

CURRÍCULO OCULTO Y FORMACIÓN DOCENTE EN LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

HIDDEN CURRICULUM AND TRAINING TEACHER IN THE CAREER OF MEDICINE OF THE NORTH TECHNICAL UNIVERSITY

Msc. Carlos Jaramillo Terán¹

Msc. Darwin Jaramillo Villarruel²

Dr. Md. Widmar Báez³

Universidad Técnica del Norte, Ecuador

I. RESUMEN

El objetivo de este trabajo es el estudio de lo que se denomina currículum oculto y como afecta a la formación ética del estudiante de medicina de la Universidad Técnica del Norte-Ecuador. Se intenta determinar los puntos clave para el profesional que tiene como objetivo

cumplir con los fines de la medicina del siglo XXI. La recolección de datos y el uso de las fuentes de información se realizaron mediante el método hermenéutico para el análisis e interpretación de los textos. Para este escrito se hizo la búsqueda en las bases de datos, revista y secciones de libros que cumplieron con los criterios de búsqueda y representaran un aporte importante para la construcción del presente escrito. La transmisión de conocimientos por medio de actitudes, valores y hábitos que se dan por parte de los profesores en la práctica médica define el currículum oculto. Se propone un cambio en la formación ética del estudiantes y del estudiante de medicina por medio de la reflexión sobre conflictos éticos en la práctica clínica mediante de la vivencia de los valores

¹ CARLOS JARAMILLO TERAN Docente investigador Universidad Técnica del Norte
<https://orcid.org/0000-0003-1122-7262>
carlos-jaramillo10@hotmail.com

² DARWIN JARAMILLO VILLARRUEL Docente investigador Universidad Técnica del Norte
<https://orcid.org/0000-0001-8204-9884>
dejaramillo@utn.edu.ec

³ WIDMARK BAEZ. Docente investigador Universidad Técnica del Norte
<https://orcid.org/0000-0003-3996-0925>
widmbaez@utn.edu.ec

del profesionalismo como empatía, integridad, solidaridad, altruismo y confidencialidad que tiene como fin un comportamiento profesional ético que contribuya a una mejora en la calidad asistencial.

PALABRAS CLAVE: currículum, humanización de la atención, bioética, medicina.

ABSTRACT

The objective of this work is the study of what is called hidden curriculum and how it affects the ethical training of the medical student of the Technical University of the North-Ecuador, it is tried to determine the key points for the professional who has as objective to fulfill the purposes of XXI century medicine. The data collection and the use of the information sources were carried out using the hermeneutical method for the analysis and interpretation of the texts. For this writing the search was made in databases, journals and sections of books that met the search criteria and represent an important contribution to the construction of this writing. The transmission of knowledge through attitudes, values and habits that are given by teachers in medical practice defines the hidden curriculum. A change is proposed in the ethical training of students and medical through reflection on ethical conflicts in clinical practice through the experience of the values of professionalism such as empathy, integrity, solidarity, altruism and confidentiality, which aims to ethical professional behavior that contributes to an improvement in the quality of care.

KEYWORDS: curriculum, humanization of attention, bioethics, medicine.

II. INTRODUCCIÓN

La palabra currículum, en latín currículum, significa plan de estudios y también conjunto de estudios y prácticas destinadas a que el alumno desarrolle plenamente sus posibilidades. Arnaz, J. Plantea que el currículum es concebido como un

“Plan de norma y conduce, explícitamente, un proceso concreto y determinado de enseñanza y aprendizaje que se desarrolla en una institución educativa...”. Aunque existen otras definiciones del término, estas dos resumen bien el sentido que lo define. Si se extrapola el concepto al ámbito de una escuela de medicina, se puede mencionar que en su programa formal de docencia diseñará una malla curricular adecuada, para entregar de la mejor manera posible los contenidos prometidos a los alumnos, tanto en los ramos teóricos en aula como en las actividades prácticas en los campos clínicos. (Navarro Reyes, 2010)

Creemos que el *currículum prescripto* de una escuela se entiende como la manera en la que se organizan en ella las prácticas educativas. Es decir, es la prescripción unificada, sistemática, oficial, escrita de lo que se debe transmitir y lo que se debe hacer en la escuela. En una primera mirada, la meta mencionada pareciera más alcanzable en la actividad docente que se desarrolla en aula, laboratorios o talleres, dado que lo que se entrega ahí es el resultado de una programación de asignaturas y actividades planificadas en detalle con anterioridad. Además, los docentes desarrollan o debieran hacerlo guías, programas conocidos clase a clase o actividades diseñadas por igual para un conjunto de alumnos. En este tipo de actividad docente algo repetitiva, pero no menos importante, incluso suele suceder que es el mismo docente o equipo de docentes los que realizan por años tales actividades. (Kolman & Valle, 2015)

Es oportuno reflexionar sobre lo que hoy se ha denominado *currículum oculto*, hecho pedagógico que a pesar de no ser nuevo, puede repercutir directa e importantemente en el ámbito educativo de los estudiantes de medicina en los tiempos actuales. Este concepto ha sido preocupación constante en la educación médica está en el análisis para los expertos en educación. Debe reconocerse que fue

abordado con claridad por Philip W. Jackson, (Jackson, 1998). Publicación reconocida hoy como una excelente revisión del concepto de currículum oculto. Él lo define como *“Lo que el alumno aprende en la escuela no es sólo lo que aparece en los documentos curriculares sino algo más complejo, como es el conjunto de reglas y normas que rigen la vida escolar, sentimientos, formas de expresarlos, valores, formas de comportamiento y adaptación a distintos ámbitos”*.

El currículum oculto se expresa en forma espontánea, sin que constituya un propósito claro y buscado. Es primordialmente inherente al binomio docente-alumno y no tiene reglas o normas definidas. Transmite valores, costumbres y actitudes propias de cada docente en lo particular, pero también acoge y refleja de alguna manera las características de la institución en la cual se realiza la docencia. Existe una trayectoria histórica que cada casa de estudios deposita imperceptiblemente sobre los hombros de los alumnos. Son las tradiciones, los relatos, el peso de su historia y otros elementos que también constituyen currículum, aunque no se explicita en los programas como tal, el docente puede constituir una verdadera zona de contacto y modulación o articulación entre el personal de la salud, el propio enfermo y sus alumnos. Ya lo menciona claramente Philip Jackson en *“Vida en la clase”*, cuando sostiene que estas interacciones cotidianas en definitiva ayudan a forjar la personalidad de los alumnos. (ibidem).

