencia presentada en la III Jornada Nacional de Actualización en Promoción de la Salud. Manizales: Universidad de Caldas. Recuperada de: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2010_2.pdf.
- Gracia, D. (1999). La práctica de la medicina. En: Couceiro, A. *Bioética para clínicos*. Madrid: Ed. Triascastela.
- Grupo Interdisciplinario de Prácticas Académicas de la Universidad de Antioquia. (2009). *Caracterización y significados de las prácticas académicas en pregrado de la Universidad de Antioquia en su sede de Medellín*.
- González, J. (s.f). Autonomía y humanismo. En *la Revista de la Universidad de México*, p.72. Recuperada de: <http://www.revistadelauniversidad.unam.mx/0704/pdfs/72-76.pdf>
- Hotois, G. (2007). *¿Qué es la bioética?* Trad. esp. Chantal, A. Bogotá: Universidad El Bosque.
- Immanuel K. (1785). Tránsito de la filosofía moral popular a la metafísica de las costumbres. En: *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, Escuela de Filosofía Universidad Arcis. Recuperado de: <http://www.philosophia.cl/biblioteca/kant/fundamentacion%20de%20la%20metafisica%20de%20las%20costumbres.pdf>.
- Isaza, L. Henao, B. Gómez, M. (2005). Tendencias curriculares en las propuestas de práctica pedagógica. En: *Práctica pedagógica: horizonte intelectual y espacio cultural*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- Kemmis, S. (1988). *El curriculum: más allá de la teoría de la reproducción*. Madrid: Ediciones Morata.
- Kottow, M. (2000). The vulnerable and the susceptible. En: *Bioethics* Volume 7, Numbers 5-6.
- Molina, G. et al. (2009). *Dilemas de las decisiones en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera*. Bogotá: Instituto de Estudios del Ministerio Público.
- Olaya, E. et al. (1999). *La visión curricular, los propósitos de formación, la propuesta pedagógica: para la renovación curricular aspectos conceptuales*. Medellín: Universidad de Antioquia.

- Ramírez, A. y Acosta, J. (2009). Implicaciones éticas y autonomía de los profesionales de la salud. En: Molina, M. et al. *Dilemas de las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera*. Bogotá: Instituto de Estudios del Ministerio Público.
- Ramírez, A. (2009). *Dilemas de las decisiones médicas en ambientes controlados. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera*. Bogotá: Instituto de Estudios del Ministerio Público.
- UNESCO. (2005). *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. Octubre de 2005. Recuperado de: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180s.pdf>
- Villegas, E. (2010, Noviembre). Eje Social Curricular y Autonomía: desafíos y limitaciones en un programa de medicina. En Memorias del III Congreso Internacional de la REBIOÉTICA UNESCO: para América Latina y el Caribe. *Bioética en un continente de exclusión: de la reflexión a la acción*. Bogotá.

NOTAS

- 1 Previamente I. Kant profundizó en el pensamiento filosófico sobre este valor que ha marcado la concepción del ser humano en la Modernidad a partir de sus planteamientos. IMMANUEL KANT, Tránsito de la filosofía moral popular a la metafísica de las costumbres. en: *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, Escuela de Filosofía Universidad Arcis, 1785 . pp. 9-25 (citado 3 de febrero de 2005) disponible en: <http://www.philosophia.cl/biblioteca/kant/fundamentacion%20de%20la%20metafisica%20de%20las%20costumbres.pdf>.
- 2 Para ampliar este tema ver: GRACIA , D. La práctica de la medicina. En: COUCEIRO, Azucena. *Bioética para clínicos*. Madrid: Ed. Triascastela, 1999, pp. 97-101.
- 3 Se retoman planteamientos y referencias bibliográficas de VILLEGAS, EM. *Op Cit* pp. 645-646.
- 4 Para ampliar este punto: FOUCAULT, M. El cultivo de sí. En: *Historia de la sexualidad. La inquietud de sí*. 9ª ed. En español. 1997, Siglo XXI editores, S. A. de C. V. pp. 38-68.
- 5 La reflexión en este artículo reconoce la importancia esencial de estos aspectos en la Autonomía, pero aquí la reflexión se enfoca en los aspectos de interacción social que se relacionan con la formación de la Autonomía.
- 6 GRUPO INTERDISCIPLINARIO DE PRÁCTICAS ACADÉMICAS DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA. Caracterización y significados de las prácticas académicas en pregrado de la Universidad de Antioquia en su sede de Medellín. 2000.
- 7 Corresponde al programa de medicina de la Universidad de Antioquia en Medellín, Colombia.
- 8 Diego Gracia, recoge los planteamientos de Max Weber, sobre la evolución del poder en la medicina. Se resalta el reconocimiento de la profesión médica, el sacerdocio y el derecho desde antes que existiera la ciencia y su desarrollo se ha ligado con la evolución de los poderes en la sociedad. Esta ha pasado de la fase carismática, a la tradicional y luego a la burocrática, que es propia de los tiempos actuales. En medicina, la primera corresponde a la gracia o don especial que se atribuye a Hipócrates. En la segunda fase, la medicina otorga poder a quienes son herederos de esa condición. En la fase burocrática de la sociedad moderna el poder médico se desplaza de los individuos a las estructuras sanitarias y las instituciones.