Prácticas antiguas a veces algo olvidadas como la puntualidad o el valor del cumplimiento de la palabra, o la lealtad, aún merecen la pena ser puestas en práctica. Particular relevancia e importancia alcanzan estos aspectos cuando se aprecian contradicciones entre lo que se dice frente a lo que se hace, en todo orden de situaciones, por parte del docente o de la propia casa de estudios.

Grandes desafíos de la Educación Médica es la promoción de actitudes y valores profesionales y una orientación hacia el paciente compasivo y holística. En muchas ocasiones se ha constatado que los médicos finalizan su formación con importantes déficits en este terreno. Los intentos de mejorar la educación médica en esa dirección a menudo resultan baldíos y los resultados escasos. Una de las razones del fracaso de los esfuerzos educativos para cubrir ese déficit, desde luego no la única, es que a menudo esos esfuerzos se concentran a nivel de los programas educativos formales y al contenido de estos pero se olvida el ambiente en el que tiene lugar la educación y todos los factores que en el contexto educativo forman parte del denominado *“currículum oculto”*. (Loayssa. J, 1998)

La cultura de una institución sanitaria y educativa penetra de forma imperceptible en la mente de los médicos en cuestión comenzando por las prioridades reales de la política sanitaria y educativa. El currículum oculto refleja todo aquello que los estudiantes y médicos en formación aprenden pero que no está oficialmente en el programa. Este aprendizaje no es necesariamente negativo desde el punto de vista formativo.

¿CÓMO SE DEFINE AL CURRÍCULO OCULTO?

Fue Jackson quien inicialmente acuñó el término y definió como *“las vías tácticas en las que el conocimiento y la conducta se construye, fuera de los cursos y materias formalmente programadas”*. Además este *currículum oculto* refuerza las reglas básicas y códigos de la institución y asume una serie de supuestos, que cuando el estudiante los internaliza los hace legítimos. Se le define también como una serie de influencias que funcionan a nivel de la estructura de la organización y de la cultura, que manipula a los profesores y los alumnos, tanto en el currículum formal como en el no formal.

Cuando ingresamos a cualquier escuela los estudiantes entran a un proceso de “formación de la identidad”; en este periodo aprenden las reglas de la nueva comunidad a la que se integran.

Este proceso de aprendizaje *in situ* está influenciado por las actitudes y conductas no explícitas de profesores y compañeros. Este enfrentamiento con lo que debe ser y lo que se aprende para “encajar” en el nuevo ambiente puede inducir conflictos en los nuevos integrantes de estas comunidades. (Hafferty, 2019). Menciona que la educación médica es un ambiente de aprendizaje multidimensional, hay tres áreas interrelacionadas, además del currículo explícito:

- 1) Lo que se dice, pretende y formalmente se ofrece en el currículo (lo que se debe hacer);
- 2) lo no escrito, lo que se enseña de acuerdo con lo que se va presentando, muy influenciado por la interacción personal entre profesores y estudiantes (el currículo informal); y 3) una serie de influencias que se incrustan en la estructura y la cultura de la organización (el *currículo oculto*).

Hafferty, considera al entrenamiento médico como un proceso de aculturización moral y las normas se transmiten a los médicos en formación independientemente de sus conductas y emociones; el ambiente de aprendizaje sirve a la vez como una comunidad moral. Es tan importante el *currículo oculto* que puede tener efecto sobre la percepción que tienen los estudiantes en relación con la interacción médico-paciente, las interacciones con los profesores, el acercamiento a los tratamientos médicos de la enfermedad, y las prioridades de salud en su lugar de trabajo y aunque habitualmente se le asocia a conductas negativas, puede apoyar cambios positivos. El enfrentarse a la realidad de la incongruencia entre lo que se dice en las sesiones académicas y lo que ocurre ante el paciente real y lo que ocurre en los hospitales

puede crear una disonancia cognitiva con sus expectativas. (ibidem, 1998)

LAS TEORÍAS DEL APRENDIZAJE EN LA FORMACIÓN PROFESIONAL MÉDICA

Las teorías del aprendizaje se apoyan en dos grandes metáforas. La primera y más antigua es la metáfora de la *adquisición*, según la cual el aprendizaje significa la incorporación de “algo” (conocimientos, destrezas, actitudes, competencias, etc.) por parte del individuo. Dada su raigambre en las instituciones educativas, esa metáfora es una verdad del sentido común. Sin embargo, en las últimas décadas se ha recuperado la metáfora basada en la figura de la *participación*, que define el aprendizaje en términos de pertenencia a un grupo o comunidad. Bajo esa óptica, la inclusión gradual y cotidiana de las personas en una red de lazos sociales permite el aprendizaje de roles, destrezas, normas, valores y conocimientos especiales. Ese proceso culmina con la transformación gradual de los aprendices en miembros plenos (expertos, profesionales, etc.) de la comunidad que los recibe. Y la puesta en marcha de un proyecto educativo para “*humanizar*” la formación médica a través de su reinserción en el contexto comunitario puede generar conflictos difíciles de resolver. El caso paradigmático es el de Brasil. Investigaciones recientes llevadas a cabo en ese país revelan cierta impermeabilidad de las prácticas pedagógicas a las directivas oficiales referidas a “*humanización*” de la atención médica y la resistencia de los docentes para integrar sus actividades a las demandas del sistema público de salud.

P. Laín Entralgo, ofrece una primera clave para despejar el problema al distinguir dos maneras de entender las humanidades médicas: la primera, de orden programático, aplica “desde fuera” del quehacer profesional los conceptos y las herramientas de diferentes disciplinas (antropología, historia, psicología, etc.); la segunda, de orden cotidiano, opera “desde

dentro” de la práctica clínica; en consecuencia, encuentra en la tarea interpretativa, dialógica y reflexiva del buen clínico un valor humanizador intrínseco. . (Enralgo, 2014)

Un trabajo de publicación reciente expone una idea similar a la de Laín pero con referencia directa a las prácticas educativas actuales. Los autores argumentan que los proyectos que buscan equilibrar la formación biomédica con disciplinas sociales o filosóficas parten de un diagnóstico equivocado. El problema no radica en la integración de conocimientos y enfoques distintos (uno orientado a la enfermedad y otro orientado al paciente). El dilema que separa el “curar” del “cuidar” (fuente de la metáfora del equilibrio) desaparece cuando se admite que el objetivo central de la actividad clínica es la curación del paciente. En su acepción más amplia, el concepto de curación designa el proceso que devuelve al individuo el sentido de totalidad indispensable para continuar con su proyecto vital.

En suma, el método clínico puede contribuir con elementos específicos a la tarea de elaboración del nuevo entramado educativo. Animada por un *fin de individualización* que opera en, con y a través del cuerpo humano entendido como totalidad viviente, la enseñanza clínica da cabida a un abanico de estrategias educativas (recuperación de los modelos de rol, empleo de eventos académicos, reflexión en grupos pequeños, elaboración de narrativas innovadoras, identificación y manejo del currículum oculto) que posibilita una crítica eficaz de las prácticas asistenciales y pedagógicas ritualizadas y deshumanizadoras.

LA FORMACIÓN DOCENTE Y TUTORIAL UN COMPONENTE CATEGÓRICO EN LA FORMACIÓN DEL MÉDICO

En una sociedad sobrecargada de bienes materiales, la superabundancia de estímulos modernos y prisas características que la definen, creo que urge adoptar una relación de tutor-

alumnos definida, en contraposición a lo anterior. Me refiero a algo que para nuestros maestros de antaño era natural y cotidiano: el trato calmado e interesado, la palabra y la mirada de paciencia. Características de una relación que habrá que buscarlas como necesidad de primer orden y en cierto modo apetecerlas como una de las mejores herramientas para la docencia de nuestros tiempos. Para el tutor clínico, además de sus múltiples responsabilidades, figura precisamente la de ser un atento observador del currículo oculto, facilitando el desarrollo profesional y ambiente moral durante la enseñanza. En este sentido, virtudes como la honestidad, responsabilidad y confidencialidad resultan esenciales para desarrollar y resaltar adecuadamente su rol en el mundo de las actitudes.

Se considera al currículo oculto, como la síntesis de elementos culturales: conocimientos, prácticas, valores, costumbres, hábitos, creencias, procedimientos, tendencias y demás elementos que conforman una propuesta educativa. Construida por diversos grupos y sectores representantes de diversos paradigmas y áreas disciplinares, muchas veces contradictorios, donde algunos tienden a ser hegemónicos y otros a resistirse a esa hegemonía.

La ciencias pedagógicas, a aporta claridad en este sentido, sostiene fuertemente que el diseño curricular debe ser una construcción permanente, participativa, factible, que prevea los recursos, concebido como producto de una labor interdisciplinaria; de armonización conceptual, procedimental y actitudinal de los contenidos de la enseñanza-aprendizaje; que incluya la investigación evaluativa, desde el diseño a la implementación. Pero todo ello no es suficiente, fundamentalmente se requieren, junto con la decisión del cambio de los partícipes, un docente comprometido con la enseñanza, solidario, dispuesto a formarse no solo en su

área específica de ejercicio profesional médico sino además formarse profesionalmente como docente de la enseñanza de las ciencias de la salud, y un estudiante responsable, comprometido con el aprendizaje, solidario, activo, participativo y crítico.

La formación docente es un componente categórico de la educación médica, la interacción docente-estudiante se instala en un espacio académico específico de las ciencias médicas cuando se trata de la formación médica. Por lo tanto es imprescindible el estudio de los sujetos y sus interrelaciones en el proceso de enseñanza aprendizaje específico. El otro componente a estudiar profundamente es la selección, jerarquización y secuenciación de los contenidos que median esa relación docente-alumno. Cada currículo se enmarca en un contexto sociocultural e histórico, donde el hecho educativo se manifiesta en todas sus dimensiones. (Candrea, 2011).

EL PROBLEMA DE LA DESHUMANIZACIÓN DE LA MEDICINA

El problema de la deshumanización de la medicina tiene varias raíces. Entre ellas se destacan las prácticas educativas actuales. No debería sorprender, por consiguiente, la acumulación de esfuerzos pedagógicos (desde las primeras décadas del siglo XX hasta la fecha) en pos de un marco más “humano” para la formación de los futuros médicos. En términos más concretos, nos referimos a las incesantes y numerosísimas propuestas que procuran erradicar fenómenos como la pérdida de la empatía, el cinismo, la erosión moral, la despersonalización, el maltrato, la falta de comunicación y el énfasis excesivo en lo tecnológico.

Agrandes rasgos, esas propuestas se distribuyen entre dos tesis extremas: la esencialista y la ecléctica. La tesis esencialista, desarrollada en la obra de *Pellegrino*, resalta la reconstrucción

de la comunidad profesional sobre la base de una “moralidad interna” de la práctica clínica. La tesis ecléctica (un abanico de propuestas reformistas reseñado de manera crítica por el trabajo seminal de R. Fox), utiliza de modo pragmático diferentes disciplinas sociales y humanísticas con la finalidad de “equilibrar” la formación biomédica estándar. Ahora bien, ambas tesis (sobre todo la ecléctica) descuidan un tema crucial: la construcción de la subjetividad de los estudiantes. (Pellegrino, 2013).

La Declaración de Edimburgo, que sintetiza las conclusiones de la Conferencia Mundial sobre Educación Médica de 1988, afirma que la formación de los médicos debe estar conectada con la vida comunitaria (principio refrendado y ampliado en la 21ª Recomendación de la Cumbre Mundial de Educación Médica de 1993). De acuerdo a esa pauta, la carrera de medicina debería comenzar en “lugares del mundo real” (y no en salas de anatomía o en laboratorios). La Declaración defiende también la tesis de que la formación del médico debe reflejar las prioridades nacionales de salud. Sin embargo, el currículum vigente en gran número de facultades de medicina favorece lo opuesto: el aislamiento (a menudo el hacinamiento) de los alumnos en centros hospitalarios y laboratorios de simulación antipedagógicos, con espacios reducidos; una verdadera “línea de montaje” productora de sujetos con un habitus ajeno a las demandas comunitarias en materia de salud.

Romper con esa concepción curricular que enmascara y reproduce el dispositivo de deshumanización obliga a re-encuadrar las actividades de los estudiantes de medicina en contextos abiertos y que estimulen el diálogo, los vínculos solidarios y la participación comunitaria. Ese ideal se condensa en la expresión metafórica de “entramado alternativo”: una red de vínculos humanos que supedita los conocimientos e intereses instrumentales a las necesidades concretas de las personas.

DESHUMANIZACIÓN DE LA MEDICINA EN EL EJERCICIO PROFESIONAL

Deshumanización se entendió como consecuencia de un modelo racional científicista que se alejaba de la sensibilidad humana. La terapéutica moderna, al tratar de llegar a ser estrictamente científica, dejó de lado la antigua recomendación del aforismo hipocrático “curar a veces, aliviar a menudo, consolar siempre” y puede afirmarse que quiso reducirla a dos de sus términos “curar siempre”. La deshumanización es la privación de las cualidades que distinguen a las personas como seres humanos, que al empezar a ser comparados con objetos o animales puede ser considerados como incapaces de sentir algo más que dolor y por ello cuando el concepto se asume en el ejercicio de la medicina puede entenderse como la consecuencia de un modelo racional científicista que se aleja de la sensibilidad humana. Pueden considerarse como grupos sociales deshumanizados los que se perciben como incapaces de experimentar emociones humanas complejas, de compartir creencias o de actuar según los valores y las normas sociales y morales.

Edmund Husserl, filósofo fundador de la fenomenología trascendental, describió la deshumanización de las ciencias contemporáneas como una secuela de la perturbación espiritual producida por la Primera Guerra Mundial; sin embargo, desde tiempo atrás algunos pensadores planteaban la deshumanización de la sociedad que tuvo su máxima expresión en los millones de vidas perdidas durante dicho conflicto y fue en medio de aquel “sinsentido existencialista” cuando los pensadores de entreguerras vieron la necesidad de una rehumanización. (Cañas-Fernández, 2010).

A lo largo de los años se ha entendido la deshumanización desde diferentes perspectivas, consolidándose en la definición de la Real Academia Española como ‘acción y efecto

de deshumanizar’, y definiendo esta última palabra como la acción de ‘privar de caracteres humanos’; en la literatura ha sido considerada y descrita como la privación de aquellas cualidades que distinguen a una persona como ser humano tales como inteligencia, amor, felicidad, valores, creencias morales, el lenguaje, la vergüenza, lo cual ha conducido a establecer la comparación de otras personas con objetos o animales y a considerarlos como incapaces de sentir algo más que dolor. La deshumanización no es más que la pérdida de la capacidad axiológica, tan propiamente humana, cuando estamos rodeados de tanto poderío científico y tecnológico; y teniendo en cuenta el concepto de la dignidad como fundamento de la bioética, puede entenderse que la deshumanización dada en los procesos de desarrollo y la relación del hombre con la técnica ha llevado a la pérdida de la identidad, la independencia y la integridad del ser con respecto a los otros. Vidal, citado por Schmidt, ha expresado que “en diversos tonos y por varias razones se le ha denominado la “muerte del hombre”, teniendo como telón de fondo la deshumanización originada por la técnica, y constatando la desaparición del sujeto humano en las ciencias llamadas positivas...”. (Ávila-Morales J. , 2016)

Son catalogados como grupos sociales deshumanizados aquellos que se perciben como incapaces de experimentar emociones humanas complejas, de compartir creencias o de actuar según los valores y las normas sociales y morales. La teoría expuesta por Haslam, citado por Rodríguez plantea que otra forma de deshumanizar es por medio de la privación de las características que se suponen parte de la naturaleza humana como la alegría, la sociabilidad, la curiosidad, la calidez, la apertura a lo nuevo, la individualidad y la profundidad, las cuales al ser sustraídas proyectan una imagen de frialdad, rigidez y superficialidad del ser. (Haslam, 2006).

La visión inicial del humanismo en el ámbito médico durante el período renacentista era aquella que consideraba al médico como quien cultivaba las ciencias que enriquecen el espíritu como las artes, la literatura y la pintura; con el paso de los años y retornando a principios que se habían establecido desde el tiempo de Hipócrates, se entendió la deshumanización como consecuencia de un modelo racional científicista que se alejaba de la sensibilidad humana.

La deshumanización también se da en lo relacionado con los modelos de investigación en salud debido a que el modelo de investigación biomédica tiene un sesgo reduccionista hacia el orden biológico del ser humano y desatiende los órdenes simbólico (código del lenguaje) y de la comunicación (orden psíquico) que constituyen como un todo al ser humano. Si se da la pérdida o se hace abstracción de uno de sus tres componentes, el ser humano deja de serlo, y esto lleva a la deshumanización tanto de la investigación médica como de la práctica clínica.

Para autores como Agamben, citado por Kottow, la vida o zoe (como hecho biológico) se diferencia de la existencia humana, o bíos, en que esta última es el ser humano inmerso en su cultura, en su historicidad y sustentado por sus derechos; se introduce el concepto de “la vida nuda” o del “homo sacer”, en el que el hombre es despojado de todas sus características existenciales y ya no es ciudadano ni miembro de la sociedad. Se es “homo sacer” cuando un poder lo convierte en tal y eso ocurre con recurso a alguna denotación que justifica el despojo, siendo clasificado como un ente biológico al adquirir atributos objetos de descalificación como lo han sido judío, islámico, negro, gay, entre otros; y que en el caso de la medicina podrían extrapolarse a VIH (+), paciente crónico o discapacitado o de alto costo. (Ávila-Morales J. , 2016)

La degradación humana de bíos a zoe y la pérdida del orden biológico han tenido funestos antecedentes en la historia de la humanidad y de la medicina como lo fue el capítulo de la experimentación médica en la Segunda Guerra Mundial, proceso que a su vez se basó en las políticas raciales y eugenésistas de la Alemania nazi que su vez tuvo referentes teóricos en textos como “El permiso para la destrucción de la vida indigna” en el cual se aclara que el Estado y la medicina en la medida que no puedan lograr condiciones de vida suficientes para todos, debían tener el valor de promover la vida de los sanos y socialmente fuertes y exterminar las ‘existencias lastres’ (Kottow, 2015)

En la búsqueda de la rehumanización de la salud se han desarrollado nuevas herramientas que permitan la formación humanista del médico desde las facultades de medicina, basada en principios holísticos (que vean al paciente de forma integral), hermenéuticos (que entiendan la relación médico-paciente), la historia clínica centrada en la persona y no en la enfermedad y principios de moral y libertad que muestren la terapéutica como una posibilidad.

ACTO MÉDICO

El acto médico en la tradición aristotélica se asocia profundamente con la realidad del ser, y se lo define como “lo que hace ser a lo que es”, es decir, se puede entender que el actuar médico es lo que hace y constituye al médico. En Acta Médica Colombiana, Guzmán y colaboradores definen el acto médico como aquel en donde se concreta la relación médico-paciente, permite el acontecimiento terapéutico y ético de la práctica médica y tiene como fin promover la salud, curar, prevenir la enfermedad y rehabilitar al paciente, la relación médico-paciente es el elemento primordial de la práctica y el acto médicos al contener el desarrollo del mismo y comprende el principio efectivo y funcional del ejercicio de la medicina y su responsabilidad. (Fernando Guzmán, 2000)

Este concepto se desarrolla en diversas circunstancias: cuando el enfermo acude en busca de ayuda por parte del profesional médico, cuando el profesional en un ámbito de urgencias interviene en pro de la salud del paciente, por solicitud de terceros, entre otros. Para efectuar de manera adecuada el acto médico se deben cumplir cuatro características: profesionalidad (en la medida que solo el médico puede efectuarlo), ejecución típica, tener como objetivo la curación o rehabilitación del paciente y licitud. De igual manera, el acto médico se efectúa en diferentes etapas, a saber: la anamnesis (incluyendo el examen físico), el diagnóstico, el tratamiento o conducta necesaria para la curación o rehabilitación y por último el seguimiento de las reacciones y la evolución del paciente. El acto médico se puede clasificar en directo, indirecto y documental. El directo es aquel por medio del cual se desea obtener la curación o el alivio del enfermo, y puede ser preventivo, diagnóstico, terapéutico.

DESHUMANIZACIÓN EN EL NIVEL DE FORMACIÓN.

Desde su entrada a las aulas, el joven estudiante y futuro profesional de la medicina encuentra un nivel de exigencia académica en los primeros semestres que implica un profundo cambio en sus patrones conductuales y en su estilo de vida, que se exagera aún más al empezar la práctica clínica, en la que debe cumplir compromisos asistenciales y de estudio y profundización de los temas.

En los estudiantes universitarios también se han encontrado estudios, relacionados con factores predisponentes con sintomatología de (SDP), síndrome de desgaste profesional, estilo de vida inadecuados, falta de actividad física y mental; asociados al estado civil, el tener hijos, la relación con la familia, entre otros. Sin embargo, respecto a estos factores y/o conductas es importante destacar que a pesar de la presencia de síntomas en los estudiantes, es fundamental

generar intervenciones tempranas que realmente impacten y logren concientizar sobre el estrés y el desgaste.

LA FORMACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA: LA BRECHA ENTRE EL CURRÍCULO FORMAL Y EL CURRÍCULO OCULTO.

Tomar decisiones acertadas desde el punto de vista científico en Medicina es un asunto complejo y aprender a hacerlo debe constituir uno de los objetivos de la formación del médico. Una forma de contribuir a lograrlo es integrar una completa formación teórica en Metodología de la Investigación con una verdadera correlación frente a lo vivido en la práctica médica.

El currículo médico parte de los problemas y necesidades de salud de la población y prevé la formación de un médico generalista, con aptitudes humanistas y un enfoque promocional y preventivo, teniendo como eje la salud del individuo, la familia, la comunidad y el medio ambiente, y utiliza la investigación como interfase fundamental entre la educación y la práctica médicas.

La discordancia entre teoría y práctica termina por llevar a los estudiantes a concluir que disciplinas como Metodología de la Investigación, Realidad Nacional o Lenguaje y Comunicación no son tan importantes en su formación, que lo visto en ellas no tiene una verdadera utilidad en la práctica profesional y que ser médico es sólo un asunto «anatomofisiológico y farmacológico». Los resultados de esta situación se reflejan luego en una gran incapacidad de los médicos para tomar verdaderas decisiones prudentes, para expresarse correctamente, reconocer cuando hay un problema científico en el transcurrir del ejercicio profesional y construir mejores soluciones. No es posible hablar de completa formación médica sin incluir en dicho proceso curricular lo político, lo económico, lo cultural y, por supuesto, la realidad nacional, comunicación

oral y escrita, lo científico investigativo, aspectos no meramente relacionados con la medicina sino fundamentalmente constitutivos de ella.

La presencia de un profesor y/o tutor cualificado en este campo durante la formación podrían contribuir a la resolución práctica de estos dilemas. De esta manera, se contaría con un referente directo y cercano para discutir y resolver las dudas que se presenten en este sentido.

Sólo asumiendo abierta y frontalmente un verdadero proceso de formación para la investigación es posible responder adecuadamente a los retos que plantea la formación de buenos médicos, caracterizado por competencias diagnósticas, terapéuticas, comunicativas e investigativas. (Mossop L, 2013)

III: MATERIALES Y MÉTODOS

La recolección de datos y el uso de las fuentes de información se hicieron por el método hermenéutico para el análisis e interpretación de los textos. Para este escrito se hizo la búsqueda en las bases de datos: Scopus, lilacs, scielo, Journal article, Redalyc (Red de revistas científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal), finalmente hemos usado 36 referencias bibliográficas. Dialnet, ProQuest, Elsevier y ScienceDirect. Utilizando palabras clave: curriculum prescripto, curriculum oculto, humanización, deshumanización, bioética, medicina, se tomó como período de búsqueda desde el año 2000 al 2019, dando prioridad a los artículos más recientes. La búsqueda bibliográfica también incluyó libros que cumplieran con los criterios de búsqueda y representaran un aporte importante para la construcción del presente escrito, para lo cual se amplió el rango de tiempo y por su importancia para el desarrollo de la investigación se incluyeron tres libros publicados en la década de los años noventa.

IV. DISCUSIÓN

El currículum oculto es una variable fundamental que incide en el proceso formativo de los estudiantes y por el valor que ésta ejerce en el aprendizaje debería estar incorporada en los estándares de evaluación. Asimismo, en Harvard, utilizan reflexiones escritas de estudiantes de tercer año, identificando nueve temas centrales del currículum oculto, que incluyen el abuso del poder y de la jerarquía de los médicos, deshumanización de la práctica médica, criterios arbitrarios de evaluación, supresión de las respuestas emocionales frente a las vivencias del sufrimiento y la muerte, carencia de acciones médicas enfocadas a la integridad del paciente y necesidad de desarrollar virtudes profesionales, aspectos coincidentes con aquellos obtenidos en nuestro estudio. (Javiera Ortega B.a, 2014).

Al respecto, Thiedke y Cols (Evaluación de componentes del currículum oculto en estudiantes de medicina) aplicaron a 119 estudiantes un cuestionario destinado a evaluar comportamiento del médico con el paciente, encontrando bajos puntaje en la visión del rol profesional, en la entrega de información sobre su enfermedad y tratamiento, y en aplicar las técnicas de entrevista aprendidas en clases. (et, 2014).

Otildo, C; Cabezas M, (Reflexiones: una investigación sobre la formación de la identidad profesional de los estudiantes de medicina), analizan 604 narraciones de 65 estudiantes de medicina de McMaster, comprobando la influencia positiva o negativa del rol de modelos, la visión de dilemas éticos, las aprensiones personales frente al sufrimiento de pacientes y la carencia de virtudes profesionales. (Carlos Otildo, 2013).

Por otra parte, Neumann y Cols, (Evaluación de componentes del currículum oculto en estudiantes de medicina) revisaron 18 estudios sobre niveles de empatía en alumnos e medicina

comprobando su significativa disminución a lo largo de los años de estudio. Entre los posibles factores causales detectados destacan situaciones de humillación, intimidación y discriminación. También describen en los estudiantes la pérdida del entusiasmo e idealismo que presentaban al inicio de sus estudios al enfrentarse a realidades clínicas como el sufrimiento y la muerte, además de una visión negativa del rol de modelos. (Ortega J, 2014).

En consideración a la importancia del currículum oculto en la formación de estudiantes de medicina, queremos insistir en la necesidad de generar políticas institucionales para resguardar un ambiente educativo favorecedor del desarrollo académico con una evaluación constante del currículum oculto en la implementación de la nueva currícula.

La Sociología de la educación denomina "currículo oculto" a aquellos aspectos no explícitos del currículo y considera que este currículo es una suerte de "currículo moral". En este sentido, este aspecto del currículo no sería tan "oculto". Y más en nuestro caso, ya que nuestro programa de la especialidad explicita en el currículo formal los valores implícitos del médico de familia. El currículo moral y de los valores está de actualidad por excesiva presencia de valores negativos que conllevan desmoralización. En el momento actual, hay una serie de valores impregnados en nuestra profesión que nos están afectando y tienen que ver con el poder, la jerarquía, la autoridad, el saber todo y ser capaz de resolver todo. Tenemos la sensación de que las personas que atendemos no nos respetan, que hemos perdido poder, autoridad y prestigio. Sin embargo, frente a esto, las encuestas del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) siguen demostrando que la profesión más valorada por las personas es la profesión médica.

Un enfoque predominantemente biomédico atribuido a la enseñanza y la práctica en ciencias de la salud contribuye a un proceso de deshumanización, que es una de las principales quejas de los usuarios del sistema de salud de Brasil. Cualquier estrategia que intente abordar el problema depende de la presencia de profesionales de la salud bien educados, tanto desde el punto de vista técnico como humanístico. Los mayores déficits se refieren a la educación humanista.

V. CONCLUSIONES

Este artículo aborda una visión personal de los requisitos éticos para la docencia en medicina, así como ciertas particularidades de los aspectos éticos del proceso de evaluación desde el punto de vista del currículo oculto. La elevada responsabilidad de contribuir a la formación integral de los futuros médicos justifica que los docentes debemos satisfacer los requerimientos de orden ético (integridad, aptitud, conocimientos, experiencia, respeto, sinceridad, justicia, humildad, prudencia y ejemplaridad) en el mayor grado posible, amén de otras cualidades de tipo técnico. Todo ello, orientado al fin primordial de conseguir médicos virtuosos que ejerzan con excelencia su profesionalidad en bien de los pacientes.

Educar a otros médicos es una obligación para cualquier médico y no sólo para aquellos que somos profesores. El médico, además de la obligación ética que supone la formación médica continuada a lo largo de su vida profesional, tiene también un deber moral de contribuir a la formación de sus colegas jóvenes con menor experiencia y de los estudiantes de medicina. Este artículo aborda una visión personal de los requisitos éticos para la docencia en medicina, así como ciertas particularidades de los aspectos éticos del proceso de evaluación.

La elevada responsabilidad, asignada a los docentes, de contribuir a la formación integral

de los futuros médicos justifica que debemos satisfacer los requerimientos de orden ético en el mayor grado posible, amén de otras cualidades de tipo técnico. Todo ello, orientado al fin primordial de una buena educación médica y, consecuentemente, a conseguir médicos virtuosos que ejerzan con excelencia su profesionalidad en bien de los pacientes.

El ejercicio de la docencia médica, en todos sus niveles, requiere integridad, aptitud, conocimientos, experiencia, respeto, empatía, pasión, sinceridad, justicia, humildad, coherencia, prudencia y ejemplaridad. Según la declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la educación médica, la enseñanza médica es un aprendizaje continuo que comienza con la admisión en la escuela de medicina y termina con la retirada del ejercicio activo. Su objetivo es formar médicos competentes y con ética que proporcionen una atención médica de alta calidad al público.

La enseñanza médica comprende la formación universitaria, la post universitaria y el desarrollo profesional continuo. La profesión, las facultades y otras instituciones docentes, así como el gobierno, comparten la responsabilidad de garantizar el alto nivel y la calidad de la enseñanza médica a lo largo de este proceso. Educar a otros médicos es una obligación para cualquier médico y no sólo para aquellos que somos profesores.

Todo ello, orientado al fin primordial de conseguir médicos virtuosos que ejerzan con excelencia su profesionalidad en bien de los pacientes. Educar a otros médicos es una obligación para cualquier médico y no sólo para aquellos que somos profesores. El médico, además de la obligación ética que supone la formación médica continuada a lo largo de su vida profesional, tiene también un deber moral de contribuir a la formación de sus colegas jóvenes con menor experiencia y de los estudiantes de medicina.

La educación médica comienza con la admisión del estudiante en las facultades de medicina, pero ya no termina nunca. En nuestro código de ética y deontología médica 'La formación médica continuada es un deber ético, un derecho y una responsabilidad de todos los médicos a lo largo de su vida profesional' (art. 7.3). Conviene tener presente que, para mantener la competencia profesional, la asistencia clínica debe complementarse con la formación continuada. A nadie se le escapa que lo aprendido en la principal etapa de formación (la facultad) sólo constituye la cimentación del edificio de los conocimientos médicos, pero que éstos han de incrementarse y actualizarse continuamente.

El ethos profesional reducido a un ethos mercantilista y burocrático no atiende al cultivo de los valores o virtudes que debería exhibir la práctica sanitaria. Los actuales estudiantes no deberían perder de vista esta perspectiva, pues suelen quejarse algunas veces cargados de razón de que algunos profesores de la facultad o tutores en el hospital no los atienden o no les hacen mucho caso en las prácticas. Ellos también fueron estudiantes tiempo atrás y, por lo visto, algunos lo han olvidado. Quienes ahora son estudiantes no tardarán en convertirse en médicos en ejercicio, y corren el mismo riesgo de pensar que es un sobreesfuerzo injustificado atender a los alumnos en la enseñanza.

Se hace referencia a la deshumanización como la pérdida de la capacidad axiológica propiamente humana, al estar rodeados del poderío científico y tecnológico, que ha formado parte del desarrollo de la enseñanza y la práctica de la medicina; esta última ha visto el surgimiento de modelos como el paternalismo, el autonomismo y aquel en el que a diario se usan términos como economía, eficiencia, administración y aseguramiento, entre otros.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acevedo, J., El modo humano de enfermar, Buenos Aires, F. A. L., 1996.
- Ávila-Morales, J. (2016). La deshumanización en medicina. *Scielo*.
- Ávila-Morales, J. (2016). La deshumanización en medicina. Desde la formación al ejercicio profesional. *Universidad de Antioquia*.
- Candrea, P. I. (2011). La cuestión curricular . *Departamento de Pedagogía Médica Facultad de Ciencias Médicas-UNLP La cuestión curricular* , 1,5.
- Cañas-Fernández, J. L. (2010). De la deshumanización a la rehumanización. *Pensamiento y cultura*.
- Carlos Otildo, M. C. (2013). Identidad profesional en estudiantes del sexto año de medicina. *Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú*.
- Entralgo, L. (2014). hacia el verdadero humanismo médico. En P. L. Entralgo. Alicante- España: Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes, 2014.
- et, a. (2014).
- Fernando Guzmán, E. F. (2000). El acto médico-implicaciones éticas y legales. *Revista Acta Médica Colombiana*.
- Hafferty.(2019).Loquedecimosyloquehacemos, la incongruencia en la enseñanza de los buenos hábitos: el currículo oculto. *Investigación en educación médica, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F., México*, 1,2.
- Haslam. (2006). Relación entre la clase social y la deshumanización. *la mente es maravillosa*.
- ibidem. (s.f.).
- ibidem. (1998).
- Jackson, P. (1998). La vida en las aulas, Morata, Madrid, 5ª. En P. Jackson, *Curriculo oculto Escolar* (págs. 1,2,3,4,5). Mdrid: Morata, 5º edición.
- Javiera Ortega B.a, E. F. (2014). evaluación de componentes del currículum oculto en estudiantes de medicina. *Scielo-revista médica de Chile*, 5,6,7,8.
- Kolman, L. M., & Valle, M. B. (2015). EL CURRÍCULUM PRESCRIPTO EN LAS PRÁCTICAS ÁULICAS: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Maraschio, Silvina;. *Universidad nacional del Mar de la Plata*, 1,2,3.
- Kottow. (2015). la vida o zoe.
- Loayssa, J, R. (1998). Currículo oculto. *Acad. Med 1998; 73:403-407.*, 1,2,3.
- Mossop L, D. R. (2013). Analysing the hidden curriculum. *Use of a cultural web. Medical Education*, 47: 134-43.
- Navarro Reyes, Y. P. (2010). Una mirada hacia la planificación estratégica curricular. *Revista de estudios interdisciplinarios de ciencias sociales-Universidad rafael belloso Chasin*.
- Ortega J, F. E. (2014). Evaluación de componentes del. *Educación médica-Revista médica de Chile*.
- Pellegrino, E. T. (2013). *E.Pellegrino: La virtud en la ética médica*. Obtenido de BIOÉTICA desde ASTURIAS Recursos y utilidades (Tino Quintana): www.

bioeticadesdeasturias.com/2011/11/epellegrino-la-virtud-en-la-etica.html

Bedoya Hernández MH, Builes Correa MV. El acto médico como ética de la relación. *Iatreia*. 2009 Mar;22(1):47-54.

Escobar J. ¿Por qué someter una investigación a un análisis ético y bioético? En: Duque D, editor, *Diálogos Nacionales sobre Ética de la Investigación: Memorias 2013-2014*. Bogotá: Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación; 2015. p. 34-45.

Tealdi JC, editor. *Justicia y Derechos Humanos – Sistema de derechos humanos*. En: *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. Bogotá: UNESCO,

Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, Universidad Nacional de Colombia; 2008. p. 88-91. 4. Schmidt L. La dignidad como fundamento de la Biopolítica. *Rev Latinoam Bioet*. 2007 EneJun;7(12):126-55.

Guerra Y, Ávila J, Acuña H. La eugenesia en el tercer reich (1933-1945). Análisis histórico y reflexiones bioéticas. En: *El racismo y la eugenesia como política de estado. Desde la Alemania de Hitler a la Colombia del siglo XX- Recuento de normas y tendencias sobre el control de la raza*. Bogotá: Ediciones Ciencia y Derecho; 2015. p. 53-68.

Guzmán F, Franco E, Morales de Barrios MC, Mendoza Vega J. El acto médico: Implicaciones éticas y legales. *Acta Med Colomb*. 1994;19(3):139-49.

Callahan D. Determinación de los fines de la Medicina. En: *Los fines de la medicina - El establecimiento de unas prioridades nuevas*. Proyecto internacional del Hastings Center. Barcelona: Fundación Víctor Grífols i Lucas; 2004. p. 35-47.

Brazil Borges AM, Carlotto MS, Gonçalves Câmara S. Predictores del Síndrome de

Burnout en estudiantes de un curso técnico de enfermería. *Diversitas*. 2005;1(2):195-205.

Villota E. Intereses en conflicto frente a la práctica médica actual. *Profesión médica en la encrucijada*. En: *Tribunal Nacional de Ética Médica. Memorias del encuentro nacional de tribunales de ética médica*. Bogotá: Giro Graphos; 2014. p. 17-28.

Testerman JK, Morton KR, Loo LK, Worthley JS, Lamberton HH. The natural history of cynicism in physicians. *Acad Med*. 1996 Oct;71(10 Suppl):S43-5.

Feito L. Investigación y enseñanza de la Bioética: Influencia en el entorno sanitario y en la sociedad. En: Feito L, Domingo T, editores. *Investigación en Bioética*. Madrid: Dykinson; 2012. p. 35-55.

Guerra YM. ¿Las humanidades en crisis o la crisis de la humanidad? *Educación y Desarrollo Social*. 2008 Jul-Dic;2(2):135-42.

Duarte V. Humanización de la asistencia médica en el servicio de urgencias: la importancia de los valores en salud. *Emergencias*. 2014; 26:481-3.

Oliveira dos Santos Mde F, Melo Fernandes Mdas G, de Oliveira Hde J. Acogida y humanización en la visión de los anestesiólogos. *Rev Bras Anesthesiol*. 2012; 62(2):199-213.

Pereira-Lima K, Loureiro SR. Burnout, anxiety, depression, and social skills in medical residents. *Psychol Health Med*. 2015;20(3):353-62. DOI 10.1080/13548506.2014.936889.

Loayssa Laraa JR, Ruiz Moralb R, García Campayoc J. ¿Por qué algunos médicos se vuelven poco éticos (malvados) con sus pacientes? *Aten Prim*. 2009;41(11):646-9. DOI 10.1016/j.aprim.2009.01.005.

Frankel J. Exploring Ferenczi's concept of identification with the aggressor. Its role in trauma, everyday life, and the therapeutic relationship.

Psychoanal Dialogues. 2002;12(1):101-39. DOI 10.1080/10481881209348657.

Gaufberg EH, Batalden M, Sands R, Bell SK. The hidden curriculum: what can we learn from third-year medical student narrative reflections? Acad Med. 2010 Nov;85(11):1709-16. DOI 10.1097/ACM.0b013e3181f57899.

Wear D, Aultman JM, Varley JD, Zarconi J. Making fun of patients: medical students' perceptions and use of derogatory and cynical humor in clinical settings. Acad Med. 2006 May;81(5):454-62.

Cañas-Fernández JL. De la deshumanización a la rehumanización (El reto de volver a ser persona). Pensam Cult. 2010 Jun;13(1):67-79. DOI 10.5294/pecu.2010.13.1.5. 2. Real Academia Española [Internet]. Madrid: RAE; 2015 [consultado 2016 Nov 4]. Deshumanizar. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=D5OWhL13>.

Rodríguez Pérez A. Nosotros somos humanos, los otros no. El estudio de la deshumanización y la infrahumanización. IPLA [Internet] 2007. [consultado 2015 Nov 6];1(1):[28-39]. Disponible en: <http://www.ridpsiclo.ull.es/index.php/ridpsiclo/article/view/66/56>

Oseguera Rodríguez JF. El humanismo en la educación médica. Educación [Internet] 2006. [consultado 2015 Nov 11];30(1):[51-63]. Disponible en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/educacion/article/view/1794/1767>

Rodríguez Guerra A. Modelos de la relación médicopaciente: reflejo de la deshumanización de la salud. Ars Med. 2006;12(12):95-106.

8. Santos A. Humanización de la atención sanitaria: retos y perspectivas. Cuad Bioét [Internet] 2003 [consultado 2015 Nov 19];14(50):[39-60]. Disponible en: <http://aebioetica.org/revistas/2003/14/1/50/39.pdf> IATREIA Vol 30(2) abril-junio 2017 227

Kottow M. Bioética y Biopolítica. RBB [Internet] 2005. [consultado 2016 Feb 26]; 1(2):[110-21]. Disponible en: <http://bioetica.org/cuadernos/bibliografia/kottow.pdf>

Varas Cortés J. Responsabilidad médica y acto médico. Rev Obstet Ginecol [Internet] 2011. [consultado 2016 Ene 14];6(3):[240-44]. Disponible en: www.revistaobgin.cl/articulos/descargarPDF/633/190.pdf

Arango Agudelo S, Castaño Castrillón JJ, Henao Restrepo CJ, Jiménez Aguilar DP, López Henao AF, Páez Cala ML. Síndrome de Burnout y factores asociados en estudiantes de I a X semestre de la facultad de Medicina de la Universidad de Manizales (Colombia). Archivos de Medicina [Internet] 2010 Jul-Dic. [Consultado 2016 Ene 15]; 10(2): [110-26]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2738/273819503002.pdf>

Salas Mainegra A, Salas Perea RS. La Bioética en la educación médica superior cubana actual. Educ Med Super [Internet] 2012. [consultado 2015 Nov 25];26(3):[434-49]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ems/v26n3/ems09312.pdf>

Rodriguez-Osorio CA, Dominguez-Cherit G. Medical decision making: paternalism versus patient-centered IATREIA Vol 30(2) abril-junio 2017 228 (autonomous) care. Curr Opin Crit Care [Internet]. 2008 Dec. [consultado 2016 Ene 12]; 14(6):[708-13]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/23469741_Medical_decision_making_Paternalism_versus_patient-centered_autonomous_care